

En 1869 empezaron los trabajos alemanes sobre la dilatación. Pero á Bouchard es á quien se debe el gran mérito de haber demostrado el papel patogénico de esta dilatación.

¿Qué debéis entender por dilatación del estómago? Creo que la mejor definición es la dada por Bouchard, que pretende que todo estómago que no se retraiga cuando está vacío se encuentra dilatado, lo que nos permite distinguir la distensión de la dilatación del estómago. Dejando á un lado las dilataciones sintomáticas que resultan de obstáculos mecánicos ocurridos en las funciones del píloro, estrechez ó cáncer, sólo me ocuparé aquí de la dilatación que no me atrevo á llamar esencial, que tan frecuentemente encontramos en gran número de nuestros enfermos, y paso ahora á los signos que os permitirán reconocer esta dilatación.

Por medio de la palpación y de la percusión, y hasta se puede decir que, en algunas ocasiones, por la vista, es posible reconocer los dilatados del estómago. El aspecto del vientre de los dilatados es á menudo característico; son enfermos de vientre ex-

tómago que ocupaba todo el abdomen; Penzold ha señalado un gran número de estos casos.

J.-P. Franck, en 1794, fué el primero que hizo una clasificación de las dilataciones, que distinguía en dilataciones consecutivas á la estrechez del píloro y dilataciones por atonía muscular. Su hijo completó esta clasificación. Admitió cuatro clases de dilataciones, que diferenciaba por su patogenia. Tales son: 1.º, dilatación por obstáculo mecánico á la salida de los alimentos; 2.º, por defecto de resistencia de las paredes gástricas; 3.º, por la blan-

dura y relajación de la mucosa; 4.º, por último, por hipertrofia del estómago.

Duplay completó todos estos estudios en 1833, y clasificó de la manera siguiente las causas de la dilatación: 1.º, la obliteración y la estrechez del píloro; 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 píloro; 5.º, la atrofia total de la capa gástrica; 6.º, los tumores hidáticos desarrollados en la cavidad del estómago; 7.º, la parálisis de sus paredes (a).

(a) Duplay, *De l'ampliation morbide de l'estomac considéré surtout sous le rapport de ses causes et de son diagnostic.*

## LECCIÓN DUODÉCIMA

## DE LA DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO.

RESUMEN.—De la dilatación del estómago.—Definición.—Síntomas de la dilatación.—Del ruido de bazuqueo.—Del gorgoteo intestinal.—Síntomas funcionales.—Síntomas concomitantes.—Congestión del hígado.—Ectopia renal.—Nudosidades de Bouchard.—Síntomas generales.—Neurastenia gástrica.—Patogenia de la dilatación.—Teoría de Glenard.—Teoría de Bouchard.—De los trastornos nerviosos y de la dilatación.—Tratamiento de la dilatación.—Indicaciones terapéuticas.—Antisepsia intestinal.—Medicamentos antisépticos.—Carbón.—Salicilato de bismuto.—Naftol.—Salol laxante.—Régimen alimenticio.—Comidas distanciadas.—Régimen seco.—Alimentos prohibidos.—Medicaciones directas sobre la dilatación.—Lavados.—Lavado del intestino.—Electricidad.—Amasamiento.—Cinturones abdominales.—Faja pelviana de Glenard.—Tratamiento termal.—Tratamiento de los accidentes secundarios.—Resumen.

## SEÑORES:

Como os decía en una de mis últimas lecciones, el estudio de la dilatación del estómago es el que ha modificado más profundamente en estos últimos años la patología y la terapéutica de las afecciones estomacales. Considerada primeramente como una simple curiosidad científica, la ectasia del ventrículo no había sido estudiada hasta los trabajos de Bouchard y de sus discípulos más que como una afección secundaria, y se habían clasificado estas ectasias estomacales, según su origen, en grupos más ó menos numerosos. Os indicaré muy particularmente la clasificación que ha dado de ellas Duplay en 1833 (1).

(1) La dilatación del estómago es ante todo una curiosidad científica. Plempius observó un estómago en el que cabían nueve pintas de líquido; Stengel indica un estómago que contenía doce medidas; Schürig, otro en el que cabían 48 litros; Henricus ab Heer encontró un es-

Definición.

Síntomas  
ó n.

cavado y de paredes abdominales poco contráctiles. Bajo la influencia del frío se puede observar á través de sus paredes abdominales la producción de movimientos rítmicos que corresponden á las contracciones estomacales. Pero este es un hecho excepcional. Es por lo tanto necesario recurrir á la percusión, y sobre todo á la palpación, para reconocer esta dilatación. La percusión proporciona pocos datos; no sucede lo mismo con la palpación, que provoca uno de los signos característicos de la dilatación del estómago, el ruido de bazuqueo.

Del ruido de bazuqueo.

Para que tenga todo su valor, es necesario que este ruido se perciba en un punto más ó menos distante de los límites normales del estómago. Siempre que le observéis por debajo de una línea tirada desde el ombligo hasta el borde costal izquierdo podréis decir que existe dilatación del estómago, y cuanto más bajo se perciba en la cavidad abdominal más considerable será la dilatación.

Para percibirle se pueden emplear dos medios: ó bien la sucusión parcial ó bien la sucusión total. Para la primera se imprimen choques bruscos sobre la pared abdominal con uno ó varios dedos de la mano. Para la sucusión total, por el contrario, sacudiendo todo el abdomen del enfermo es, como se percibe este ruido de colisión hidro-aérea. Se emplean estos dos procedimientos. Debo únicamente recordaros que en los enfermos impresionables y cosquillosos la contracción rígida de los músculos rectos del abdomen impide observar este ruido de bazuqueo. Es preciso, pues, hacer respirar ampliamente al enfermo y llamar su atención hacia otro lado para percibir dicho ruido.

Del gorgoteo intestinal.

Confúndese á menudo con el ruido del bazuqueo el de gorgoteo, que se produce en el intestino grueso cuando se encuentra dilatado. Chomel, que ha

sido uno de los primeros que han indicado el ruido de bazuqueo en lo que llamaba él dispepsia de los líquidos, insiste sobre la necesidad de distinguir el ruido de bazuqueo estomacal del ruido de gorgoteo intestinal (1).

Con un poco de costumbre es fácil evitar la confusión. El timbre de los ruidos y su asiento son signos muy suficientes para establecer esta distinción. Os decía ya poco que era necesario hacer hablar al enfermo cuando se practica la sucusión parcial ó total del abdomen. Existe otra precaución que debo indicaros, cual es la de hacer tomar al enfermo cierta cantidad de líquido cuando se encuentre en ayunas. Paso ahora al estudio de los trastornos funcionales que acompañan á la dilatación, sin insistir sobre los demás signos físicos que os permitirán reconocer esta ectasia, y dejando á un lado el procedimiento de Leube, que ha propuesto medir directamente, valiéndose de una sonda rígida, el descenso de la gran curvatura del estómago.

Los síntomas funcionales pueden faltar por completo, y existen dilatados del estómago que durante meses y años no han experimentado ningún síntoma dispéptico. La mayoría de ellos, por el contrario, sufren desórdenes más ó menos numerosos, pero caracterizados sobre todo por eructos, abultamiento del estómago, una sensación de pesadez y de pesan-

Sintomas personales.

Sintomas personales.

(1) Más adelante añade Chomel además:

«El bazuqueo estomacal podrá confundirse con un ruido análogo de que es asiento algunas veces el intestino grueso, que se produce igualmente por el movimiento de la totalidad del tronco, pero mejor todavía por la presión de la mano sobre las

regiones ocupadas por los colons. Se le encuentra particularmente en los individuos que hace poco han tomado un enema y en los que padecen diarrea serosa.

»El conocimiento de estas condiciones y el asiento especial del bazuqueo bastan para distinguirlo del intestinal» (a).

(a) Chomel, *Des dyspepsies*, 1867.

tez que se prolonga mucho tiempo después de la ingestión de los alimentos; en una palabra, todos los síntomas que se acostumbraba antiguamente atribuir á la dispepsia atónica y á la dispepsia pútrida. El aliento tiene un olor muy especial.

Síntomas  
concomitantes.

Respecto á los síntomas concomitantes por parte del intestino, están especialmente caracterizados por el estreñimiento ó la diarrea. Ordinariamente se observa estreñimiento, pero existe en ocasiones diarrea; diarrea muy á menudo pútrida y constituida por materias fecales pastosas.

Congestión  
del  
hígado.

Uno de los órganos abdominales que más frecuentemente se afectan es el hígado. Cuando os hable del hígado bajo el punto de vista terapéutico os demostraré la influencia de esta glándula, verdadera barrera colocada entre el organismo y el tubo digestivo para oponerse al paso de las ptomainas desarrolladas en el tubo digestivo ó absorbidas por él. Este papel de destructor de los alcaloides es á menudo exagerado, y se ven entonces producirse congestiones pasajeras del hígado.

Ectopia renal.

Por último, el riñón derecho, colocado bajo el hígado, frecuentemente descendido por la congestión de este órgano, tiende á movilizarse, tanto más cuanto que en la mujer el corsé aumenta el descenso del hígado. De aquí la regla, que sufre muy pocas excepciones, de que cuando se observa una ectopia renal existe siempre una dilatación del estómago.

Nudosidades  
de  
Bouchard.

Pero no solamente existen trastornos intestinales y abdominales determinados por la dilatación del estómago, hay asimismo otros también muy interesantes que se producen en una esfera muy distante del abdomen: tenemos en primer lugar el enfriamiento de las extremidades; los pies y las manos se ponen fríos, húmedos, dando la sensación de la piel de los reptiles; esto es lo que se describe por eufonismo

con el nombre de *mano de serpiente*. Los dedos se deforman, apareciendo entonces las nudosidades también descritas por uno de mis discípulos, el doctor P. Legendre (a), nudosidades á las que se da el nombre de nudosidades de Bouchard.

Síntomas  
generales.

Después, completando la escena, aparecen entonces trastornos generales que pueden revestir dos grandes caracteres: unos constituyen la diátesis reumática, y se ve sobrevenir en este caso el cuadro sintomático que caracteriza el artrismo. Como hemos visto antes, Chomel atribuía esta misma diátesis reumática á la gastritis crónica. No insistiré más sobre estos trastornos artríticos, por haberme ocupado por completo ya de ellos cuando os hablé del tratamiento del reumatismo y de la gota en mis lecciones de *Clínica Terapéutica* (b). Mucho más interesante es sin duda el estudio de los trastornos nerviosos que acompañan á la dilatación del estómago, y que he descrito con el nombre de neurastenia gástrica.

Neurastenia  
gástrica.

En un lección sobre las *Nuevas medicaciones* (segunda serie) he dedicado toda una conferencia al estudio de esta neurastenia (c). A ella remitiré á los que quieran profundizar más este asunto, así como al excelente trabajo de uno de mis discípulos, el doctor Blanc-Champagnac, que ha dedicado á este estudio su tesis inaugural (d). No haré más que resumir aquí á grandes rasgos la historia de esta neurastenia.

Los antiguos, como os he indicado en mis prime-

(a) Paul Legendre, *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde*. Tesis de París, 1886.

(b) *Lecciones de Clínica Terapéutica*, tomo III, *Reumatismo crónico y de la gota*, pág. 469, 3.ª edición española.

(c) Dujardin-Beaumetz, *Nuevas Medicaciones*, 2.ª serie, *Lección sobre la neurastenia gástrica*. Madrid, 1890, 2.ª edición española.

(d) Blanc-Champagnac, *Etude pathogénétique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence sur la neurasthénie*. Tesis de París, 1890.

ras lecciones, insistieron con detención sobre las relaciones que existían entre los trastornos nerviosos y las afecciones del estómago, recordándoos con este motivo las citas que os hice de las obras de Hipócrates y de Galeno.

Estos hechos, que tan conocidos eran de los antiguos, parecían estar olvidados durante largo tiempo. Sin embargo, las personas que se ocuparon de las afecciones del sistema nervioso renovaron las observaciones de los médicos antiguos, y procuraron atribuir al estómago algunos de estos trastornos nerviosos. Estos hechos se hicieron todavía más precisos cuando bajo las denominaciones vagas de neurastenia y de neurosismo se trató de agrupar los fenómenos nerviosos que se diferenciaban del histerismo propiamente dicho y de la melancolía.

Beard, que fué uno de los creadores de la voz neurastenia, se apresuró á describir una neurastenia gástrica; es decir, que tenía por punto de partida el trastorno funcional del estómago. Pero la cuestión de la neurastenia gástrica tomó una nueva dirección, especialmente merced á los trabajos de Bouchard sobre la dilatación del estómago y el conocimiento más exacto de las toxinas que secreta la economía como consecuencia de los trabajos de Armand Gautier y de Brieger.

Hoy día, que investigamos con más cuidado los síntomas de la dilatación, es cierto que observamos un número muy notable de individuos en los cuales se encuentra un cuadro sintomático especial que caracteriza esta neurastenia de origen gástrico. Estos son, como los ha llamado Trastour, los *desequilibrados del vientre*.

Los síntomas nerviosos presentan las formas más raras, sin ofrecer, sin embargo, los caracteres esenciales del histerismo. Pero lo que domina son los dos

factores siguientes: extenuación general de las fuerzas, dolores neurálgicos múltiples y por último tendencia á las ideas tristes.

Se han emitido muchas hipótesis para explicar la relación de causa á efecto que pueda existir entre la dilatación del estómago y estos trastornos nerviosos. Pueden agruparse bajo tres llaves principales: las teorías mecánicas, las teorías humorales y las teorías nerviosas.

Glenard es el que más ha insistido sobre las teorías mecánicas (1). Fundándose en ciertas disposiciones

(1) Cuilleret, que ha hecho una buena revista clínica de la enteroptose de Glenard, adopta las conclusiones siguientes, que resumen las del médico de Lyon:

1.º La enteroptose pura ó acompañada de otra ptose de los órganos abdominales es una *entidad morbosa* claramente definida, muy frecuente y cuya frecuencia aumenta con la habilidad en hacer su diagnóstico bajo los síntomas más variados, merced á una mejor clasificación de los signos subjetivos y á procedimientos más exactos de exploración objetiva.

2.º Esta entidad se encuentra caracterizada anatómicamente por el prolapso del acodamiento derecho del colon y de la primera asa transversa. Esta es la lesión orgánica fundamental, constante é irremediable de la enteroptose.

3.º La afección descrita con el nombre de riñón móvil debe ser considerada en realidad como una afección del tubo digestivo. Existen enteroptoses sin nefroptose, pero no hay nefroptose sin enteroptose. Existe motivo para abrir en nosología un capítulo particular para la *enteroptose ó enfermedad de Glenard*, capítulo en el que entrarían á título de variedades de esta enfermedad las diversas espla-

noptoses: enteronefroptose, hepto-  
toptose, esplenoptose y metroptose,  
enfermedades que implican la idea  
de la disminución de la tensión abdominal y de enteroptose.

4.º Así como en un sordo lo primero que hay que hacer es examinar sus oídos, así en toda afección mal determinada, en la que existen síntomas dispépsicos, se deberá insistir sobre la descripción de estos síntomas, y examinar sistemáticamente el abdomen (método de exploración de Glenard).

5.º En el interrogatorio de los dispépsicos es necesario dar una gran importancia, no solamente á la digestión misma, sino también á las grandes funciones de la vida vegetativa: género de alimentación, sueño, estado de las fuerzas, estado de las deposiciones y otros tantos fenómenos que en general se descuidan demasiado.

Se tendrán presentes en la imaginación los síntomas que pueden poner en camino del diagnóstico de la enteroptose: *Debilidad general, insomnio, estreñimiento, intolerancia para ciertos alimentos*, síntomas que, á pesar de su poco valor aparente, son los signos fundamentales característicos de esta entidad morbosa. Estos son los síntomas subjetivos que aparecen desde

Patogenia  
de la dilatación.

de la estática abdominal, ha sostenido que la dilatación del estómago era siempre la consecuencia de cambios de lugar de ciertas porciones del intestino con relación á las otras, desviaciones á las que ha dado el nombre de *ptoses*. La dilatación del estómago sería una esplanoptose dependiente de un cambio de lugar primitivo del acodamiento derecho del colón. Esta enteroptose sería la causa esencial de la dilatación del estómago y de la ectopia renal, que no sería sino una nefroptose.

Esta ingeniosa teoría ha sido admitida sin oposición, y en un reciente trabajo puramente anatómico el doctor Fromont ha sostenido que no era exacta la base en que se funda la teoría de Glenard, y que no se observaba en estado normal la disposición anatómica que es para Glenard el origen de toda su teoría (1).

Teoría  
de Bouchard.

La teoría de Bouchard es mucho más fisiológica y tiene en su apoyo, no solamente los hechos adquiri-

el origen de la enteroptose, con la tensión y sensibilidad del ciego, como los únicos signos objetivos del principio.

6.º En el interrogatorio de todo dispéptico se tendrá gran cuidado de la etiología, porque el elemento etiológico (traumatismo, esfuerzos repetidos ó accidentales, caída, parto, para la enteroptose primitiva; dispepsia antigua, fiebre tifoidea, tifitis, peritonitis parcial, para la enteroptose secundaria) desempeña un papel importante como presunción del diagnóstico de esta enfermedad; en todo caso, sirve para especificarla (enteroptose traumática, puerperal, primitiva, secundaria, etc.).

7.º El método racional del tratamiento de la enteroptose debe

responder *simultáneamente* á las indicaciones siguientes:

Combatir el prolapso visceral y aumentar la tensión abdominal (faja pelviana), luchar contra la enteroptose funcional (laxantes) y tonificar los órganos digestivos (alcalinos, régimen de carne y huevos, cura de Vichy, hidroterapia).

(1) He aquí las conclusiones finales de la tesis de Mr. Formont:

«En resumen, los síntomas descritos por Glenard son verdaderos, el tratamiento que ha instituido contra ellos da buenos resultados, pero las consideraciones en que se apoya para establecer su entidad morbosa, enteroptose ó enterostenose, son puramente teóricas y no responden á ninguno de los hechos observados en el cadáver (a).»

(a) Fromont, *Anatomie de la portion abdominale de l'intestin*. Tesis de Lille, 1890.

dos por el estudio de la química biológica, sino también los resultados terapéuticos. La dilatación del estómago, para Bouchard, sería el origen de una mala digestión de los alimentos, lo que produciría un aumento en la producción de las toxinas estomacales é intestinales, y estas toxinas, penetrando en la economía, darían lugar á una intoxicación cuyos síntomas se traducirían por los que observamos en los neurasténicos gástricos.

Esta teoría me parece exacta, y da perfectamente cuenta de los síntomas observados. Únicamente no explica el principio de la dilatación del estómago, y este es el punto en que intervienen las teorías nerviosas, teorías que adopta Bouveret en su reciente trabajo sobre la neurastenia. En efecto, para los que adoptan el origen nervioso de la ectasia gástrica, la dilatación no será más que una consecuencia de la paresia de la capa muscular del estómago que tenga su punto de partida en un estado morboso todavía mal definido del sistema nervioso. Después se presentaría la serie de los accidentes causados por la autointoxicación.

La dilatación del estómago parece ser con seguridad una afección hereditaria, y por mi parte he observado numerosos ejemplos de ello; puede permanecer latente durante un gran período de la vida, presentándose después de una manera tardía los fenómenos neurasténicos. Estoy, pues, dispuesto á admitir que el origen de esta dilatación se debe en efecto á una influencia hereditaria que obre probablemente sobre el sistema nervioso.

Cuando se abarcan de una ojeada general todos los casos de dilatación en las personas que presentan trastornos nerviosos, se ve que se les puede agrupar en dos clases distintas. En unos, la dilatación del estómago no parece tener influencia sobre los fenó-

De los  
trastornos  
nerviosos y de la  
dilatación.

menos nerviosos. Cualquiera diría que los trastornos nerviosos y los de la dilatación del estómago marchan á la par sin influir uno sobre otro; y si en estos casos intervenimos por una medicación exclusiva dirigida contra la dilatación del estómago, aliviarnos los trastornos digestivos sin modificar la intensidad de los fenómenos nerviosos.

En otro grupo, por el contrario, existe una relación evidente, innegable, entre los desórdenes funcionales del sistema nervioso y la dilatación del estómago, y basta intervenir con una terapéutica apropiada y dirigida exclusivamente contra la dilatación del estómago para atenuar y hacer desaparecer estos trastornos nerviosos.

Dichos trastornos pueden presentar una marcha lenta, siendo esto lo que ocurre frecuentemente en la neurastenia de que acabo de hablaros, ó bien, por el contrario, una marcha rápida, caracterizada por convulsiones tetaniformes análogas á la contractura de las extremidades. Después de Kussmaul he presentado varios casos de contracturas seguidas de muerte.

Tratamiento de la dilatación.

Llego, señores, á la parte más interesante de esta lección, es decir, al tratamiento de la dilatación del estómago.

Indicaciones terapéuticas.

Este tratamiento comprende dos grandes indicaciones: en primer lugar, modificar el estado funcional del estómago y del intestino, y después combatir los trastornos secundarios deuteropáticos, como se ha dicho, que resultan de estos trastornos funcionales.

Antisepsia intestinal.

Para llenar la primera indicación echaremos mano de dos clases de agentes terapéuticos, constituyendo los primeros por su conjunto la antisepsia intestinal, y formando, por el contrario, los segundos el grupo de los procedimientos mecánicos.

La antisepsia intestinal, el primero de estos agen-

tes terapéuticos, comprende á su vez varias subdivisiones: primeramente, los medios farmacéuticos cuyo objeto es, sobre todo, modificar las fermentaciones estomacales é intestinales; después, los laxantes, destinados á expulsar al exterior las toxinas intestinales, y por último un régimen alimenticio, cuyo fin será especialmente disminuir las bebidas é introducir en la economía las menos toxinas posibles.

Examinemos ante todo los primeros agentes terapéuticos, es decir, los medios farmacéuticos que podemos emplear.

Estos agentes están esencialmente formados por sustancias antifermentescibles, y vamos á estudiar sucesivamente el carbón, el salicilato de bismuto, el naftol y el salol. Antes de la aplicación terapéutica de estos tres últimos cuerpos propuse el agua sulfocarbonada. Hoy día reconozco que el naftol, y sobre todo el salol, son muy superiores á aquélla, razón por la cual he abandonado el agua sulfocarbonada.

Medicamentos antisépticos.

Respecto al carbón, á Belloc se debe su introducción en la terapéutica bajo el nombre de polvo de carbón de Belloc. El carbón es más bien un absorbente y un desinfectante que un antifermentescible, y las experiencias de Bouchard han demostrado que si el carbón era bastante poderoso para hacer desaparecer el olor de las deposiciones no las privaba de su poder séptico (1).

Carbón.

No sucede lo mismo con el salicilato de bismuto. Hace diez años fui el primero que introdujo en la terapéutica este cuerpo, que había sido preparado por Schlumberger. En 1882 hizo Vulpián nueva-

Salicilato de bismuto.

(1) Carbón vegetal. Se prepara con la madera de sauce, de álamo ó de haya. Dado al interior obra, según Gübler, como ligero excitante y como absorbente mecánico.

El carbón más empleado es el de álamo lavado, de Belloc. Se le administra á la dosis de una cucharada de las de sopa en un poco de pan ázimo.