

LECCIÓN SÉPTIMA

DE LA DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO. DISPEPSIAS ATÓNICA Y PÚTRIDA

RESUMEN —De la dilatación del estómago.—Estructura del estómago.—Movimientos del estómago.—Causas de la dilatación.—Nudosidades de Bouchard.—Dilatación del estómago y fiebre tifoidea.—Fermentaciones pútridas en la dilatación del estómago.—Ptomainas.—Síntomas de la dilatación del estómago.—Del hazuqueo estomacal.—Medios farmacéuticos.—Amargos.—Quassia.—Colombo.—Polvos absorbentes.—De la medicación ácida.—Cura del estómago.—Electricidad.—Higiene alimenticia.—Hidroterapia.—Amasamiento.—Gimnasia.—Tratamiento termal.

SEÑORES:

Ahora que conocemos la higiene y la terapéutica generales aplicables á las enfermedades del estómago podemos, siguiendo nuestro camino, profundizar esta cuestión y estudiar el tratamiento de las diversas enfermedades del ventrículo gástrico. Era costumbre antiguamente empezar el estudio de las enfermedades del estómago por un estudio general de las dispepsias, pero con los progresos de la ciencia moderna este término tiende á desaparecer por completo del cuadro nosológico.

De la dispepsia.

En las primeras ediciones de mis *Clinicas terapéuticas* traté ya de demostraros lo vago y poco definido que era este término, y os decía que con los progresos de la clínica y de la fisiología patológica las dispepsias dejarían de ser estudiadas como enfermedades aparte. Esto es, en efecto, lo que ha sucedido. Y en tanto que antes la palabra dispepsia servía para encubrir una serie de estados morbosos cuya causa primera era oscura ó desconocida, actualmente este término sólo puede servir para designar un síntoma

común á casi todas las enfermedades del estómago. Sin embargo, en cierto número de casos la dificultad de la digestión ó dispepsia toma tal importancia que domina en cierto modo á todos los demás síntomas y debe ser estudiada aparte. Así, pues, en una lección ulterior me propongo examinar las dispepsias que llamaré secundarias, es decir, las diferentes formas que puede tomar este síntoma según la enfermedad primordial.

Tengo intención de que estudiemos hoy la dilatación del estómago; en efecto, esta enfermedad ha tomado en nuestros días una importancia de primer orden, desde que el profesor Bouchard ha hecho de ella una afección primitiva que desempeña un papel patogénico considerable y realiza una especie de diátesis que puede engendrar gran número de enfermedades consecutivas.

En la dilatación del estómago hay que colocar en primera línea dos fenómenos fisiológicos: la atonía muscular del órgano y las fermentaciones anormales que ocurren en su cavidad. Estos fenómenos se colocaban en otro tiempo en el grupo de las dispepsias y llevaban respectivamente el nombre de dispepsia atónica y de dispepsia pútrida. Bouchard piensa que estos fenómenos son en cierto modo conexos, que tienen la misma causa y deben reunirse en el estudio de la dilatación del estómago.

Sin querer hacer aquí una descripción detallada de la estructura anatómica del estómago, no puedo, sin embargo, dispensarme de decir algunas palabras sobre ella. Las tunicas del estómago, bajo el punto de vista especial que nos ocupa, presentan á nuestro estudio una mucosa que contiene glándulas secretoras y una túnica muscular que preside á los movimientos del órgano.

La mucosa contiene glándulas de dos clases: por

De la dilatación del estómago.

Estructura del estómago.

De la
túnica mucosa.

una parte glándulas de mucus y por otra glándulas llamadas de pepsina. Estas últimas son glándulas en tubo cuyo fondo de saco, como ha demostrado Heydenhain, está tapizado por dos órdenes de células, las células principales situadas en la luz del vaso y las células de revestimiento; las células principales son verdaderos corpúsculos pepsiníferos, teniendo por objeto las células de revestimiento la reparación de las principales después de su caída en el momento de la secreción gástrica.

De la
túnica muscular.

La túnica muscular forma una cubierta continua al estómago, es poco gruesa y está constituida por fibras dispuestas de tal manera que forman por su dirección varias capas secundarias. El músculo gástrico tiene por función agitar los alimentos é impregnarlos de jugo gástrico. Brinton ha demostrado perfectamente el camino que recorre el bolo alimenticio bajo la influencia de estos movimientos, que son rítmicos y se producen regularmente y de una manera constante de izquierda á derecha, es decir, desde la gran curvadura á la extremidad pilórica. Leven (1), que ha estudiado con detención estos movimientos peristálticos, afirma que también se producen en ayunas, pero no obstante son más activos durante el período digestivo. Para este médico, los alimentos ape-

De los
movimientos
del estómago.

(1) Para Leven, el estómago se divide en tres porciones: la primera, situada á la izquierda, *porción cardíaca*, servirá especialmente de reservorio á los alimentos; los movimientos son en él poco manifiestos; los vasos y las glándulas pépticas son poco abundantes. La segunda porción, ó *porción derecha*, constituirá la parte útil del estómago; los movimientos son en

ella muy enérgicos, la secreción del jugo gástrico y circulación muy activas. En fin, en la última porción, llamada *pilórica*, los movimientos son también muy manifiestos, pero la secreción del jugo gástrico cesa en este punto. Sobre todo después de tres ó cuatro horas de haber comido es cuando serán más activos los movimientos del estómago (a).

(a) Leven, *Des mouvements de l'estomac* (*Gaz. méd.*, diciembre de 1875, y *Traité des maladies de l'estomac*, 1879, pág. 9).

nas permanecerían en el estómago, que tendría por única función empapar el bolo alimenticio en el jugo gástrico y hacerle pasar rápidamente al intestino por la abertura pilórica, que se abriría á este objeto seis ú ocho veces por minuto.

Estos movimientos rítmicos del estómago pueden observarse en la cama de los enfermos, principalmente en los casos de estrechez cancerosa del píloro: el adelgazamiento del individuo y el obstáculo mecánico de que acabo de hablaros hacen todavía más aparentes estos movimientos. Excitando ligeramente las paredes del abdomen, se pueden entonces ver aparecer varias especies de movimientos vermiculares y rítmicos que empiezan en la gran curvadura y acaban en el píloro. Schiff cree que estos movimientos pueden verificarse en sentido inverso, pero Leven niega el hecho y piensa que los movimientos antiperistálticos no existen aun cuando haya vómitos.

¿Bajo qué influencia se producen estos movimientos del estómago? Evidentemente están bajo el dominio del sistema nervioso. El estómago recibe, en efecto, nervios del pneumogástrico por un lado y del gran simpático por otro. Estos dos nervios tienen una acción diferente. Las experiencias de Pflüger demuestran que, además de su acción excito-secretora, el pneumogástrico será el nervio motor del estómago, mientras que el gran simpático podría ser considerado como un nervio de detención.

De los
nervios
del estómago.

Estudiemos ahora los trastornos funcionales de la membrana muscular.

Son de dos clases: ó bien los movimientos son perezosos, disminuídos, que es la *atonía* que llega hasta la *dilatación*, ó bien son exagerados y se ve aparecer el síntoma llamado *vómito* que me propongo estudiar en una próxima lección.

De las causas de la dilatación.

¿Cuáles son las causas de la dilatación del estómago? Dejando á un lado todas las causas tóxicas, es decir, las parálisis debidas á la introducción en la economía de un veneno que puede atacar lo mismo la túnica muscular del estómago que cualquier otro grupo muscular, es preciso reconocer que, en la inmensa mayoría de los casos, la causa principal de la dilatación del estómago debe referirse á una higiene alimenticia defectuosa. Los grandes bebedores y comedores son los que en un momento dado ven dilatarse su estómago, bajo la influencia de una distensión mecánica repetida y prolongada. Además de la gran cantidad de alimentos introducidos, hay que inculpar también á su mala calidad, su mayor ó menor digestibilidad, la irregularidad de las comidas, y por último, á los alimentos que por su fermentación pueden producir una gran cantidad de gas, los vegetales por ejemplo.

Mas á pesar de todas estas causas, y llamo aquí, señores, vuestra atención sobre este punto, el origen principal de la dilatación del estómago reside en una especie de debilidad especial, diatésica en cierto modo de las paredes estomacales. Mi excelente interno, el doctor Legendre, en su notable tesis sobre la dilatación del estómago, ha evidenciado mucho este asunto (a).

Según el profesor Bouchard (b), esta dilatación del estómago tendrá consecuencias graves bajo el punto de vista de la salud general del individuo, habiendo descrito un cuadro sintomático muy complejo, resultante de esta dilatación. En primer lugar, una forma

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

(b) Bouchard, *Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides* (*Soc. méd. des hôp.*, 13 de junio de 1884, y *Gaz. hebdom.*, núm. 25, 20 de junio de 1884, pág. 412).

latente, en la que los enfermos no experimentan ningún trastorno dispéptico, y después una segunda forma, acompañándose esta vez los trastornos dispépticos que existen de gastralgia ó de dispepsia intestinal. Hay, por último, congestión hepática y trastornos lejanos, considerados como de orden reflejo, tales como neuralgias é hipocondría.

Para Bouchard, la dilatación del estómago es una enfermedad frecuente, que da la clave de una serie de estados patológicos mal definidos. Aun reconociendo que la dilatación es mucho más frecuente de lo que se creía, y esto porque la buscamos con más cuidado, me parece difícil aceptar sin restricción las ideas del profesor Bouchard; porque si la dilatación del estómago puede ser el punto de partida de trastornos generales de la nutrición que favorecen ciertas afecciones diatésicas, se está en el caso de preguntar si esta dilatación es un hecho primitivo ó si no resulta también de un trastorno general del sistema nervioso que obre sobre la inervación de la capa muscular del estómago.

Quiero, señores, llamar ahora vuestra atención sobre dos puntos igualmente dilucidados por los trabajos de Bouchard. Me refiero á las nudosidades especiales que se encuentran en los dedos de los individuos que tienen dilatación gástrica, y por otra parte á las relaciones que unen la fiebre tifoidea con este estado patológico. Insistiré sobre todo en esta última parte, porque, como veréis, las investigaciones de Bouchard sobre este punto le han conducido, según sus ideas, á un tratamiento racional y metódico de la dilatación del estómago.

Las nudosidades llamadas de Bouchard tienen su asiento en las articulaciones de las segundas falanges de los dedos, y para él parecen pertenecer exclusivamente á la dilatación del estómago; según este autor,

Nudosidades de Bouchard.

su presencia basta en muchos casos para llamar la atención sobre el estómago y poner sobre la pista de una dilatación hasta entonces desconocida. Estas nudosidades son algunas veces bastante pronunciadas para desviar los dedos y cambiar la dirección de su eje. Si es cierto que las nudosidades de Bouchard son, en efecto, frecuentes en los dispépsicos dilatados, no creo se deba darles una importancia semeiológica tan grande como lo hace el sabio profesor de la Facultad de París. En efecto, os haré notar que la dilatación del estómago se observa á menudo en individuos de constitución artrítica, que como sabéis tienen cierta predisposición á las deformaciones articulares de los dedos.

Fiebre tifoidea
y
dilatación
del estómago.

Ocupémonos ahora de las relaciones que unen la fiebre tifoidea con la dilatación del estómago. Según Bouchard, la dilatación del estómago predispone á contraer la fiebre tifoidea por los motivos siguientes. Para que una enfermedad infecciosa invada el organismo, tiene necesidad de encontrar el terreno preparado por una disposición morbosa; mas la dilatación del estómago, consecuencia de una mala higiene alimenticia ó de otras causas igualmente importantes, crea un mal estado general favorable para la acción de un germen infeccioso. Según el profesor Bouchard, la dilatación del estómago predispone á la invasión de la fiebre tifoidea, debilitando á los individuos que padecen aquélla; pero á este modo patológico se unirá una causa no menos importante que vamos á estudiar, cual es el cambio ocurrido en las secreciones normales del jugo gástrico por el estado de dilatación.

Fermentación es
pútrida
en la
dilatación
del
estómago

Ocurren, en efecto, en estado normal, cierto número de fermentaciones en el estómago; fermentaciones que se verifican, bien bajo la influencia del jugo gástrico normal, bien bajo la de microbios ingeridos con

los alimentos. ¿Qué sucederá en un individuo que padezca dilatación del estómago? Ante todo, como os he dicho, antes existe una paresia del músculo gástrico, cuya principal consecuencia es la permanencia prolongada de ciertos alimentos en el estómago y la existencia de una especie de residuo cuya digestión no puede hacerse sino en virtud de fermentaciones viciosas, y el resultado de estas fermentaciones es la producción de compuestos pútridos ó tóxicos. Desde las interesantes investigaciones de Selmi y los notables trabajos de Armand Gautier (1) sobre la producción de alcalis orgánicos muy tóxicos (ptomainas y leucomainas), la historia de estas fermentaciones pútridas ha tomado una gran importancia patológica, porque según la feliz expresión del profesor Bouchard, la presencia de este veneno

(1) Buscando Selmi, en 1876, el arsénico en un cadáver enterrado hacía treinta días, descubrió un alcaloide cristalizante, al que dió el nombre de *ptomaina*. Algún tiempo antes Armand Gautier había ya indicado modificaciones que sufría la albúmina en putrefacción. Después ha demostrado que todas las sustancias animales de naturaleza albuminosa podían dar lugar á alcalis, á los que denominó *leucomainas*. Estos alcalis son completamente análogos, bajo el punto de vista de su reacción química, á los producidos por los vegetales, por lo que A. Gautier piensa que la producción de las leucomainas no es un hecho exclusivo de la célula vegetal, sino de toda célula viva vegetal ó animal, y que el hombre produce alcaloides como la planta. En tanto que Selmi considera á los alcaloides como un producto de la putrefacción, Gautier, por el contrario, generaliza el hecho y hace de él una función de la célula viva.

Brouardel y Boutmy pretendieron que el cianoferrido de potasio permitía distinguir los alcaloides cadavéricos de los alcaloides vegetales, transformando únicamente las ptomainas los cianoferridos en cianoferruros. Gautier ha demostrado que esta reacción no era tan absoluta como pretendían sostener los autores citados, y que era completa la analogía entre los alcalis vegetales y los animales.

Respecto á la acción de estas leucomainas, es muy análoga á la de la estriquina. Introducidas en los animales, producen la dilatación y después la contracción de las pupilas, el estupor, las convulsiones tetánicas, irregulares en las pulsaciones cardíacas, y sobreviene la muerte por detención del corazón en sístole.

Para Gautier, las leucomainas tienen la misma acción fisiológica que la muscarina, lo que ha sido confirmado por Brieger, que ha transformado la neurina, cuerpo no

se convierte en origen de una *auto-intoxicación* en ocasiones muy grave. Al lado de este hecho existe otro que obra en el mismo sentido.

Ya os he dicho que en estado normal existía en el jugo gástrico un ácido que se está hoy conformes en considerar que es el ácido clorhídrico. Mas á consecuencia de la alteración de la secreción gástrica, la cantidad de ácido clorhídrico disminuye en el estómago, resultando de esto que el poder antiséptico del jugo gástrico disminuirá en notables proporciones, de tal suerte, que mientras en un estómago normal los microorganismos son rápidamente destruídos por el jugo gástrico, conseguirán franquear rápidamente este obstáculo en los dilatados. De aquí, según el profesor Bouchard y su escuela, una puerta de entrada para las enfermedades infecciosas, y especialmente para la fiebre tifoidea, que, como sabéis, se inocula sobre todo por el tubo digestivo. Debo añadir que estas ideas del profesor Bouchard no son

tóxico, en muscarina, cuerpo muy tóxico, exponiéndola al aire en solución acuosa.

Mas, por el contrario, ha asemejado la acción de las ptomainas á la de la estriocina y de la morfina; después Tanret, en 1881, demostró

que se podían obtener alcaloides poniendo en contacto sales alcalinas con las peptonas. Brieger ha obtenido alcaloides en 1883, poniendo en contacto la fibrina con el jugo gástrico (a).

(a) Selmi, *Sur un alcaloide vénéneux et cristallisable extrait des viscères de deux cadavres exhumes* (Journ. de pharm. et de chim., tomo XXIX, página 156, 1879); *La Ptomaina o primo alcaloide dei cadaveri* (Bollett. delle scienze mediche di medicina legale, 1876).—Brouardel y Boutmy, *Sur un réactif propre à distinguer les ptomaines des alcaloides végétaux* (Bulletin Acad. de méd., segunda serie, tomo X, núm. 19); *Note sur les réactions des ptomaines et sur quelques-unes des conditions de leur formation*, tomo X, número 24.—Gautier, *Peut-on distinguer aujourd'hui les alcaloides cadavériques des alcaloides naturels ou artificiels?* (Bull. Acad. de méd., tomo XX, núm. 20).—*Sur les matières vénéneuses produites par l'homme et les animaux supérieurs*.—Brieger, *Zur Kenntniss der Faulnissalkaloide* (Zeitschrift für physiologische Chemie, tomo VII, pág. 274, 1883).—Maas, *Ueber Faulnissalkaloide* (Verhand. der deutschen Gesellschaft f. Chir. (XII^o Kongress, 1883, y Arch. f. klin. Chir., tomo XXIX, pág. 531).—Tanret, *Peptones et alcaloides* (Comptes rendus de l'Acad. des sc., 1881).

aceptadas por todos sin controversia, y entre otros, el profesor Ewald (de Berlín), no ha encontrado en los dilatados que el ácido clorhídrico se hallara en menor cantidad que en el jugo digestivo normal.

Me dispensaréis, señores, sin duda, que haya insistido tanto sobre esta cuestión patogénica que nos separa de la clínica terapéutica; pero son ideas, por decirlo así, á la orden del día, y era necesario exponer estas nociones para haceros comprender las bases sobre que debemos hoy día establecer el tratamiento de la dilatación del estómago.

Réstanos ahora estudiar los signos porque podréis reconocer la dilatación del estómago y cuáles son los medios terapéuticos de que disponéis para conseguir combatirla eficazmente.

Ante todo, ¿cuándo está dilatado el estómago? Diré, con el profesor Bouchard, que se debe dar el nombre de estómago dilatado á todo estómago que no se retrae cuando está vacío.

Cualquiera que sea la causa que presida al desarrollo del estómago, el cuadro sintomático es el mismo, al menos en lo referente á los signos locales; por medio de la vista y la percusión se puede observar la dilatación notable de este órgano, que se marca á menudo bajo las paredes abdominales. Observaréis también una sonoridad exagerada que se produce en todo el hipocondrio del lado izquierdo, al nivel de las paredes costales, y que resulta de la distensión del gran fondo de saco del estómago, que rechaza al diafragma. Para comprender estas modificaciones del estómago (1) hay que recordar las relaciones del ven-

(1) Lesshaft (de San Petersburgo) ha estudiado en mil doscientos cadáveres, convenientemente congelados con antelación, la situación del estómago, y he aquí el resultado de sus estudios:

El estómago no está colocado horizontalmente con el gran fondo de saco á la izquierda, el píloro á la derecha, la pequeña corvadura hacia arriba y la grande hacia abajo. Cuando está lleno no experimenta

Sintomas de la dilatación del estómago.

Del bazuqueo
estomacal.

trículo con las paredes abdominales, relaciones que han sido bien estudiadas en estos últimos tiempos por Lesshaft (de San Petersburgo).

torsión al rededor de su eje, de manera que la gran corvadura se presente hacia delante, la pequeña hacia atrás, la pared anterior mirando hacia arriba y la posterior hacia abajo.

Normalmente, los $\frac{3}{4}$ de estómago se encuentran hacia la izquierda de la línea media, el $\frac{1}{4}$ restante, á la derecha. El cardias corresponde por delante á la reunión de los sexto y séptimo cartílagos costales con el esternón, y por detrás al fibrocartilago que reúne la novena vértebra dorsal con la décima.

El gran fondo de saco se encuentra á la izquierda del cardias. Su porción más elevada llega en la línea mamilar á la altura de la quinta costilla, y á menudo á la del cuarto espacio intercostal.

A partir del gran fondo de saco, la gran corvadura descende en el hipocondrio izquierdo, y se repliega en seguida horizontalmente hacia la derecha y línea media; su parte horizontal está situada más ó menos baja, pero por término medio pasa por detrás del tercio medio del espacio que reúne la base del apéndice xifoides con el ombligo. La pequeña corvadura empieza á nivel del borde izquierdo de la base del apéndice xifoides. se dirige primero un poco á la izquierda y abajo, descendiendo después verticalmente á la izquierda de la columna vertebral. Al nivel de la extremidad del cartilago de la octava costilla se dirige á la derecha para terminar en el piloro, que corresponde al borde derecho del esternón. La posición del estómago es, pues, principalmente vertical; el gran fondo de

(a) Lesshaft, *Sur la situation de l'estomac, sa forme et son fonctionnement* (Archives de Virchow, tomo LXXVI, fasc. 1).

Ruido
de bazuqueo.

Pero el signo seguramente más característico é importante es el ruido de bazuqueo que se obtiene golpeando bruscamente en el abdomen del enfermo ó comprimiendo la pared abdominal con movimientos vivos y repetidos. Se ha insistido con justa razón sobre este ruido, que Chomel había ya descrito tan minuciosamente hace años (1); este ruido no puede ser signo de dilatación del estómago como no se produzca en ciertas condiciones. Cuando tiene su asiento dentro de los límites del estómago, este signo tiene poca importancia, y como ha hecho observar muy bien Audhoui (a), es un síntoma fisiológico; mas para que conserve todo su valor, es necesario que este ruido de bazuqueo se produzca por debajo de una línea horizontal tirada desde el ombligo al borde izquierdo de los cartílagos costales. Para que se produzca este ruido y tenga todo su valor, es preciso

(1) He aquí cómo se expresa Chomel en este punto: «El síntoma particular á esta dispepsia, decía, es la producción en la región estomacal de un ruido de bazuqueo, debido evidentemente á la presencia simultánea de una cantidad, más considerable sin duda que en el estado sano, de líquidos y gases en la cavidad de esta viscera. Este ruido se oye en los grandes movimientos que hace el enfermo cuando se levanta, se acuesta ó se inclina rápidamente á uno ú otro lado. El médico le observa fácil y constantemente, á cualquier distancia de la comida que examine al enfermo, ejerciendo con la mano una presión rápida sobre la parte izquierda del epigastrio, en el punto correspondiente al gran fondo de saco del estómago. Se produce asimismo me-

por todavía colocando sus dos manos en los vacíos del enfermo, é imprimiendo al tronco, ligeramente elevado, dos ó tres sacudidas laterales.

Más adelante, añade también Chomel:

«El bazuqueo estomacal podría confundirse con un ruido análogo de que es asiento el intestino grueso, que se produce igualmente por el movimiento de la totalidad del tronco, pero mejor todavía por la presión con las manos sobre las regiones ocupadas por los colons. Se le encuentra particularmente en los individuos á quienes poco antes se les ha administrado un enema y en los que padecen diarrea serosa. El conocimiento de estas condiciones y el sitio especial del bazuqueo bastan para distinguirle del bazuqueo intestinal» (b).

(a) Audhoui, *Clapotement de l'estomac* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, julio de 1884).

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

que el estómago contenga cierta cantidad de líquido; así, en las personas que estén en ayunas, será necesario hacerles deber antes de explorar la región estomacal.

A propósito de este signo, es preciso evitar la siguiente causa de error: el confundir los ruidos de gorgoteo que existan en el intestino, al nivel del colon transverso, con el bazuqueo estomacal. De todos son conocidas las relaciones íntimas que unen al estómago con el colon transverso, y se comprende fácilmente la posibilidad de esta confusión. Sin embargo, el bazuqueo estomacal tiene un timbre diferente del intestinal; además, la dirección de estos ruidos no es la misma: los del intestino los veréis propagarse en el colon ascendente y descendente; los del estómago se perciben en la región propia del órgano.

Pero no creo útil emplear aquí para medir estas dilataciones los procedimientos aconsejados por Leube y Penzoldt (1); estas medidas añaden poco á nuestro diagnóstico.

Los vómitos no son constantes en todos los casos de dilatación del estómago. Sobrevienen, sobre todo,

(1) Leube ha propuesto, para apreciar exactamente el grado de dilatación del estómago, hacer penetrar todo lo más profundamente posible una sonda esofágica en el ventrículo gástrico, y ver por el punto en que se puede sentir la extremidad de la sonda el descenso de las paredes del estómago.

Franz Penzoldt ha dado con este motivo medidas precisas. Según él, en la mujer, para una talla media de 1^m,53, la distancia entre los dos in-

cisivos y la parte más profunda del estómago sería de 56 centímetros; en los hombres de talla de 1^m,60, esta distancia sería de 59 centímetros.

He aquí las cifras que obtuvo en tres casos de dilatación del estómago:

Distancia desde los incisivos á la parte más profunda del estómago: talla 1^m,63, 70; 1^m,65, 64,5; 1^m,57, 73; media 1^m,62, 62 (a).

(a) Franz Penzoldt, *Die Magenerweiterung*, Br., Erlangen, 1875.—Leube, *Zur Diagnose der Magendilatation* (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, volumen XVI pág. 394).

en los de causa de origen mecánico, y revisten entonces un carácter particular. No se producen más que cada dos, tres, cuatro ó cinco días, y son en este caso extraordinariamente abundantes, componiéndose de todos los alimentos ingeridos por el enfermo en los días anteriores.

A estos síntomas se unen otros que permiten reconocer, por decirlo así á simple vista, á los dilatados del estómago. Debo indicaros en primer lugar el enfriamiento de las extremidades; las manos en particular están frías y frecuentemente húmedas, lo que da la sensación de la piel de los reptiles. Todos los dilatados son además neuróticos, y observamos en todos los desórdenes nerviosos, desde el simple neurosismo hasta el histerismo más grave. En fin, en las mujeres se observa en un gran número de casos la ectopia renal derecha. Esta luxación del riñón se explica fácilmente por la congestión hepática que acompaña á la gastro-ectasia y á consecuencia del corsé, circunstancias que dan lugar al descenso del riñón.

Veamos ahora á qué reglas de terapéutica puede conducirnos este estudio clínico y patogénico acerca de la dilatación del estómago. El tratamiento comprenderá, pues, las indicaciones siguientes: tonificar la fibra muscular debilitada, lo que conseguiremos con el empleo de los medicamentos tetanizantes, los amargos; impedir las fermentaciones viciosas y pútridas por medio de las sustancias antisépticas ó antifermentescibles, y desembarazar al estómago de los residuos alimenticios, causa principal de las fermentaciones viciosas, lo que conseguiremos principalmente por la cura del estómago.

Debemos hacer presente que, cualquiera que sea el rigor que pongamos en nuestro tratamiento, rara vez curaremos esta enfermedad en el verdadero sen-

Tratamiento de la dilatación del estómago.