

del hueco epigástrico y remonta á lo largo del esternón. Considerado antes como característico de la dispepsia ácida, este fenómeno es tenido hoy como un vómito en pequeño. Debe ser así, porque, para que se produzca, basta que el jugo gástrico, sea cualquiera su composición, se ponga en contacto con el esófago (Reichmann). La pirosis puede llegar algunas veces á la *regurgitación*. Ésta tiene lugar por el mismo mecanismo, pero en ella el contenido gástrico llega hasta la boca. Es un fenómeno común á gran número de dispepsias y que no tiene ningún valor patognomónico.

La *eructación* está caracterizada por la proyección de gas fuera del estómago. La producción de gases, cuando tiene lugar en corta cantidad, es un fenómeno que no tiene gran importancia. Algunas veces, por el contrario, los gases se desprenden en gran abundancia. La eructación puede constituir el único fenómeno dispéptico, ó sobresalir por su intensidad sobre los demás fenómenos concomitantes.

La eructación de gases fétidos indica la existencia de fermentaciones gástricas, si hay estagnación, ó, con más frecuencia todavía, de fermentaciones intestinales. La eructación de gases inodoros puede ser debida á fermentaciones, pero frecuentemente es un fenómeno neuropático, de marcha extremadamente variable y casi siempre muy rara. En muchos enfermos, tiene lugar inmediatamente después y hasta durante la ingestión de los alimentos. En otros aparece más ó menos tardíamente. Hemos tenido ocasión de observar casos en que la eructación no tenía lugar si el enfermo se acostaba después de las comidas, mientras que si caminaba se producían verdaderas descargas de gas. En otros, sucede todo lo contrario. En algunos individuos, basta la presión del epigastrio ó del abdomen para provocar eructaciones subintrantes, mientras que éstas no tienen lugar espontáneamente. Actualmente estamos observando un enfermo histérico que padece, hace más de quince años, de trastornos gástricos, y en el cual existen en diferentes partes del cuerpo verdaderos puntos *eructógenos*. Basta pasar la mano por el cráneo, la parte media de la columna vertebral, el hueco epigástrico y la base del cuello, para provocar eructaciones ruidosas. Estas extrañezas en la producción de los gases, son prueba patente de su carácter neuropático. Señal evidente es también de ello el origen de este síntoma y la multiplicidad de las causas físicas y psíquicas capaces de provocarlo.

C. — Para completar todo lo referente á los trastornos gástricos, el médico deberá informarse, respecto á sus enfermos, si en una época más ó menos lejana han sufrido *gastrorragias*. Cuando éstas tienen lugar con suficiente abundancia, se manifiestan por hematemesis y melenas; generalmente uno de estos dos síntomas predomina sobre el otro; á veces

pueden aparecer separadamente, pero lo más frecuente es que se manifiesten á la vez. Esta misma coincidencia es el mejor signo diagnóstico de la *gastrorragia*.

La *hematemesis* de origen gástrico puede estar compuesta de sangre negra ó roja. La sangre negra se ha comparado, según su distinto aspecto, á poso de café, á sebo desleído ó á alquitrán. Estas alteraciones indican, por lo general, que ha salido de los vasos en corta cantidad y que ha permanecido algún tiempo en el estómago, donde ha sufrido la acción del jugo gástrico. De aquí que la hematemesis negra pueda encontrarse tanto en la úlcera, como en la erosión hemorrágica, como en el cáncer, de cuya afección se la había considerado antes como signo patognomónico. La sangre vomitada tiene el color rojo cuando lo ha sido en cantidad abundante y poco después de haber salido de los vasos. Se encuentra sola ó mezclada con los alimentos, y es más ó menos fácil de coagular, según esté más ó menos mezclada con el jugo gástrico. Nunca es espumosa como la sangre de la hemoptisis. Sin embargo, no puede atribuírsele ningún carácter patognomónico. Para distinguir la hematemesis roja de la hemoptisis, de la epistaxis, de la estomatorragia, deben tenerse en cuenta los antecedentes y el examen de los órganos más que los caracteres de la sangre expulsada.

La *melena* se presenta en forma de deposiciones negruzcas, pegajosas, diarreicas, raramente concretadas en pequeñas masas duras. Debe tenerse cuidado en no confundir la melena con las deyecciones teñidas de negro por algún medicamento, especialmente el bismuto.

D. — Después de haber averiguado de este modo los trastornos gástricos, el médico deberá completar el examen del tubo digestivo. Los datos que proporciona el examen de la boca son muy vagos. Dista mucho de ser exacta la expresión de que la boca sea «el espejo del estómago». Respecto á este punto de vista, se observan las mayores irregularidades. Importa conocer el estado de los dientes para saber si la masticación es suficiente. Deben estudiarse cuidadosamente los trastornos intestinales. El estreñimiento indica generalmente una alimentación escasa; puede, no obstante, ser debido también á un espasmo ó á la atonía del intestino. La diarrea se observa con menos frecuencia. Las alternativas de estreñimiento y diarrea son bastante frecuentes. Indican la existencia de alteraciones intestinales, que, por sí solas, pueden originar trastornos que pueden muy fácilmente hacer pensar en una dispepsia gástrica, y cuyo origen es casi siempre desconocido. Con frecuencia la colitis mucosomembranosa acompaña á los trastornos gástricos. Finalmente, la presencia de parásitos en las deyecciones puede explicar trastornos gástricos cuya

patogenia no se había deslindado de un modo claro. Algunos autores han atribuído mucha importancia á la existencia de hemorroides (G. Sée).

Es cosa sabida que las afecciones del estómago van acompañadas muchas veces de alteraciones de la salud general, de simpatías nerviosas y de trastornos en diferentes órganos de la economía. Por otra parte, algunos trastornos dispépticos son secundarios, debidos á la influencia de alteraciones viscerales, ó hijos del estado de sufrimiento del sistema nervioso. Por esto es absolutamente necesario, para hacer el diagnóstico y establecer el tratamiento, examinar todos los órganos. No es propio de este lugar hacer indicaciones, ni aun sucintas, sobre este punto. Por lo tanto, nos limitamos á insistir sobre la importancia de este examen general.

E. — Hecho este largo interrogatorio, sólo falta conocer los antecedentes.

Debe indagarse la *edad* del enfermo; averiguarse con mucho cuidado la *fecha del comienzo* de la enfermedad; el cáncer no acostumbra á durar más de dos ó tres años; cuando la gastropatía cuenta una fecha muy larga, cabe la tranquilidad. Importa también conocer la *manera cómo empezó* la enfermedad. Muchas dispepsias nerviosas principian después de una fuerte emoción, de disgustos repetidos ó de fatiga. La úlcera se da á conocer muchas veces por una brusca hematemesis. El cáncer y el catarro crónico progresan lentamente, insidiosamente. La *marcha* del cáncer es progresiva y sin remisiones. La úlcera tiene síntomas muy aparatosos, pero susceptibles de sufrir considerable mejora. Las dispepsias de origen nervioso son de marcha muy caprichosa; se observan crisis gástricas muy violentas separadas por intervalos de perfecta salud.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Estudiaremos sucesivamente los datos que proporcionan la *inspección*, la *palpación*, la *percusión* y la *auscultación*.

Para todas estas exploraciones, el enfermo debe estar en decúbito dorsal, la cabeza ligeramente levantada, pero el dorso completamente horizontal. Debe colocar las piernas en semiflexión, para relajar completamente los músculos de la pared abdominal. Se le ha de recomendar que no oponga ninguna resistencia á los movimientos que se le impriman y que respire libremente sin ningún esfuerzo. Para distraer su atención, es muchas veces conveniente entretenerle conversando.

En algunos casos, que indicaremos á medida que vayan presentándose, puede ser necesario que el enfermo se coloque en estación vertical.

Por regla general, el examen debe practicarse dos ó tres horas después de las comidas. Pero muchas veces es necesario hacer una segunda exploración cuando el enfermo esté en ayunas.

Inspección. — Del examen de la conformación exterior del tronco (tórax y abdomen), cree Hayem que pueden deducirse datos de gran valor para el diagnóstico de la afección del estómago. A este objeto, ha descrito detalladamente los diferentes tipos de deformación que se encuentran. Yo no creo que pueda sacarse gran provecho de este estudio desde el punto de vista especial de la patología gástrica. Por otra parte, habiéndose tratado esta cuestión en otro lugar de este Manual (véase pág. 146), no volveremos sobre el asunto.

Si quiere limitarse la inspección á la propia región del estómago, las más de las veces no se encuentra ninguna modificación importante. Sin embargo, en algunos casos y en individuos flacos, se puede ver dibujado el estómago bajo la pared del vientre. La distensión de esta víscera es más fácil de observar en la posición vertical, porque los líquidos que contiene se acumulan en la parte declive, y puede seguirse la curvatura mayor de modo bastante claro para dibujarla. Estos casos son excepcionales.

Si por la inspección se quieren apreciar la situación y forma del estómago, es preciso recurrir á la *insuflación del órgano*. Así y todo, sólo se obtienen resultados precisos en individuos flacos. Como este medio clínico es además muy útil para facilitar la percusión del órgano, voy á describirlo en detalle. Puede hacerse de dos maneras: por medio de polvos efervescentes, ó con la sonda. La insuflación por la sonda se describirá en el capítulo del cateterismo.

Para insuflar el estómago por medio de polvos efervescentes, lo mejor es proceder del modo siguiente: se prepara de antemano, 1.º una solución de ácido tartárico dosificada, de modo que una cucharada de sopa contenga 3 gramos de ácido, 2.º dos papeletas que contengan 3 gramos de bicarbonato de sosa. Se empieza por administrar una cucharada de sopa de la solución, luego una papeleta de bicarbonato de sosa en suspensión en la cuarta parte de un vaso de agua. Al poco tiempo, aproximadamente uno ó dos minutos, se dibuja el estómago debajo de la pared, y puede marcarse su contorno con el lápiz dermatográfico. Si la distensión es insuficiente, se administra una segunda dosis de ácido tartárico y de bicarbonato de sosa; entonces se obtiene el efecto deseado. Si, como recomiendan algunos autores, se usan dosis muy débiles, 1 ó 2 gramos de ácido y otro tanto de bicarbonato de sosa, se obtiene un resultado insuficiente; por el contrario, con cantidades demasiado elevadas, sobre todo

si se administran de una vez, se provoca un malestar muchas veces considerable que termina por eructaciones violentas con vómitos que impiden llevar á cabo el experimento. Operando del modo que aconsejamos nosotros se evitan estos inconvenientes. La insuflación, resulta siempre inocua á condición, no obstante, de no emplearla en enfermos que hayan sufrido recientemente hematemesis.

Al tratar de la percusión discutiremos los datos que puede proporcionar la insuflación del estómago.

En los individuos flacos, algunas veces puede comprobarse por simple inspección la existencia de tumores situados en distintos puntos de la viscera. Para este objeto, el examen de perfil con la luz de lado es preferible al examen directo de frente. Los tumores del estómago se observan con mayor frecuencia á derecha de la línea media, pero á veces llegan á pasarla hasta ser visibles en el lado izquierdo; raramente se limitan al hipocondrio izquierdo. Es hecho generalmente admitido que no siguen los movimientos del diafragma. Esto no es exacto de un modo absoluto. Verdad es que los tumores yuxtapilóricos, ocupando la parte inferior del estómago (que es de mucho el caso más frecuente), son independientes de los movimientos respiratorios, á no ser que hayan contraído adherencias con el hígado. Pero los tumores un tanto voluminosos de la tuberosidad mayor, de la gran curvadura ó de la cara anterior del estómago, siguen los movimientos del diafragma. Aún no há mucho tiempo he podido cerciorarme de este hecho.

No es extraño observar en los dispépticos *pulsaciones epigástricas*, débiles muchas veces, pero otras muy violentas. Este fenómeno morboso, que molesta á los enfermos, tiene una significación variable. En la mayoría de casos, las pulsaciones epigástricas coinciden con fenómenos de dispepsia nerviosa ó con los trastornos de la enteroptosis. Algunos casos son debidos á adherencias del estómago ó del hígado con la aorta. Tanto en un caso como en otro interesa diferenciarlos de un tumor aneurismático. cosa que no es difícil porque no presentan como éste la expansión sistólica.

Por la inspección revélase también otro síntoma capital: la *ondulación peristáltica* del estómago. A través de las paredes del abdomen se ven dibujar ondas más ó menos profundas y extensas, que siguen distintos trayectos, de izquierda á derecha lo más á menudo, algunas veces de derecha á izquierda y otras alternativamente en ambos sentidos. Estas ondas, que señalan la enérgica contracción de la túnica muscular del estómago, se originan espontáneamente, pero se acusan más todavía haciendo la palpación ó la percusión del estómago ó mejor bajo la influencia de la ingestión de alimentos. La comprobación de este síntoma tiene

un gran valor diagnóstico. Es señal de que existe un obstáculo á la evacuación del estómago y, por consiguiente, debe despertar desde luego la idea de una intervención quirúrgica. Hase pretendido que las contracciones peristálticas pueden observarse en algunos neuropatas sin que por esto pueda admitirse la existencia de una estenosis pilórica. Según algunos autores (Doyen, A. Robin, Linossier), este fenómeno morboso debería incluirse entre los síntomas del espasmo del píloro. Estos casos son sumamente raros. Además, las contracciones del estómago no tienen todas la misma regularidad ni la misma intensidad.

Algunos autores han intentado utilizar los rayos de Röntgen para estudiar la forma y los movimientos del estómago. Los resultados obtenidos hasta el presente no han correspondido á lo que podía esperarse de este modo de investigación; no obstante, son dignos de mención algunos trabajos recientes.

J.-Ch. Roux y Balthazard¹ obtienen la opacidad del medio gástrico mezclando íntimamente con los alimentos sólidos ó líquidos, subnitrito de bismuto, sal insoluble, no tóxica y muy opaca para los rayos X aun en capas delgadas. Al paciente se le administran, en ayunas, 15 ó 20 gramos de subnitrito de bismuto en suspensión en 100 gramos de agua. Luego se le coloca derecho detrás de la pantalla fluorescente. En el lado izquierdo y por detrás se coloca el tubo, de manera que la sombra proyectada por la columna vertebral no se superponga á la proyectada por el estómago. En el abdomen se ve aparecer una mancha oscura que indica la situación más declive del estómago. El contorno de esta sombra se dibuja sobre la placa de celuloide de la pantalla y puede copiarse con papel de calcar. De este modo han podido los autores citados estudiar, pero solamente en individuos flacos, el contorno del estómago y los movimientos de la viscera. Han podido observar que, en el hombre, el estómago se divide en dos regiones distintas: la mayor sirve de reservorio á los alimentos; la porción prepilórica es la única animada de fuertes movimientos peristálticos, que arrojan poco á poco en el duodeno las materias acumuladas en el estómago. Resultaría interesante la aplicación de estos datos al estudio de la patología gástrica.

Palpación. — Inútil es que insistamos en las precauciones que deben tomarse para hacer la palpación del estómago. La temperatura de la mano no debe ser muy baja; debe procederse con suavidad procurando vencer lentamente, por una presión ligera pero continua, la contracción instintiva de los músculos abdominales. Debe recomendarse, además, al enfermo que abra la boca y respire poco á poco, profundamente y con re-

¹ *Société de biologie*, 1898.

gularidad. En la región del estómago, pueden comprobarse por la palpación las modificaciones de la sensibilidad, el sonido de bazuqueo y las tumefacciones.

En algunos dispépticos, la palpación no revela ningún *dolor*. Otros enfermos acusan una impresión molesta, desagradable, pero no verdaderamente dolorosa. Este hecho no tiene ninguna significación precisa. Pero en ambos, en algunos casos, el dolor despertado por la presión es considerable. Unas veces se despierta un dolor muy vivo en un punto perfectamente limitado. En este sitio el enfermo percibe la misma sensación que si le tocaran una herida viva, y es signo característico que la presión determina en este punto, al mismo tiempo que un dolor epigástrico, la aparición de un dolor raquídeo. Este es llamado *dolor lancinante* ó dolor transfixivo: parece que al enfermo le pasan de parte á parte. Este dolor es muy propio de la úlcera. Por su importancia diagnóstica, merece distinguirlo con cuidado de otros fenómenos dolorosos mucho menos claros y de distinto valor semiológico. Así, por ejemplo, en los sujetos afectos de gastritis catarral, erosiva ó papilar, la presión ejercida en el estómago es molesta; pero siempre tolerable. En la dispepsia nerviosa se determina á nivel de la región epigástrica un dolor bastante vivo, pero de una forma especial que permite reconocerlo y atribuirle su verdadera significación. Ocupa un lugar especial, inmediatamente por debajo del apéndice xifoideo, á nivel de los plexos nerviosos que rodean la aorta y el tronco celíaco. Por la presión, se provoca en este sitio un dolor vivo; pero la presión superficial, el simple paso de la mano por la región es igualmente doloroso y á veces más que la presión profunda¹. Además, este dolor irradia muchas veces en diferentes direcciones, á lo largo de las costillas, hacia la región cardíaca, ó por el abdomen. Aparte de esto, va acompañado de una sensación de desfallecimiento análoga á la que se observa comprimiendo la región ovárica de las histéricas. Es casi un punto histerógeno. Este punto epigástrico coexiste muchas veces con otros puntos sensibles diseminados por el abdomen: estos enfermos, afectos de dispepsia nerviosa, son los que presentan más á menudo palpitations simples, no acompañadas de expansión sistólica.

La palpación de la región epigástrica permite percibir el *ruido de bazuqueo* que se obtiene imprimiendo con las puntas de los dedos repetidas sacudidas bruscas y cortas á la pared abdominal. Es un ruido comparable al que se obtiene sacudiendo una botella á medio llenar. Resulta de la colisión de los líquidos y gases contenidos en el estómago. La im-

¹ J.-Ch. Roux ha hecho construir un estesiómetro para apreciar la sensibilidad del plexo celíaco que, según este autor, sería proporcional á la intensidad de la irritación cardíaca.

portancia concedida á este síntoma hará que nos detengamos largamente á estudiarlo.

El bazuqueo, generalmente fácil de obtener, puede no obstante confundirse con el zurrido intestinal, como ha demostrado Debove. Le Gendre hace notar que los dos ruidos no tienen el mismo timbre: por otra parte, añade que, en el momento que el oído percibe el ruido de bazuqueo, los dedos reciben el choque de retorno del líquido, que ha sido repelido por la brusca depresión de las paredes abdominal y gástrica. No es menos cierto que, para la mayoría de los médicos, es frecuente esta confusión. Á mi modo de ver, el mejor medio de comprobar, por decirlo así, la autenticidad del ruido de bazuqueo, consiste en buscar, sacudiendo el cuerpo del enfermo, el *ruido de succusión*. Estos dos signos coexisten siempre. Si se trata de zurrido intestinal, no se obtiene ruido de succusión.

La comprobación del ruido de bazuqueo debe considerarse como demostrativa de un estado patológico. En un individuo sano, aun después de una abundante comida, no puede percibirse. Intervienen en su génesis dos factores principales. El papel más importante lo desempeña la disminución de resistencia de las paredes abdominales; tanto es así, que en los obesos es imposible obtener el bazuqueo, mientras que en los individuos flacos, ó en las mujeres, cuyas paredes abdominales hayan quedado relajadas por la acción de varios embarazos, este síntoma puede decirse que es constante. En segundo lugar, deben tenerse en cuenta la disminución de resistencia de las paredes del estómago y la disminución de la tensión intragástrica. Este estado morbozo, justamente denominado atonía gástrica, no debe confundirse, como sucede muy á menudo, con la dilatación del estómago ó aumento de la capacidad del órgano, y la estagnación gástrica caracterizada por la permanencia prolongada de los alimentos en el ventrículo. Estos estados morbosos pueden coincidir, pero pueden también aparecer por separado, ya que no están necesariamente ligados entre sí.

De todos modos, la producción del ruido de bazuqueo puede dar dos indicaciones: primera, sobre el estado de la fuerza motriz del estómago; segunda, sobre sus dimensiones y capacidad. Según las investigaciones hechas por Bouehard, Le Gendre y Baradat de la Caze, un estómago que bazuquea seis horas ó siete después de una comida ordinaria, elimina demasiado tarde su contenido, y es defectuoso el estado de sus funciones motrices. La comprobación del bazuqueo en ayunas, doce horas después de una comida ordinaria, cualquiera que sea el punto del epigastrio en que se perciba, tiene una significación muy grave: indica que hay estasis gástrica, ó sea prolongación indefinida de la permanencia de los alimen-