

ARTÍCULO XI.

ROTURA DEL ESTÓMAGO.

Lefevre (1) refiere siete observaciones, entre ellas una muy interesante, recogida por él, y estos hechos no dejan la menor duda acerca de una verdadera rotura. Efectivamente, como vamos á ver, todo se reune para probar que habia en estos casos, no una *perforacion*, como en los casos precedentes, sino una solucion repentina de continuidad producida por una verdadera dislaceracion de los tejidos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El accidente de que se trata *no es* por fortuna frecuente en la especie humana; pero se le ve con mas frecuencia en los caballos, y Lefevre espone del modo siguiente los sintomas observados en estos animales por los veterinarios. En el curso de la enfermedad se pueden reconocer dos tiempos ó periodos distintos. En el *primero* hay dolores de tripas violentos, regurgitaciones de los alimentos ó gases por las narices, precedidas de fuertes contracciones, por las que el animal procura alargar el cuello. Este estado puede durar muchas horas. En el *segundo tiempo* cambian los sintomas repentinamente: se suspenden los esfuerzos para vomitar; el caballo no se agita, un sudor frio cubre su cuerpo, la respiracion es muy acelerada y el pulso muy frecuente y pequeño. Si el caballo está echado se levanta y sobreviene pronto la muerte. Citamos esta corta descripcion, porque refiriéndose á una rotura no dudosa del estómago en el caballo, puede servir de punto de comparacion para apreciar los sintomas observados en el hombre.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* El doctor Stewart Allen (2) ha visto producirse una rotura del estómago en un niño de diez años; pero no dice en la observacion si el niño habia comido frutas. El doctor Lefevre ha hecho notar que en todos los casos cuya historia ha referido, se han observado en personas del *sexo femenino*, y se pregunta á si mismo si esta predisposicion no dependeria de la forma que dán al estómago los *corsés demasiado apretados*. Aunque el número de hechos es evidentemente insuficiente para resolver una cuestion de esta especie.

Las personas atormentadas por *epigastralgias* frecuentes, y aquellas cuyas digestiones laboriosas van acompañadas de un *desprende-*

(1) Lefevre (de Brest), *Recherches pour servir á l'histoire des solutions de continuité de l'estomac*, Paris, 1842.

(2) Stewart Allen, *The Lancet*, diciembre de 1845.

miento considerable de gas, parecen, segun Lefevre, mas espuestas á esta clase de solucion de continuidad del estómago. Sin pretender que esta asercion sea enteramente errónea, diremos que no se puede inferir rigurosamente de las observaciones referidas por este autor, porque en el mayor número de casos, y especialmente en las observaciones II, III y VII de su Memoria no se observaron estas condiciones particulares.

2.º *Causas ocasionales.* En todas las observaciones, la comida que ha precedido á la rotura y á la muerte habia consistido en una *gran cantidad de alimentos, las mas veces dificiles de digerir*, como avichuelas, coles, varias frutas y especialmente ciruelas; pero habiendo pasado un tiempo mas ó menos largo desde que se tomaron los alimentos han sobrevenido trastornos digestivos muy notables que no se podian atribuir mas que á una *indigestion*. Bien pudiera suceder, como es fácil de concebir, que una disposicion morbosa del estómago bastase por sí sola para producir estos accidentes, sin que fuese necesaria la ingestion de los alimentos indigestos. En efecto, la causa determinante es la *indigestion*, cualquiera que sea el modo con que se produzca, y por consiguiente, la *distension del estómago* por los gases y liquidos, con *esfuerzos* mas ó menos considerables para vomitar.

§ III.—Sintomas.

1.º *Sintomas que preceden á la rotura.* En el primer caso hay verdaderos sintomas de *indigestion*, que como hace notar Lefevre, duran mas ó menos tiempo segun que el estómago presenta mas ó menos resistencia. Estos sintomas son en primer lugar un *dolor violento* en la region epigástrica con *abultamiento notable* y sensacion de *pesadez*, que segun Lefevre, los enfermos la comparan con la que produciria una *fuerte presion* en la base del tórax. En seguida aparecen náuseas, despues *esfuerzos infructuosos para vomitar*, con los que solo se consigue arrojar pequeñas cantidades de materias mucosas. *No hay evacuaciones alvinas*, y si se obtienen por medio de lavativas, están formadas de materias bien trabadas, que le han parecido á Lefevre ser el residuo evidente de digestiones anteriores. Al mismo tiempo existe grande *ansiedad*, y tal *agitacion* que los enfermos unas veces se echan sobre el vientre, algunas de espaldas y otras se revuelcan en la cama, se hacen un ovillo y no saben qué posicion guardar. Entonces se ha visto *el vientre retraido* hácia su parte media, lo que hacia resaltar todavia la tension del epigastrio. La deglucion es fácil, pero promueve casi inmediatamente náuseas y por consiguiente la espulsion de las bebidas que acaban de tomarse, que es lo que se observaba principalmente en el caso recogido por el mismo Lefevre. Cierta sugeto se quejaba de *sentir un obstáculo* que se oponia á la introduccion de las bebidas en el estómago.

Sin embargo, existe ordinariamente una *sed* muy viva, que no se

puede satisfacer. La *lengua* está en todos los períodos de la enfermedad pálida, ancha y húmeda.

La lentitud y la regularidad del *pulso* son muy notables en un estado en que la agitación ha llegado á tan alto grado, y solo algunas veces se le ha encontrado pequeño y retraído.

Este estado no es continuo como en las indigestiones ordinarias, pues al contrario se observan *momentos de calma* de corta duración, pero trascurridos estos se reproducen los accidentes con mayor intensidad.

Estos síntomas tienen una duración indeterminada, puesto que la producción de la solución de continuidad depende de la rapidez con que se verifica la distensión del estómago, de la violencia de los esfuerzos para vomitar, y de la resistencia de los tejidos. Igualmente se comprende que si los mismos fenómenos se produjesen en sujetos cuyo estómago está ya reblandecido, la rotura se haría con mucha mayor rapidez, y esto es en efecto lo que se verificó en dos de los casos citados por Lefevre.

2.º *Síntomas despues de la rotura.* En nada se diferencian estos síntomas de los que suceden á la perforación, cuando esta hace comunicar la cavidad del estómago con la del peritoneo. «El dolor que antes era *dislacerante* se hace *urente y muda de sitio*. El *vientre*, que en un principio está *dolorido á la presión*, se eleva, se *timpaniza* y adquiere una sensibilidad estremada; entonces están *menos agitados* los enfermos, pero á medida que se marcan mas los síntomas de la peritonitis, aparecen *nuevos conatos á vomitar* que tambien son *infructuosos*; el *pulso es muy frecuente*, pequeño, contraído y miserable; está *fria la piel* de las estremidades y se cubre de un *sudor* glacial y viscoso; la *cara* se halla profundamente alterada y espresa el terror; en fin, los enfermos, conservando la integridad de sus facultades intelectuales, dán de cuando en cuando *gritos lastimeros* que demuestran la fuerza de sus dolores. En semejantes circunstancias es cuando muchas veces espiran pidiendo de beber; levantándose ó haciendo un movimiento para echarse de otro modo en la cama, etc.» (Lefevre) (1).

Se ve, pues, que no es fácil equivocarse, y que se puede fijar con bastante exactitud el momento en que se hace la rotura del estómago, y en que se derraman las materias en la cavidad peritoneal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Lo que primero llama la atención entre las lesiones anatómicas es la distensión del estómago. Esta distensión es mucho mayor en el fondo mayor del estómago, y en el punto correspondiente á la solución de continuidad, donde esta cavidad presenta un aspecto infundi-

(1) Lefevre, *Loc. cit.*, p. 51.

buliforme que segun Lenhosseck es un carácter propio de las *perforaciones espontáneas*, es decir, de la rotura.

En la estremidad de este embudo se encuentra una solución de continuidad irregular mas ó menos redondeada, pero que presenta de particular que las tunicas del estómago no se corresponden exactamente en toda su circunferencia, lo cual es debido á su diferente retracción, y distingue perfectamente la rotura de la perforación ulcerosa, en la que aun cuando pueden estar corroidas las membranas en una estension diferente, ninguna presenta mayor ó menor retracción que las otras. Además de esto, se encuentran en las inmediaciones de la rotura algunas hendiduras, verdaderas rasgaduras de la mucosa, que no son otra cosa que un principio de rotura. Habiendo Lefevre distendido el estómago en los cadáveres por medio de una fuerte insuflación hasta el punto de romperle, ha encontrado en este órgano lesiones enteramente semejantes á las que se acaban de describir.

Hay además un adelgazamiento considerable de las paredes del estómago, que está en relación con el grado de distensión que han sufrido las paredes. Por lo demás, no se encuentra al rededor de la perforación, á lo menos en los mas de los casos, un reblandecimiento sensible de los tejidos; pues aun se los puede estirar fuertemente sin romperlos.

En cuanto á las materias que aun quedan en el estómago, se hallan en mayor ó menor cantidad segun que la perforación ha facilitado mas ó menos su salida, y consisten principalmente en alimentos mal digeridos, que despiden olor agrio, y en una gran cantidad de gases que muchas veces se escapan en el momento en que se abre el abdomen.

Habiendo analizado Lepelletier estas materias en un sujeto observado por Lefevre, halló que la estremada acidez de las materias era debida á la presencia de los ácidos siguientes, colocados en el orden creciente de sus proporciones.

- | | | |
|-----|---|-------------|
| 1.º | Acido hidroclórico. | } Indicios. |
| 2.º | Acido hidrosulfúrico. | |
| 3.º | Acido málico. | |
| 4.º | Acido fosfórico. | |
| 5.º | Acido acético cuya proporción puede calcularse á lo menos principalmente en la quincuagésima ó en la cuarta parte del peso de las materias, segun que se le representa por el ácido mas concentrado ó por vinagre.» | |

Por otro lado se encuentran en el peritoneo lesiones que probarian hasta la evidencia que se ha verificado el accidente durante la vida, si es que los síntomas indicados mas arriba no lo hubiesen demostrado suficientemente; tales son los vestigios de una inflamación intensa que rodea el derrame, y que se estiende mas ó menos lejos. Estas lesiones pertenecen á la peritonitis por perforación.

Todo se reúne para hacer adoptar la esplicación que ha dado Le-

fevre de este formidable accidente: las circunstancias en que aparecen los síntomas, es decir, el buen estado de salud en que se hallaban los sujetos antes de sobrevenir esta enfermedad, la violenta distension del estómago observada durante la vida, la aparición repentina de los signos de la peritonitis, la forma que afecta el estómago, la de su perforacion y los vestigios de inflamacion peritoneal, no dejan duda alguna acerca de este particular.

El caso siguiente citado por Lees (1) con el título de *perforacion á consecuencia de la úlcera crónica del estómago*, nos parece que pertenece á esta categoria. Se trata de una jóven de diez y nueve años que con buena salud anterior, fué atacada algunas horas despues de la comida de los fenómenos morbosos que denotan una perforacion del estómago. Se declaró peritonitis; Lees empleó el opio á altas dosis, 5 centigramos cada hora; al cuarto dia la enferma estaba bien; se suspendió el opio, pero los fenómenos se reprodujeron con mayor intensidad y sucumbió la enferma. Se encontró en la autopsia signos de peritonitis y una perforacion del diámetro de media peseta redondeada, de bordes lisos, situada en la cara anterior de la corvadura menor próxima al cárdias, sin otro indicio de enfermedad mas que un ligero reblandecimiento de la mucosa.

Sin embargo, cuando el estómago se halla muy reblandecido se puede verificar la rotura sin la concurrencia de esta causa. En efecto, el doctor Burggraeve (2) ha visto una rotura del estómago que á consecuencia de un reblandecimiento pultáceo, ha dado lugar á una ancha abertura que hacia comunicar este órgano con la cavidad posterior del peritoneo. En el momento de la rotura se produjo un *enfisema general*, con síntomas de asfixia, y la muerte sobrevino muy poco tiempo despues.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

La enfermedad con que mas fácilmente se puede confundir la rotura del estómago es la *perforacion de esta misma viscera*; pero en vista de lo que acabamos de decir, se ve que se encuentran enteramente confirmadas las diferencias indicadas en el artículo precedente.

Pero hay perforaciones y roturas de otros órganos que dan lugar á accidentes muy semejantes, en cuyo caso es muy difícil el diagnóstico. Con todo, el estado anterior de los enfermos, el sitio del dolor, el modo con que se ha estendido al abdómen, sirven para aclararle. Así es cómo se reconocerá la *rotura de un vaso voluminoso*, del bazo, la perforacion de la *vesicula biliar*, etc.; pero estos son casos particulares que nos limitaremos á mencionar, puesto que deberemos hablar

(1) Lees, *Bull. gen. de therapeutique.*, 30 Diciembre 1851.

(2) Burggraeve, *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand.*, Enero de 1845.

de ellos mas adelante. Otro tanto diremos de las perforaciones del *intestino* en la fiebre tifoidea, en la *ulceracion del ciego*, etc.

La *perforacion intestinal* puede producirse en el *curso de la tisis*. La larga duracion de la enfermedad que ha precedido á la perforacion, los síntomas pectorales (tos, esputos, hemotisis, signos suministrados por la percusion y la auscultacion, sudores nocturnos y demacracion), darán á conocer cuáles son las condiciones en que se verificó la perforacion, y el punto de partida del dolor, si se le puede precisar, indicará que es el intestino y no el estómago el que se halla perforado.

Si, como en un caso recogido por Mesnard (1), fuese la rotura de uno de estos últimos órganos precedida de una indigestion mas ó menos violenta, sería casi imposible formar el diagnóstico; así es que en este caso, en que se creyó antes de la autopsia que habia una rotura del estómago, no se halló sino una *rotura de una vena epiplóica*.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es uno de los mas graves, pues no se conoce ni un solo ejemplo de curacion. Cuando no hay mas que síntomas de indigestion, no se puede creer que el enfermo se halla en un verdadero peligro, puesto que tantos otros semejantes en la apariencia se terminan por simples vómitos y evacuaciones de vientre; mas cuando se adquiere la certeza de que se ha verificado la rotura, se debe desespérer de la vida del sujeto.

Lefevre compara bajo el punto de vista del pronóstico la rotura del estómago que designa bajo el nombre de *perforacion espontánea*, con las *perforaciones* de que se ha hablado mas arriba, y hace notar con justa razon que la gravedad de la rotura es mucho mayor.

§ VI.—Tratamiento.

Siendo la peritonitis la que constituye toda la enfermedad, esta afeccion no presenta diferencias, cualquiera que sea el modo con que se ha hecho la solucion de continuidad. Con este motivo remitimos al lector al capítulo precedente.

Pero *¿qué conducta deberá seguir el práctico antes de que se verifique la rotura*, cuando solo hay síntomas de indigestion violenta con distension del estómago? Ya hemos dicho que en semejante caso no se diferencian sensiblemente los síntomas de los de una indigestion comun, de lo cual se sigue que las mas veces se creará que no hay ninguna gravedad, y se prescribirán solo algunos calmantes y evacuan-tes; pero estos últimos medicamentos, lejos de ser útiles, podrian producir, por el contrario, un efecto funesto, aumentando los esfuerzos impotentes para vomitar, causa eficiente de la rotura. Por consiguiente, si hubiese algunos motivos para creer que el caso se asemeja á aquellos de que hemos hablado en este artículo, se debería tratar de desocupar el estómago por otro medio.

(1) Mesnard, Obs. IV de la memoria de Lefevre.

Si fuese sumamente vivo el dolor epigástrico; si la ansiedad y la agitación llegasen al mas alto grado; si estuviese muy abultada la region del estómago, y se percibiesen los sonidos macizo y claro que acabamos de indicar; si hubiese, en fin, esfuerzos frecuentes y violentos para vomitar, sin otro resultado que la espulsion de algunas mucosidades, se deberia recurrir á la *bomba estomacal*, y *absorber de este modo mecánicamente los líquidos contenidos en el estómago*.

Lefevre cree que seria útil despues de haber vaciado este órgano, *lavarle lo mas exactamente posible con un cocimiento emoliente*. Sin embargo, nada prueba que haya necesidad de esta precaucion, porque sabemos que el estómago, así como los demás órganos huecos, recobra fácilmente todas sus funciones luego que ha vuelto á su volumen habitual. Respecto á la inflamacion que se pudiera temer que se desarrollase, no es probable que se produzca. Así, pues, no nos parece que sea muy útil emprender un *tratamiento antiflogístico severo*, prescribir *dieta*, etc., como indica Lefevre.



Fig. 22.

Fig. 22.—Jeringa ó aparato.—A. Rosca sobre la que se adaptan la llave de doble efecto y otros objetos.—BB. Anillos para meter los dedos á fin de hacer fuerza y ayudar á la elevacion del piston del aparato.—C. Anillo del émbolo ó piston de cuero provisto de un vástago graduado que indica la cantidad de líquido que se inyecta.

Fig. 23.—Espita de doble efecto.—A. Rosca interna que se adapta al aparato.—B. Rosca sobre la que se adapta la sonda esofágica de goma.—C. Rosca sobre la que se adapta la cánula que se sumerge ó evacua-dora.—D. Llave de la espita.

Fig. 24.—Cánula que se sumerge ó evacua-dora.—A. Rosca interna que se adapta á la rosca C. de la espita.

(1) Renault, *Nouvelles expériences sur les contre-poisons de l'arsenic*, Paris, año X, Tesis, en 8.º

Fig. 23.



Fig. 24.



Véase la ASFIXIA POR SUBMER-SION, tomo III, pág. 360. Se puede vaciar el estómago por medio de un aparato mucho mas sencillo indicado por Renault (1).

Este aparato se compone de una jeringa de bastante capacidad, que tiene en su estremidad una sonda gruesa esofágica de goma elástica. Una vez introducida la sonda, se adapta la jeringa, cuyo émbolo está completamente metido, y en seguida se le saca lentamente de manera que se aspire el líquido. Si hubiese que repetir varias veces esta manobra, se deja puesta la sonda y solo se saca la jeringa para vaciarla.

ARTICULO XII.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.

Es raro que una dilatacion considerable y permanente del estómago se manifieste en estado de simplicidad, es decir, faltando toda lesion orgánica que pueda esplicar la retencion de las materias y la distension de las paredes estomacales; siendo así que, por el contrario, se observan esta distension y esta retencion en un gran número de casos de cáncer del estómago. ¿Se deberá por esta razon dejar la des-cripcion de este estado morboso para el artículo dedicado al cáncer, del que es una consecuencia comun? No lo creemos así, porque como vamos á ver, se ha observado algunas veces la dilatacion del estómago sin que se pudiese esplicar por la coartacion ni la induracion del piloro ó de sus alrededores. Entonces constituye evidentemente una enfermedad particular, cuya existencia es preciso reconocer é investigar de qué modo se origina.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La dilatacion del estómago sin una causa orgánica apreciable es un hecho raro. A pesar de las numerosas investigaciones hechas por Duplay (1) sobre esta materia, no se conocen todavía mas que cuatro casos que se puedan considerar como ejemplos de esta afeccion, y con todo pueden quedar algunas dudas acerca de uno ó dos de ellos. Ri-liet (2) ha añadido dos nuevos casos. Louis (3) ha comprobado la existencia de esta dilatacion en nueve casos de tisis tuberculosa, y este hecho en que no se ha fijado la atencion de los autores, merece que se haga de él mencion. Tambien hay que referir á la dilatacion los hechos publicados con el título de *hidropesia del estómago*, *hidrops ven-triculi* (4), porque, como vamos á ver, es inadmisibile la existencia de una verdadera hidropesia en esta viscera.

§ II.—Causas.

Haciendo abstraccion de las causas orgánicas, solo nos quedan un corto número que se puedan mirar como capaces de producir la dilatacion del estómago; tales son, el *adelgazamiento* considerable de esta viscera, la *atrofia de las fibras musculares*, como se vé de ella un ejemplo en una observacion de Andral (5), la *paralisis del estómago*

(1) Duplay, *De l'ampliation morbide de l'estomac*, etc. (*Arch. gen. de medecine*, 2.ª série, t. III, p. 166 y 365.)

(2) Ri-liet, *Dilatation de l'estomac* (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 262).

(3) Louis, *Rech. sur la phthisie*, 2.ª edic., Paris, 1843, p. 69.

(4) Observ. de Jodon, referidas por Riverio; *Op. univ.*

(5) Andral, *Clin. med.*, 3.ª edic., t. II, obs. VII.