

contacto del tubo ó de un tapón de algodón. Alguna vez se encuentra en la superficie de la mucosa multitud de pequeñas excrecencias papilares, en un espacio más ó menos limitado, las cuales recuerdan el aspecto de la lengua del gato. Obsérvanse también modificaciones del epitelio en forma de cintas ó de manchas blancas, análogas á las de la leucoplasia bucal; por último, pueden verse también glándulas reunidas bajo la forma de granulaciones ¹.

En otros casos, la mucosa aparece afectada de catarro y no se observa ningún tumor canceroso, pero no se puede introducir el tubo más allá de cierto punto, en donde los pliegues de la mucosa, fijos, inmóviles, convergen formando una especie de embudo. Alguna vez se puede también descubrir, en el fondo de este embudo, el orificio de la estrechez; pero con frecuencia los pliegues de tal manera están aproximados que esto no es posible.

Las estenosis de origen cicatricial pueden presentar aspectos análogos á los que acabamos de exponer. También la comprobación de una ulceración ó de excrecencias en forma de coliflor, sobresaliendo en la luz del conducto, constituye un signo de la más alta importancia. Unas veces la ulceración no alcanza sino una porción más ó menos limitada de la infiltración cancerosa; otras invade todo el contorno de la estrechez, es regular ó irregular, franjeada, con la apariencia de «una piel de tambor rota.» Estas ulceraciones pueden ser lisas ó recubiertas de granulaciones ó bien presentan en diferentes puntos algunas excrecencias en forma de coliflor, papilares, en forma de granulaciones glandulosas

Las ulceraciones que ocupan la parte estenosada no son visibles algunas veces; pero se adivina su existencia por la aparición en el conducto estenosado de porciones de mucosa que flotan libremente. Cuando la ulceración es visible, se la reconoce por su superficie sucia, supurante, recubierta de sanies amarillo-agrisada; en algunas ocasiones puede llegar á la capa muscular. Se distinguirá de la *úlcera simple* en que sus bordes se continúan, no con una mucosa sana ó simplemente atacada de catarro, sino con una superficie cancerosa, rojo-agrisada, desigual, en la cual el menor contacto tiende á producir una hemorragia capilar. En ciertos casos la sangre sale al contacto del tubo, hasta el punto de que, á pesar de que se limpia rápidamente con tapones de algodón, no se llega á ver la superficie que sangra. En otros casos, el espejo está constantemente sucio por una sanies muco-purulenta que á cada espiración salta del conducto estrechado con ruido de gorgajeo.

¹ Véanse las figuras en color dadas por VON HACKER en *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1898 (La esofagoscopia en el cáncer del esófago y del cardias).

En general, la esofagoscopia basta para hacer el diagnóstico del cáncer; en los casos en que quedara alguna duda y cuando el esofagoscopio está colocado, se pueden emplear unas largas pinzas análogas á las que se usan en laringología, sacando con ellas algunos fragmentos de tumor ó de mucosa, cuyo examen microscópico podrá hacerse.

Por último, la esofagoscopia permite, más fácil y seguramente que cualquiera otro procedimiento de examen, el diagnóstico de la existencia, del sitio y de la naturaleza de los *cuerpos extraños* que haya en el esófago, los cuales unas veces son voluminosos y están situados en las regiones superiores, y otras son pequeños y están fijos en un punto cualquiera de la mucosa, adonde frecuentemente han sido llevados por ensayos infructuosos de cateterismo ó de extracción.

Este modo de exploración, que ha dado excelentes resultados á von Hacker y á Rosenheim en centenares de casos, merece ser más conocido y empleado de lo que lo es en Francia.

JULIO RENAULT.

EXPLORACIÓN DEL ESTÓMAGO

El diagnóstico de las enfermedades del estómago depende actualmente de tres modos de investigación.

En primer lugar, el *interrogatorio del enfermo* permite al médico conocer las perturbaciones subjetivas y los diferentes síntomas, tales como dolores, vómitos, eructos, etc. El enfermo proporciona datos también sobre las circunstancias que han precedido y acompañado el principio de la afección, como igualmente sobre la evolución de ésta.

En segundo lugar, la *exploración física* del estómago por la inspección, la percusión, la palpación, la auscultación, que dan indicaciones sobre el estado anatómico de la viscera.

Por último, el *cateterismo* permitirá adquirir datos precisos sobre sus funciones motrices y sobre su secreción.

INTERROGATORIO DEL ENFERMO

Los síntomas subjetivos por los cuales se anuncian al enfermo y al médico las afecciones del estómago son, en suma, muy poco numerosos. Cualquiera que sea su naturaleza, se revelan por dolores, vómitos, eructos, pirosis y alguna vez por hematemesis. Ninguna de estas afecciones

tiene un cuadro mórbido inmutable, absolutamente característico, patognomónico, en una palabra. La aparición de diferentes síntomas está subordinada á múltiples causas, las cuales debe investigar el clínico sin que siempre obtenga resultado, puesto que estas causas residen, unas veces en el estado anatómico de la víscera ó en la perturbación de sus funciones, otras son exteriores al órgano y sólo influyen secundariamente en él y por mecanismos que frecuentemente son difíciles de determinar con exactitud. Para llegar á atribuir á los síntomas su verdadero valor y hacer un diagnóstico útil, importa estudiar, no solamente su naturaleza en detalle, su agrupamiento, su evolución, sino también inquirir el estado de los demás órganos, cuyas perturbaciones pueden reflejarse más ó menos enérgicamente sobre el estómago.

El interrogatorio de un dispéptico debe hacerse según ciertas reglas, si no se quiere correr el peligro de omitir síntomas importantes, y por otra parte, para evitar el extraviarse con el enfermo en una multitud de detalles inútiles para el diagnóstico.

El método que nos ha parecido más sencillo consiste en preguntar al enfermo sobre todas las molestias gástricas que experimenta desde que se levanta hasta que se acuesta. Así se sabe sucesivamente lo que experimenta en ayunas y en los diversos períodos de la digestión.

A. — Las perturbaciones que el enfermo experimenta en ayunas, fuera de la digestión de los alimentos, deben ocuparnos primeramente.

Cierto número de dispépticos no experimentan molestia alguna al despertar. Para ellos éste es el mejor momento del día; así es que evitan tomar alimento alguno durante la mañana. Otros sólo experimentan ligeras molestias: la boca está seca ó amarga; experimentan algunas náuseas, alguna vez cierta pesadez del estómago. Añádase á esto, vértigos, una sensación de vacío en la cabeza, al mismo tiempo que entorpecimiento, decaimiento general con dolorimiento de los miembros. Estas perturbaciones mórbidas son muy frecuentes en los neurasténicos y constituyen un indicio de que la dispepsia se complica con un estado nervioso, del cual se ha de tomar nota para establecer el tratamiento.

En algunos casos más raros, se puede notar en ayunas la existencia de síntomas más graves. El *dolor*, ordinariamente ligero, puede, al contrario, ser vivo, consistente en punzadas, calambres, ardores, etc. En ciertas ocasiones este dolor aumenta por la presión; en otras disminuye, aunque con menos frecuencia. Algunos vivos dolores experimentados en ayunas, especialmente si no coinciden con los vómitos, son debidos á la influencia de una neurosis ó de una afección del sistema nervioso central (gastralgia, crisis gástricas de la tabes). Si corresponden á una afección orgánica del

estómago, estos dolores son con frecuencia menos vivos y van acompañados de otros síntomas dispépticos.

Los *eructos gaseosos* no son raros cuando se está en ayunas. Pueden estar compuestos de gases inodoros ó bien emanaciones fétidas. Cuando los eructos inodoros son poco abundantes, no tienen valor diagnóstico alguno; si, por el contrario, se producen con abundancia, se encuentran á menudo bajo la influencia de un estado neuropático. En cuanto á la producción de gases fétidos, está relacionada con la existencia de fermentaciones, ora en el estómago, ora, y esto es lo más frecuente, en el intestino, estagnación gástrica ó estagnación fecal. Es aún más raro que estos estados mórbidos den lugar á gases inodoros.

Llegamos á un síntoma de los más importantes, los *vómitos*. Cuando sobrevienen en ayunas, pueden ser de naturaleza diferente. Algunos enfermos arrojan lo que se llama comúnmente flemas, pituitas, es decir, un líquido mucoso, medianamente espeso, filante, agrisado, ó más ó menos teñido de verde por la bilis. Este líquido es inodoro, de un sabor amargo y de ordinario neutro al tornasol. Se dice que está compuesto de saliva deglutida durante la noche, pero sólo algunas veces se encuentran en él las reacciones de la saliva. Realmente está sobre todo compuesto de moco segregado con exceso por las glándulas mucosas del estómago.

Esto constituye un signo de catarro gástrico. Encuéntrase también con extrema frecuencia en la gastritis alcohólica; pero no es un signo patognomónico, y se encuentra también en los demás tipos de gastritis, cualquiera que sea la causa de ellas.

En lugar de ser insípidos y neutros al tornasol, los líquidos arrojados en ayunas pueden ser ácidos al tornasol, quemando la boca, ó afectando á los dientes; más acuosos que los precedentes y presentando todas las reacciones químicas y biológicas del jugo gástrico. Así indican la existencia de un tipo de gastritis especial, estudiada por M. Hayem, bajo el nombre de *gastritis parenquimatosa hiperpéptica*, y más comúnmente con el nombre de *gastrosucorrea*.

Por último, los vómitos pueden contener alimentos, sea ingeridos el día antes, sea tomados ya muchos días antes. Cuando estos vómitos se producen accidentalmente, pueden ser indicio de una indigestión pasajera. Si, por el contrario, se repiten, ora cuotidianamente, ora á intervalos más ó menos largos, indican una perturbación grave de la motricidad, un obstáculo material para el paso de los alimentos al intestino, en una palabra, una estagnación gástrica. Habitualmente los alimentos están diluidos en una gran cantidad de líquido; otras veces son pastosos. Su olor es variable. Si tienen un olor butírico, es que provienen de un

estómago que no contiene ácido clorhídrico (cáncer ó úlcera muy antigua). Los vómitos que contienen ácido clorhídrico tienen un olor agrizo, que recuerda el del vino blanco fermentado.

La *pirosis* y las *regurgitaciones* que se producen fuera de los períodos digestivos acompañan habitualmente á los vómitos y son un indicio seguro de estagnación gástrica.

B. — Pasemos ahora al examen del estómago en el momento de la ingestión de los alimentos y durante el trabajo de la digestión.

Desde luego debemos preocuparnos en estudiar las modificaciones del *apetito*. En muchos dispépticos se conserva el apetito, al menos suficientemente. Algunas veces disminuye. No hay que atribuir á una falta de apetito el régimen al cual se someten ciertos enfermos por temor á los dolores que provoca la alimentación. La *anorexia* es la pérdida del apetito. Los enfermos experimentan un verdadero disgusto, sea para todos los alimentos, sea, y muy principalmente, para las sustancias grasas ó albuminoideas. Esta supresión del apetito depende de múltiples causas. Las causas locales (cáncer, gastritis, enfermedades del hígado) son acaso menos importantes que las enfermedades generales, agudas ó crónicas, entre las cuales la mayor parte cuenta la anorexia en el número de sus síntomas. Las neurosis, neurastenia, histeria, las vesanias, etc., etc., se complican frecuentemente con ella, pero en tales casos este síntoma presenta menos fijeza. En efecto, el apetito es caprichoso; los períodos de anorexia alternan con los períodos de apetito normal ó exagerado.

En estos mismos enfermos sucede con frecuencia también que el apetito parece conservarse; puede también manifestarse por una sensación de desfallecimiento, de anonadamiento. Los enfermos, al sentarse á la mesa, comen con avidez, pero desde los primeros bocados decaen y no pueden continuar. Por último, la anorexia, también en los neurópatas, puede revestir los caracteres de una verdadera neurosis. Entonces sale del dominio de la patología gástrica para entrar en el de la patología nerviosa y mental. Constituye una verdadera vesania, como lo ha demostrado perfectamente Sollier después de Lasègue, de donde el nombre de *sitofobia* (repulsión de los alimentos) que aquel autor propone para designarla.

El aumento del apetito se encuentra en cierto número de casos. En la hiperclorhidria, el hambre es vivo con frecuencia; pero en este caso nada hay de patológico. Es preciso distinguir la *polifagia* de la *bulimia*. La primera depende de la pérdida del sentimiento de saciedad; los enfermos comen cantidades considerables de alimentos con verdadera glotonería; jamás están satisfechos; es éste un fenómeno raro en las gastropatías sim-

ples, y se encuentra en los neurópatas y sobre todo en los alienados. La *bulimia* es más frecuente que la polifagia; se la puede definir como la repetición inmoderada de la sensación de hambre. Se la encuentra en la diabetes, en la convalecencia de las enfermedades graves, después de las hemorragias, en algunos síndromes gastro-intestinales, como la insuficiencia del píloro, la lienteria, etc. En estos casos los enfermos comen á menudo y mucho, porque entonces la bulimia responde á una verdadera necesidad de reparación del organismo. En los neurópatas, la bulimia tiene una significación muy diferente. Los enfermos sienten hambre con frecuencia y al mismo tiempo, si no pueden satisfacer inmediatamente su apetito, experimentan una sensación de desfallecimiento que puede llegar hasta el síncope; pero en seguida quedan hartos con algunos bocados, ó sencillamente por un buche de líquido. La bulimia de los neurasténicos nos parece ser una neurosis igual que la anorexia y debe ser tratada de la misma manera.

Para terminar todo lo que se refiere á las modificaciones del apetito, citaremos esas perversiones extravagantes que hacen buscar á los enfermos las comidas más extrañas, ó sustancias en manera alguna alimenticias. Se designa esto con el nombre de *parorexia*.

Las modificaciones de la sensación de sed son más raras que las de la sensación de hambre. La sed viva se observa en las gastritis agudas ó subagudas ó en el curso de vómitos incoercibles. Por el contrario, en otros casos las bebidas son mal toleradas por los enfermos. Cierta cantidad de líquidos tomados en las comidas les quita el apetito. Algunos dispépticos deben privarse en absoluto de beber. Hemos observado un enfermo que podía comer abundantemente á condición de no beber; un cuarto de vaso de agua pura provocaba en él el vómito infaliblemente. Tratábase evidentemente de un caso curioso de neurosis del estómago.

Ahora supongamos á nuestros enfermos instalados en la mesa y haciendo su comida. Puede suceder que la deglución de los alimentos sea penosa. Entonces se puede sospechar que exista una afección en el esófago ó una estrechez orgánica. En este caso está indicado hacer que los enfermos coman y beban delante del médico, observando entonces *de visu* qué es lo que sucede. De esta manera se puede formar opinión sobre el grado, el punto y la naturaleza de la estrechez (Véase anteriormente *Exploración del esófago*). Obrando así, hemos llegado á observar muchas veces, en los neurasténicos, una perturbación rara, que en ninguna parte vimos señalada ni descrita, pero sobre la cual Debove había llamado nuestra atención, á saber: *el miedo de la deglución*. Los enfermos no tienen ni espasmo de la faringe, ni parálisis del velo del paladar, ni

estrechez espasmódica ú orgánica del esófago, y sin embargo, tienen miedo de tragar lo que ya tienen en la boca; les parece que sus alimentos son demasiado gruesos y que no podrán franquear el esófago, y no obstante, si se pasa una sonda, no se encuentra obstáculo en ningún punto. Trátase aquí de una verdadera fobia, que no siempre se llega á vencer, por más que se demuestre al enfermo que las sondas, aun las más voluminosas, franquean el esófago.

Cuando los alimentos han penetrado en el estómago, pueden provocar en él perturbaciones diversas, á las cuales vamos á pasar revista estudiando su naturaleza y diferentes modalidades.

El accidente que con más frecuencia se observa es el dolor, el cual es muy variable en cuanto á su manifestación. Consiste unas veces en una simple sensación de plenitud y de pesadez epigástrica; otras, en un sufrimiento de los más vivos. Pueden concebirse entre estos dos extremos todos los intermedios. Los nombres de calambres, torno, quemadura, transfixión, peso, indican la variable naturaleza de las sensaciones. Á lo mejor están localizadas en el hueco epigástrico, otras veces irradian en distintas direcciones, remontando especialmente á lo largo de las falsas costillas para alcanzar la columna vertebral y extenderse hasta los omoplatos. La naturaleza é intensidad del dolor no tienen ninguna significación diagnóstica. Dependen principalmente de las reacciones nerviosas del individuo que lo sufre y no de la intensidad de las causas productoras.

Mucho más importa, al hacer el interrogatorio de los enfermos, precisar el *momento* del dolor. Si éste aparece en cuanto penetran los alimentos en el estómago, indica que, ó bien hay una hiperestesia neuropática de la viscera, ó existe alguna úlcera ó un cáncer próximo al cardias. En las crisis gástricas es absoluta la intolerancia del estómago, y la ingestión de la más pequeña cantidad de líquido provoca atroces sufrimientos. Si los enfermos sienten el dolor á la hora de haber comido, se trata de gastritis, ó bien de dispepsia asténica ó neuromotriz. Por último, los dolores que aparecen tardíamente, de dos á seis horas después de las comidas, según la cantidad de substancias ingeridas, indican un obstáculo orgánico (úlcera, cáncer, adherencias, tumores benignos) ó funcional (acodamiento, compresión, espasmo) á nivel del píloro.

Algunos enfermos atenúan instintivamente el dolor, adoptando diversas posturas ó practicando distintas maniobras. Muchas veces pueden sacarse deducciones de la naturaleza de la enfermedad por el conocimiento de estas actitudes.

Los *vómitos* son resultado, muchas veces, de la intensidad del dolor. Así pueden tener lugar inmediatamente después de la ingestión de los

alimentos, (úlcera, hiperestesia), ó durante las primeras horas de la digestión (gastritis, dispepsia asténica), ó mucho tiempo después (obstáculo en el píloro). Tienen lugar en el momento en que los dolores alcanzan su mayor intensidad, y hacen que éstos cesen inmediatamente. Por esto muchos enfermos no esperan que se produzcan espontáneamente y los provocan introduciéndose los dedos en la garganta.

Los vómitos pueden aparecer independientemente del dolor. Apenas van precedidos de ligeras náuseas. En este caso se producen de ordinario sin ningún esfuerzo.

Cuando tal acontece, no acostumbran á significar una afección del estómago. Indican más bien una lesión de los centros nerviosos ó una neurosis; ó pueden ser también vómitos reflejos dependientes del dolor de un órgano abdominal: los del embarazo pueden incluirse en esta categoría. Son, además, muy tenaces y revisten, por este mismo hecho, una gravedad excepcional, porque pueden conducir á los enfermos á la inanición.

Es raro que los vómitos se presenten con la misma regularidad que los dolores. Unas veces se producen después de cada comida, otras aparecen á intervalos más ó menos distanciados, determinados por una emoción, por un exceso en la comida ó bajo influencias diversas. En los casos de estenosis del píloro, podría decirse que los vómitos son regularmente irregulares. Desde luego, su frecuencia depende en gran parte de las variaciones que sufre la capacidad del estómago: si este órgano no está dilatado, son cotidianos ó bicitidianos. Si el estómago se deja distender, si la túnica muscular ha perdido su contractilidad y su elasticidad, la viscera sólo se vacía cuando ha llegado al límite de la distensión, ó sea al cabo de algunos días.

La composición de los vómitos es muy variable. Sólo la estudiaremos aquí desde el punto de vista puramente clínico. Lo más frecuente es que los vómitos sean alimenticios y contengan los alimentos de la última comida. En caso de estenosis pilórica, contienen alimentos ingeridos muchos días antes. Unas veces son espesos y se encuentra en ellos abundante cantidad de moco, otras están coloreados por la bilis. Por último, algunas veces los alimentos, en escasa abundancia, están diluidos en una gran cantidad de jugo gástrico. Y aun en algunos hipersecretores, el vómito, que tiene lugar cuatro ó más horas después de las comidas, puede estar compuesto exclusivamente de jugo gástrico por haber quedado los alimentos en la viscera.

Además de los dolores y los vómitos pueden observarse pirosis y eructos gaseosos. La *pirosis* consiste en una sensación de ardor que parte