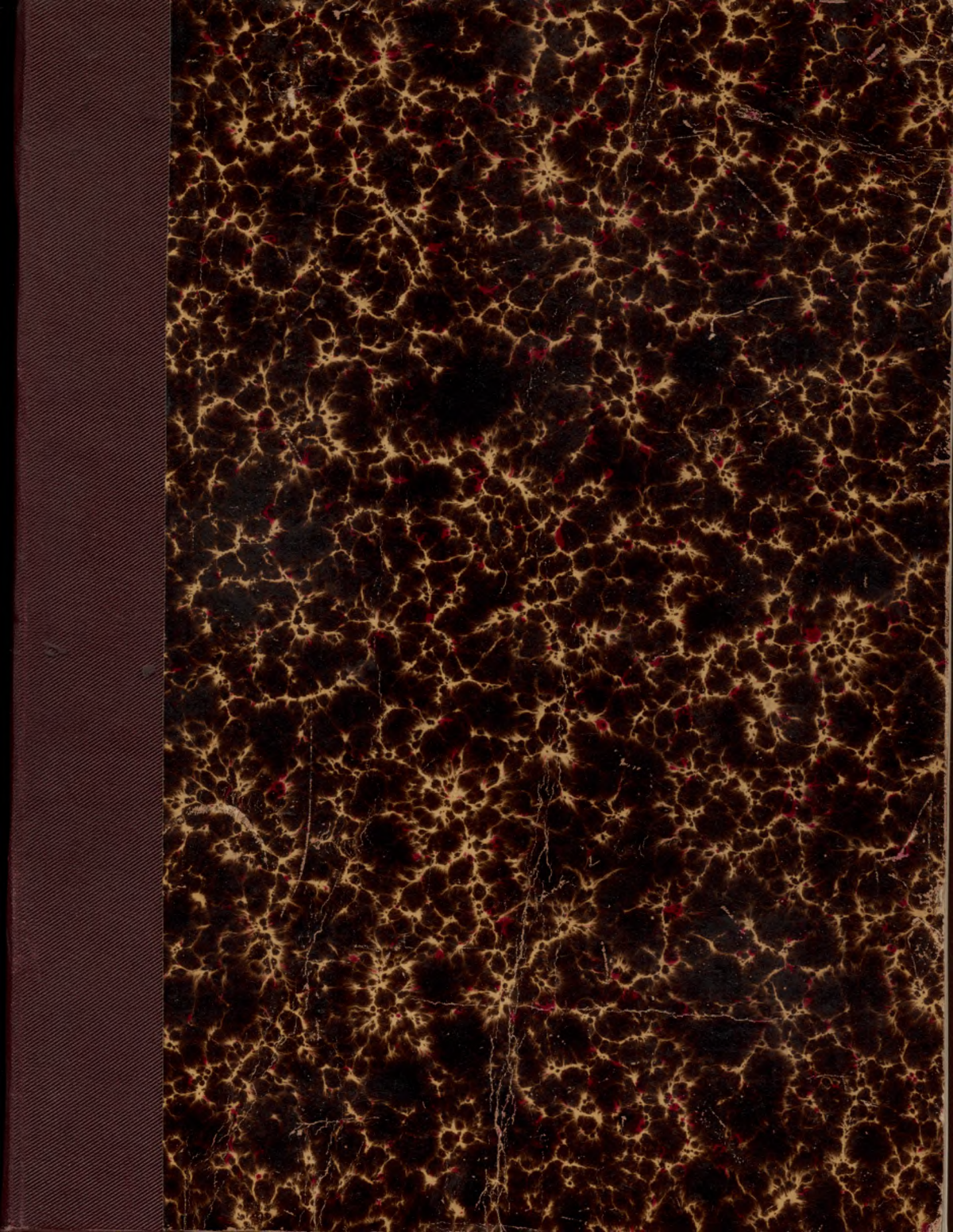




Ca 2445

Nº-1764



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313216290

Gastro-ec^lasia.

X-53-390949-9

Facultad de Medicina de la Universidad Central

Título de Doctorado.

Psico-eclesiá.

Patogenia, Diagnóstico y tra-
tamiento

por

Don Julio Cebrián y Lons.
ex-alumno interno por oposición

de la

Facultad de Medicina de Valencia.

Madrid - 1904.



Excmo Sr.:

Difícil tarea es para el que hace poco acaba de terminar sus estudios, abordar un trabajo práctico y ponerlo a la consideración de tan competente y digno tribunal; pero no obstante, y aun a trueque de continuar siendo teóricos, procuraremos sintetizar, dentro de nuestra pequeña práctica, algunas consideraciones que nos ha sugerido un limitado número de casos de propia observa-

cion.

Existen en Medicina, como en otra cualquier rama del saber humano, aficiones y aptitudes; y por nuestra decidida inclinación al estudio de las enfermedades del aparato digestivo en general, y de las gastropatías en particular, hemos elegido este tema por considerarlo de actualidad y ser uno de los puntos de interesante observación clínica más discutido, y uno de los problemas clínicos de mayor base de numerosos triunfos de la Medicina moderna que han dado gloria inmensa á la Terapéutica contemporánea.

Poco nuevo hemos de decir en un asunto de tal trascendencia, en el cual, la Terapéutica interviene por modos tan variados, y sobre todo en una época en que la Cirugía con sus brillantes métodos y procedimientos inaugura una era en el

tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo. Confiamos en la benevolencia de tan docto tribunal, poniendo en nuestro empeño todo el fruto de nuestros estudios y todo el resultado de nuestra experiencia.

Nos permitiremos, pues, discurrir acerca de la

Gastro-ectasia; su patogenia, Diagnóstico
y tratamiento.

I.

Gastro-ectasia.

Entre otras funciones que corresponden al estómago existe una esencialmente mecánica compuesta de dos elementos, cuales son, contener por cierto tiempo los alimentos ingeridos y llevarlos al intestino después de haber sufrido modificaciones especiales. Respecto á lo primero, el mismo estómago lo resuelve siendo continuamente capax, y lo segundo mediante ciertas energías de contracción; en estas condiciones el estómago es suficiente, es decir, que la suficiencia mecánica del estómago depende

de la relación armónica entre la capacidad y su poder motor. Ambos elementos varían según los individuos; pero interin sea normal la expresada relación, normal será la suficiencia del estómago, mecánicamente considerada. Toda variación en dicha relación acarreará fatalmente una insuficiencia gástrica; ahora bien si esta variación es proporcional, la relación tampoco se altera y el estómago continua siendo suficiente.

Cuando aumenta la capacidad, dice-se que se establece una dilatación; cuando disminuye la energía de contracción se establece una atonía. Esto es cierto y así sucede, pero en el terreno de la realidad nunca se encuentran separadas esas dos entidades distintas, pues la dilatación siempre va acompañada de la atonía, y la atonía, á la larga siempre se acompaña de la dilatación.

La gastro-ectasia no es, pues, anoma-

lia de capacidad, no es atonia, es ambas cosas reunidas; es una insuficiencia mecánica del estómago, con un tanto atónico que corresponde a la facultad impulsiva del estómago y con un tanto ecásico que corresponde a la dilatación del mismo.

II.

Patogenia.

En la patogenia de la gastro-ectasia tendremos que buscar, no las causas que producen una disminucion de la fuerza gástrica de contraccion, sino las que dan por resultado una insuficiencia en la expresada fuerza.

Ya en el terreno etiológico podemos decir que todas las causas productoras de la gastro-ectasia las podemos reunir en dos grupos: el primero estará formado por las causas mecánicas, y el segundo lo formarán todas las causas que no obrando por obstáculo son capaces de producir directamente una in-

suficiencia motora.

Al primer grupo corresponden, como ya hemos dicho, las causas mecánicas.

La formación de la gastro-ectásia es en cierto modo visible; los músculos del estómago, a pesar de la hipertrofia que a veces existe, no pueden llevar oportunamente al intestino el contenido estomacal, bien por obstáculo en el píloro ó en la región pre-pílorica, bien en el duodeno, ó bien por obstáculos que obran de fuera a dentro.

Entre todas las causas de orden mecánico figura en primer lugar las estenosis pilóricas, por ser la más frecuente; tanto es así que una reciente teoría dice que, toda dilatación permanente es resultado de una estenosis pilórica completa ó incompleta. Esto nos parece muy absoluto, y ya más adelante nos volveremos

á ocupar de este asunto.

Entre las estenosis pilóricas, las más frecuente es la producida por degeneración cancerosa; figuran despues las estrecheces cicatriciales del anillo pilórico, bien por úlceras anteriores, bien por cauterizaciones.

Las hipertrofias simples de la musculatura del píloro, los fenómenos inflamatorios de la misma, las neoplasias y trastornos tróficos de dicha region pueden producir estrecheces, y, como consecuencia, dilatación gástrica.

Las inflexiones, tanto del píloro como del duodeno, dice Kusmaul, pueden dar origen á dilatación más ó menos permanente, según los casos.

Puede radicar el obstáculo en el duodeno, ya por flexión angular del mismo, como ya hemos indicado, bien por estrecheces consecutivas á la cicatrización de las ulcera-

ciones, tan perfectamente descritas por Bugnoy.

Por último, entre las causas mecánicas tenemos todos los obstáculos que obran de fuera á dentro; obstáculos producidos por la compresión de órganos vecinos; enfermos con neoplasias; sanos ectópicos; cancer de las vías biliares, de la cabeza del páncreas, aneurisma de la aorta abdominal, riñon móvil, etc, etc.

La influencia de todas estas causas es la misma; es puramente mecánica; hay un obstáculo y la cavidad situada por detrás de él, se dilata, al mismo tiempo que sus paredes se hipertrofian por el exceso de trabajo.

A esta variedad de dilatación por obstáculo la podemos denominar gastroectasia obstructiva.

La segunda variedad de dilatación corresponde á un grupo de causas muy diferentes, en las cuales no es tan fácil ha-

llar la explicación del fenómeno. Aquí no hay obstáculo; solo hay alteración de la fibra muscular gástrica. El fenómeno esencial es la atonía, la relajación, la inercia de las capas estomacales, y, en particular, de la capa muscular.

Esta insuficiencia motriz puede ser producida:

1.º Por alteraciones degenerativas secundarias de la fibra muscular consecutivas a enfermedades crónicas (gastro-sucorrea, gastritis tóxicas, úlcera, cáncer, clorosis, tuberculosis, trastornos de la nutrición, etc, etc.

2.º Por debilidad congénita de la musculatura gástrica.

3.º Por influencias nerviosas que obran alterando la contractilidad de la fibra gástrica (mielitis dorsal, histonismo, neurastenia).

y 4.º Por obligar al estómago a realizar durante largo tiempo un trabajo excesivo llenándole

con demasiada abundancia, con mucha frecuencia, o con manjares insuficientemente preparados. Este último mecanismo no es con mucha frecuencia motivo de dilatación porque la mayor energía de la contracción gástrica evita la distensión aguda; y la hipertrofia muscular se opone a la crónica.

A la gastro-ectásia producida por grupo de causas la podemos llamar atonía gástrica nervo-motriz con dilatación.

Creemos que en estos dos tipos de dilatación gástrica pueden incluirse todas las modalidades de la misma, y que dentro de los dos grupos etiológicos admitidos pueden englobarse todas las causas que en abonadas circunstancias, una de ellas por si sola puede producir dilatación; ahora bien, en la inmensa mayoría de los casos se reúnen varias de ellas, y aun después de establecida la lesión,

un mismo factor puede ser al mismo tiempo causa y efecto.

La teoría de la estenosis pilórica como única causa de gastro-ectasia, como ya hemos indicado, nos parece absolutista, en primer lugar por ser muchas veces difícil diagnosticar tal estenosis pilórica, y en segundo lugar porque perdiendo la tonicidad y contractilidad, (por enfermedades generales, fatiga, etc) otras fibras musculares. ¿Por qué no le ha de suceder lo propio á la fibra muscular gástrica?

Admitamos la estenosis pilórica, como la causa más frecuente de gastro-ectasia, pero no como la única causa.

Por hoy, pues, admitiremos los dos tipos descritos, apartándonos del concepto de la dilatación primitiva de Bouchard, y dirigiremos siempre nuestras investigaciones, ante un caso de gastro-ectasia, en el sentido de estenosis pilórica que, como ya he-

mos dicho, es la más frecuente.

Hechas estas breves consideraciones pasaremos a ocuparnos del diagnóstico de la gastro-ectasia como verdadera síntesis patogénica y como base fundamental del tratamiento.



III.

Diagnóstico.

Los grandes métodos exploratorios contemporáneos auxiliados de los poderosos recursos que nos proporciona la Química y el microscopio han desterrado del diagnóstico de las enfermedades del estómago aquella antigüedad e incertidumbre de que adolecían diagnósticos anteriores.

El diagnóstico de la gastro-ectasia, si en verdad ofrece dificultades de exposición, es cosa más sencilla en la clínica. Conocida la sintomatología especial de cada forma de ella, no nos será difícil reconocerla, bien evolucione en individuo antes sano, cosa

difícil, ya figure como complicación de otra dolencia precedente.

Comenzaremos nuestra observación sometiendo al enfermo á un breve interrogatorio que nos haga sospechar qué punto del aparato digestivo es el lesionado.

El método que seguiremos será el de preguntar al enfermo sobre todas las molestias que experimenta desde que se levanta hasta que se acuesta. Así sabremos lo que experimenta en ayunas y en los diversos periodos de la digestión.

Veriguaremos la edad del enfermo, la fecha del comienzo de la enfermedad, la manera como empezó y la marcha de la misma. Hecho esto pasaremos á la exploración física, para lo cual colocaremos al enfermo en decúbito dorsal, las piernas en semiflexión y recomendándole que respire libremente y sin ningún esfuerzo por lo que será conveniente entrete-

nerle entablando conversación. En esta posición, los músculos de la pared abdominal se relajan y la exploración es mucho más fácil. En algunos casos colocaremos al enfermo en estación vertical.

Por regla general el examen lo practicaremos tres o cuatro horas después de las comidas; pero algunas veces, este examen lo haremos estando el enfermo en ayunas.

Colocado el enfermo en posición adecuada comenzaremos por la inspección del mismo y sobre todo inspeccionaremos en primer lugar la conformación del tronco, (tórax y abdomen), pues según Hayem de esto pueden sacarse datos de gran valor para el diagnóstico de las enfermedades del estómago. En efecto, según Aifken algunos gastrectasícos adoptan posiciones más o menos viciadas aplanando el tórax y encorvando el dorso.

Estando el enfermo derecho, en

las grandes dilataciones, por la simple inspección podremos observar el relieve que forma la gran corvadura del estómago por debajo del ombligo; ahora bien, si lo que hay es gastro-ptosis entonces observaremos al mismo tiempo el relieve de la pequeña corvadura, cosa que normalmente no sucede por estar cubierta por el hígado. Pero por regla general, al limitar la inspección a la propia región del estómago, las más de las veces no se encuentra ninguna modificación importante, teniendo que recurrir para observarlas a la insuflación del órgano, bien por los polvos efervescentes, bien con la sonda y pera de goma.

Para insuflar el estómago por medio de polvos efervescentes prepararemos de antemano una solución dosificada de ácido tartárico y dos papeletas que contengan tres gramos de bicarbonato sódico. Administraremos una cucharada de la solución tartárica, que corres-

ponde a tres gramos de dicho ácido, y despues daremos una papeleta de bicarbonato disuelto en la cuarta parte de un vaso de agua. A los dos o tres minutos veremos dibujarse el estomago debajo de la pared abdominal, cuyo contorno podremos marcar con el lápiz dermatográfico. Caso de ser insuficiente la insuflación, administraremos una segunda dosis de la anterior disolución, con la seguridad de obtener el efecto deseado.

Si el individuo es flaco, por la simple inspección, colocando al individuo de perfil y con la luz de lado, podremos apreciar la existencia de tumores situados en distintos puntos del órgano y casi siempre hacia el hipocondrio derecho y muy raras veces en el izquierdo.

Por la inspección podremos observar tambien ciertas ondas más o menos profundas dirigiéndose de izquierda a derecha, lo más a

menudo, otras de derecha á izquierda y algunas veces en ambos sentidos alternativamente; ondas que se dibujan á través de la pared abdominal, cuyo síntoma ha recibido el nombre de ondulaciones peristálticas. Síntoma de gran valor para el diagnóstico de la variedad de gastro-ectasia y para el tratamiento de la misma, pues nos indica que existe un obstáculo á la evacuación del estómago, despertando en nosotros, desde luego, la idea de una intervención quirúrgica.

La luz eléctrica usada por Milliot puede decirse que ha sido hasta ahora de problemática utilidad; no obstante, se han construido algunos modelos de gastroscopios con los cuales puede observarse la mucosa gástrica.

Algunos autores han intentado utilizar los rayos Röntgen para estudiar la forma y los movimientos del estómago, obte-

niendo la opacidad del mismo por medio del subnitrato de bismuto íntimamente mezclado con los alimentos sólidos ó líquidos; pero hasta la fecha pocos resultados se han obtenido de este medio de exploración, cabiendo, no obstante, la esperanza de que querrás en no lejano día, algo útil reporte al estudio de la patología gástrica.

La palpación del estómago practicada con ciertas precauciones, constituye también un buen recurso de investigación, pues podremos observar la mayor ó menor sensibilidad del epigástrico, la existencia ó no existencia de tumores, y además, nos permitirá percibir el ruido de barúqueo que se obtiene imprimiendo con las puntas de los dedos repetidas sacudidas bruscas y cortas á la pared abdominal.

El ruido de barúqueo es un síntoma de importancia para el diagnóstico de

la gastro-ectasia cuando se produce en un momento en que el estómago debería estar vacío, especialmente por la mañana en ayunas o' al cabo de más de siete horas de una comida abundante, pues entonces indica la existencia de una insuficiencia motriz del estómago, tal como se presenta en general en los casos de gastro-ectasia.

Para orientarnos sobre el tamaño del estómago utilizaremos principalmente la percusión de la región del mismo aun sin necesidad de llenar previamente el estómago. Comenzaremos a percutir, según las reglas de Leube, estando el enfermo de pie, por fuera de la línea parasternal izquierda, desde el reborde costal hacia abajo hasta que aparezca la macidez; esta es debida al nivel del líquido en el estómago. Si el límite de la macidez coincide con el nivel del ombligo o' un po-

co más abajo del mismo, es probable que exista una dilatación. Se obtiene la certeza de que hay dilatación llenando de agua el estómago, por medio de la sonda, y percibiendo alternativamente el sonido macizo y timpánico.

Los resultados que suministra la auscultación no son utilizables, y en todo caso, muy inseguros si se comparan con los que se obtienen por los medios anteriormente indicados.

El cateterismo del estómago tiene una gran importancia en el diagnóstico de la gastro-ectasia.

Leube fué el primero que dió á conocer la posibilidad de poder tocar por las paredes del vientre el pico de la sonda introducida en el estómago. De este modo es posible apreciar el punto donde corresponde la porción más baja de la

gran curvatura, y por ende, averiguar el grado de dilatación sabiendo que la sonda, estando el estómago normal, sólo penetra, según las experiencias de Penzoldt, sesenta centímetros.

Podemos también, a imitación de Schreiber, adaptar al extremo de la sonda una vejiga dilatable, insuflando la cual, daría no sólo el volumen del estómago, sino también su forma.

También en algunos casos podemos emplear o seguir el método de Rosembach, mucho menos preciso y que se reduce a combinar el cateterismo con la auscultación, pues si el estómago contiene líquido apreciaremos el ruido de "gluc gluc" al inyectar aire con la pera de goma.

Otro de los datos que hemos de buscar para el diagnóstico de la ectasia gástrica es determinar la absorción estomacal;

para ello seguiremos el método de Faber y Penzoldt que consiste en administrar en ayunas primero, y después en las comidas, una cápsula de gelatina que contenga 10 centigramos de yoduro potásico; cada cinco minutos examinaremos la saliva en busca del yodo que, en ayunas aparecerá a los 10 o 15 minutos y cuando es administrado en las comidas, después de un tiempo variable, tanto más pronto cuanto mayor sea la absorción gástrica.

Por último, para completar la investigación de esta parte de los elementos del diagnóstico de la gastrectasia, restanos indicar los métodos que seguiremos para averiguar la aptitud motora del estómago.

Leube prescribe al enfermo una comida compuesta de un plato de sopa, un plato de carne, pan y un vaso de agua.

Al cabo de seis horas practica un lavado con un litro de agua que arrastra los residuos alimenticios que hayan podido quedar en el estómago. Un estómago sano debe haberse vaciado al cabo de dicho tiempo. Caso de quedar residuos al cabo de dichas horas, se repite todo lo expuesto y se practica el lavado a las siete horas y así sucesivamente hasta encontrar la hora que ya nada quede, con lo cual, fácil nos será averiguar el poder motor del estómago.

Klemperer emplea el aceite porque ni se absorbe ni se transforma en el estómago. Practica el cateterismo e introduce por la sonda 100 gramos de aceite en el estómago de los enfermos en ayunas. Dos horas después lo vacía por aspiración y lo lava lo más perfectamente posible. Reunidos todos los líquidos que se han extraído del estómago se separa el aceite: en estado normal se

obtienen de 20 á 30 gramos; cuando la aptitud motora es insuficiente, la cantidad obtenida es mucho mayor.

Enwald utiliza la propiedad que tiene el salol de descomponerse al llegar al intestino y de pasar sus derivados rápidamente á la orina, donde se descubren por el percloruro de hierro. En el hombre sano se presenta este fenómeno á los cincuenta minutos próximamente. En los casos de dilatación gástrica mucho más tarde.

Posteriormente se han hecho ensayos que han hecho perder no poca importancia á los procedimientos indicados.

Restanos, para terminar, examinar, aun que sea sucintamente, los datos que nos proporciona el análisis del contenido gástrico.

Comenzaremos por hacer el cateterismo del estómago en ayunas, extrayendo todos

30.
cuantos residuos queden, pero sin practicar lavado, administrando, una vez hecho lo anterior, la comida de prueba compuesta de 60 gramos de pan blanco y 250 gramos de infusión de té ligero sin azucar (Ewald).

Al cabo de una hora extraemos el contenido del estómago por la sonda y si es necesario con un lavado, conociendo de antemano la cantidad de agua que gastamos para el mismo.

La papilla alimenticia la recogemos en una probeta graduada, filtramos y procedemos a su análisis.

Conocida la cantidad de líquido gástrico observaremos su color, olor, sabor y su densidad.

El análisis de la papilla alimenticia extraída debe practicarse lo más pronto posible, pues el jugo gástrico in vitro se modifica con suma rapidéz.

No obstante, si la papilla gástrica la filtramos, en cuanto se extrae, no se descompone con tanta facilidad.

En el líquido extraído del estómago después de una comida de prueba, mojaremos una tira de papel de tornasol que nos demostrará la reacción del líquido, siendo generalmente de reacción ácida. Tal acidez puede ser debida á diversos factores, cuyas reciprocas proporciones varían según los casos.

Esta acidez total la dosificaremos por medio de la tintura de tornasol al 10, ó 20 por 100, pudiendo emplear también la solución alcohólica de fenolftaleína.

Una vez conocida la acidez total procederemos al análisis de los distintos factores que la producen. Ya está definitivamente resuelto que el papel más importante corresponde á las combinaciones cloro-ácidas. Los

demás elementos de la acidez son fosfatos ácidos y ácidos orgánicos.

Desde los trabajos de Hayem y Winter, la mayoría de los autores dividen las combinaciones cloro-ácidas en ácido clorhídrico libre y ácido clorhídrico combinado con los albuminoides.

El mejor método para demostrar la presencia del ácido clorhídrico libre, en el líquido gástrico, es el de Gunzbourg.

El reactivo de dicho autor se prepara con arreglo á la fórmula siguiente:

Floroglucina	-----	2 gramos
Vanillina	-----	1 gramo
Alcohol absoluto	-----	30 gramos

Esta solución, recién preparada, es incolora; más tarde se pone amarillenta y después oscura. Sin embargo, el reactivo permanece sensible en estas condiciones.

En una pequeña capsula de porcelana

blanca colocamos cuatro ó cinco gotas de jugo gástrico y parte igual de reactivo. Se agita después la mezcla para que se extienda por una extensa superficie de las paredes de la cápsula, se calienta lentamente colocándola encima de la llama, y al cabo de algunos instantes observaremos que se va formando una capa de un rojo bermellón, tanto más intenso cuanto más rico en ácido clorhídrico libre es el líquido que se ensaya. La coloración rosada desaparece al principio, pero reaparece más intensa al calentar de nuevo la cápsula.

Hay otros muchos reactivos, pero como ya hemos indicado, el anterior método nos parece el mejor, el más sencillito y el más exacto.

Respecto del ácido clorhídrico combinado con materias albuminoides, no se conoce ninguna reacción que le sea propia; no obstante, la solución acuosa de verde brillante que

tenga el color azul-pañón en presencia de jugo gástrico que contenga ácido clorhídrico combinado le hace tomar un color verde puro. Caso de haber ácido clorhídrico libre adquiere un color verde amarillento.

El ácido láctico lo descubriremos por medio de una solución de percloruro de hierro lo suficientemente diluida para que sea incolora. En presencia de jugo gástrico que contenga ácido láctico toma una coloración amarillo limón. La reacción es mucho más característica si en vez de obrar directamente sobre el jugo gástrico lo hacemos sobre el extracto etéreo.

Los ácidos butírico y acético los reconoceremos por su olor característico que dan en el extracto etéreo cuando se trata el jugo gástrico con éter.

Los productos de la digestión de los amiláceos critrodestina y acrodestina los

-25-

reconoceremos con la solución yodo-yodurada, y el azucar por el conocido reactivo de Fehlin.

Por lo que respecta al análisis cuantitativo de las combinaciones cloro-ácidas seguimos el método clorométrico de Hayem-Winter.

Como ya hemos indicado, el cloro en el jugo gástrico forma tres combinaciones: cloro libre, cloro combinado con materias albuminóideas y cloro combinado con una base mineral. El cloro libre lo separamos por una evaporación prolongada á 100°. La combinación cloro-orgánica la destruimos por calcinación. La combinación cloro-mineral resiste á una calcinación moderada.

Esto es en síntesis, el método Hayem-Winter, el cual no describimos, á fin de que no resulte excesivamente extensa esta parte de nuestro trabajo.

Además de todos los elementos anterior-

mente indicados, el jugo gástrico contiene dos fermentos: la pepsina y el fermento de Barmauster.

La pepsina la investigaremos por el procedimiento de las digestiones artificiales y el fermento del modo siguiente: á diez centímetros cúbicos de jugo gástrico exactamente neutralizado añadiremos igual cantidad de leche. Si hay fermento la coagulación se opera en 10, ó 15 minutos.

En los casos de gastrectasia, el análisis químico del jugo gástrico, hecho así, descubrirá diversas alteraciones químicas que responderán á las lesiones que las produzcan, como el cáncer, úlcera, catarrros, etc; además, podremos notar perturbaciones evolutivas consecuencia de la lentitud digestiva, y la presencia de ácidos grasos volátiles en gran cantidad.

Si hay vómitos haremos un reconoci-

miento macro y microscópico de las materias vomitadas. El estado de la digestión de los alimentos será un buen dato para el pronóstico de la gastrectasia así como la presencia de cuerpos extraños, cálculos, etc. Además, como se comprende, pueden encontrarse elementos microscópicos procedentes de las lesiones que hayan intervenido como etiológicas y concomitantes.

Restáanos tan solo, para terminar este capítulo, hacer algunas consideraciones acerca del diagnóstico diferencial de la gastrectasia.

El diagnóstico de la dilatación es bastante sencillo; no obstante puede confundirse con la dispepsia nerviosa, en la atonía gástrica y con la pneumatosis. Los grados leves de gastrectasia pueden escapar el diagnóstico, pero no las graves, las cuales se diagnostican con gran precisión. Cabe sin embargo, equivocarse acerca del grado de capacidad del estómago di-

latado?

No obstante, cuando en intervalos bastante largos se presentan vómitos de grandes cantidades de contenido estomacal estancado y en fermentación, podemos diagnosticar con precisión una dilatación de estómago.

Por lo que se refiere al diagnóstico patológico, debemos tener en cuenta que una edad avanzada, una caquexia rápidamente desarrollada y la alteración de la nutrición general, un edema caquético de los maleolos, cuando es corta la duración de la enfermedad, y la falta constante de ácido clorhídrico libre en el contenido estomacal, comprobándose la presencia anormal de ácido láctico, casi siempre indican la existencia de un tumor maligno en el píloro, que es por desgracia la causa más frecuente de la dilatación gástrica.

No obstante, debemos mostrarnos reservados siempre que de la determinación de la

causa de la ectasia se trate, pues es uno de los rasgos que caracterizan al médico práctico y experimentado, el cual no debe echar en olvido que un solo síntoma no es decisivo, y que solo pueden serlo el complejo sintomático y la evolución de la enfermedad. Hemos de tener en cuenta que hay cánceres del píloro con secreción normal, y aun aumentada, de ácido clorhídrico, y que hay ectasias miasténicas con disminución de la secreción gástrica. Y debemos, finalmente, atenernos al hecho demostrado por la experiencia de que los grados más intensos de gastrectasia, que motivan una importante estancación del contenido estomacal a pesar del lavado, se presentan casi únicamente en la estenosis del píloro.

IV.

Tratamiento.

Antes de hablar de los métodos terapéuticos puestos en juego para el tratamiento de la gastrectasia es conveniente que nos ocupemos de las indicaciones que en ella hay que llenar, deducidas del examen de los trastornos motores y funcionales del estómago, así como de la consideración del estado general.

Por que para que un tratamiento pueda dar todo el resultado apetecido, es preciso, no sólo que se ponga en práctica de un modo energico, que se ejecute de un modo constante, sino que tambien se dirija a todos los

factores, á todos los elementos que puedan influir en la existencia del proceso cuya curación se busca.

En aquellas dilataciones del estómago ocasionadas por una dispepsia, y determinadas por lo tanto por una disminución secundaria del poder motor del estómago, las indicaciones surgirán no sólo por las alteraciones producidas, bien por la mala calidad de los alimentos, ó por el excesivo trabajo de aquel órgano, sino por los agentes nocivos que puedan ingerirse con los mismos, teniendo que combatir estos estados por un régimen dietético bien pensado y por una reglamentación minuciosa de la vida ordinaria del sujeto. Así habremos llenado cumplidamente las indicaciones patogénicas.

Si la gastrectasia es producida por una intoxicación crónica por el alcohol, las indicaciones patogénicas se reducirán no sólo á

42.

suprimir la ingestión, de bebidas alcohólicas, sino a remediar estados ó lesiones ya adquiridas.

Para esto tendremos que dirigirnos muchas veces contra el estado anormal del sistema nervioso, de donde resultan las lesiones del estómago: la indicación que hay que llenar es el hacer cambiar las condiciones de vida del enfermo, lo cual podremos conseguir colocando al paciente en establecimientos ad hoc en los cuales no sólo se suprimen de un modo absoluto las bebidas alcohólicas, sino que se cambia por completo el género de vida, haciendo que el enfermo adquiriera otros hábitos más en armonía con su enfermedad.

En la gastrectasia alcohólica hay que llenar otra indicación, cual es, regimenter la alimentación, con el fin de establecer una comida bien estudiada, que responda no sólo á las necesidades sino que sea compensadora

hasta cierto punto, de los efectos que pudieran sobrevenir, y que de hecho sobrevienen, con la supresión del alcohol.

El histerismo, la neurastenia y algunas otras enfermedades del sistema nervioso, ocasionan en determinadas condiciones dilataciones gástricas. Las indicaciones patogénicas en estos casos son numerosas.

Ante la gastrectasia neurasténica, que es con mucho la más frecuente, debemos atender en primer lugar á modificar el estado psíquico del enfermo, que supone como es natural el previo conocimiento lo más perfecto posible del estado anímico de aquél; después regularemos su actividad intelectual y sus ocupaciones, separándole de lo que hasta entonces le ha rodeado, apartándole del círculo de sus predilectas y ordinarias ocupaciones, procurando por todos los medios hacer, lo que no es siempre factible; su aislamiento.

El régimen dietético de esta clase de enfermos ha de estar en armonía con el estado más ó menos nutrido del sujeto, con la edad del mismo, y aun con el sexo.

No olvidaremos tampoco los beneficiosos resultados que podremos obtener al hacer uso de los alimentos que proporciona la industria moderna y que pueden surtir efectos dobles dada la predisposición especial de esta clase de enfermos.

En la gastrectasia neurasténica estarán indicados, algunas veces, los alcohólicos, pero administrados siempre en pequeña cantidad, prohibiendo aquellas formas opuestas de administración como la cerveza y el vino en abundancia.

La residencia en estaciones climatológicas puede ser útil á estos enfermos, aun cuando la explicación científica de sus efectos sea algo difícil en semejantes casos.

Otra indicación especial en muchos enfermos de esta índole, es el uso de los métodos hidroterápicos; indicación de reconocida importancia dados los buenos resultados obtenidos con las frotaciones, baños, duchas, formentos, envolturas, etc. etc.

En los ectásicos por miastenia surge otra indicación capital, cual es, el uso de los procedimientos electroterápicos; cuyo beneficio, sea por sugestión, como reconocen muchos electropatas convencidos, sea por producirse realmente excitaciones convenientes, es patente en una infinidad de casos. La corriente farádica podrá, pues, estar formalmente indicada en estos estados neurosicos con miastenia gástrica, origen de las dilataciones estomacales.

Con el mismo objeto, y á fin de obtener los mismos efectos, serán una indicación tanto el amasamiento bien ordenado, sin cansancio, como la gimnasia médica bien practicada.

Todo lo dicho para la neurastenia, en términos generales, puede decirse del histerismo.

La gastrectasia de los gotosos producida generalmente por dispepsias pertinaces y continuas, tienen como se comprende indicaciones especiales.

La indicación principal es la reglamentación del régimen, pues ya sabemos que en los gotosos está disminuida la absorción de los alimentos ingeridos, sucediendo lo propio con la gastrectasia, sumándose las dos dificultades. Así pues indicaremos en primer lugar el fraccionamiento de las comidas, prohibiendo en absoluto tomar alimentos interin no se halle terminada por completo la digestión anterior. Haremos también una selección de los alimentos indicando los más convenientes: carnes en poca cantidad; prohibición absoluta de los alcohólicos y las grasas, y administraremos las aguas alcalinas y los medicamentos de la misma.

clase.

Otras indicaciones habrá que llenar, cuales son, el uso de los baños termale, la gimnasia, el ejercicio activo al aire libre; prohibiremos toda influencia debilitante, excitaciones psíquicas, excesos sexuales, etc. etc.

La gastrectasia, bastante frecuente, producida por trastornos digestivos de los niños raquítics, merece especial atención, por que disponemos de una terapéutica decisiva, y está lo estanto mas cuanto mas pronto es aplicada.

Procuraremos reponer, a beneficio de una conveniente dietética y farmacología, la escasez de hemoglobina de la sangre que casi siempre existe en estos enfermos.

Respecto de los preparados de cal, no haremos gran caso, contraindicando en absoluto el uso del aceite de higado de bacalao.

El empleo del aire comprimido, la electricidad, el amasamiento, la hidroterapia y

los preparados de fósforo, principalmente, son las indicaciones en tales casos.

En la gastrectasia producida por estados debilitantes tales como la anemia crónica y la clorosis, lo esencial será levantar las fuerzas y energías individuales, favorecer la hematopoyesis y oponerse a la consunción mediante un adecuado régimen dietético y mediante medidas terapéuticas convenientes.

En la alimentación tienen una indicación los albuminoides, pues como sabemos, son los que poseen propiedades más energéticas, nutritivas e histogénicas; en cambio, para los efectos de una buena calorificación y de un conveniente trabajo mecánico, son más propios los materiales hidrocarbonados y las sustancias grasas, por los fenómenos de oxidación y desdoblamiento a que dan lugar, evitando al propio tiempo la descomposición prematura de la albumina en circulación y de

la orgánica.

Veniendo en cuenta el escaso poder digestivo de estos enfermos y que además el estado ectásico contribuye en gran parte a la disminución de dicho poder, comprendemos lo importante que ha de ser administrar sustancias de fácil digestión, alimentos que necesitan un coeficiente de trabajo gástrico pequeño, pero que a la vez reúnan aquellas propiedades nutritivas y caloríferas de que hemos hecho mérito. Llenan esta indicación los preparados de carne Rosenthal-Leube, la peptona de carne Kemmerich, la albúmina Bayer, etc. etc.

Pero no basta tener en cuenta estos principios dietéticos, sino que hay que poner en práctica, por que para ello existen verdaderas indicaciones, el tratamiento farmacológico, con el fin de favorecer la regeneración sanguínea, favoreciendo a la vez la hematopoyesis y contribuyendo a que el consumo de los elementos cons-

titivos de la sangre no se haga con demasiada rapidez. En este concepto, la malta, las píldoras, de Krewel, el hemogallol de Robert, la hemoglobina Pfeiffer, el Cef-essence de Brann y el meat-juice de Valentine, prestan muy buenos servicios.

Hay casos en que estará indicado el cambio de residencia, y la experiencia se inclina también á favor del matrimonio, por más que este último extremo divergen mucho las opiniones.

Aquellos casos de hipersecreción, de gastrocinsis de Proslach, de enfermedad de Reichmann, requieren indicaciones especiales en beneficio de ulteriores dispepsias que pusieran contribuir á crear ecstasias verdaderas. En todos aquellos casos en que existe un aumento de la actividad secretoria del estómago, tal vez consecuencia de una influencia nerviosa exagerada, habrá que establecer la indicación de un régimen alimenticio muy estudiado.

Así prohibiremos los excitantes de todos géneros, especialmente los condimentos; y teniendo presente la dificultad de la digestión de los amiláceos en presencia de un líquido ácido, hay que proponer ciertas medidas restrictivas en el uso de dichos alimentos.

Prohibiremos igualmente la ingestión de grandes cantidades de líquido, pero en ciertos casos, con objeto de calmar la gran sed de los enfermos, podremos administrar las aguas alcalinas y mejor aun las acidulas. La base principal del régimen alimenticio estibarà, pues, en la administración de los albuminoides y en el uso moderado de las aguas carbonícas.

Tambien estarán indicados los lavados gástricos, con los cuales tan buenos resultados ha obtenido Reichmann.

El tratamiento por el bicarbonato de sosa llena tambien precisas indicaciones.

En los casos de secrecion insuficiente las prin-

cipales indicaciones se llenarán con el tratamiento medicamentoso, en especial por el ácido clorhídrico y la orexina.

Mayor importancia prestan las indicaciones patogénicas de la gastrectasia dependientes de lesiones más o menos constantes, que producen estenosis pilórica, por ser ésta, como ya hemos indicado, la causa más frecuente de dilatación estomacal. En efecto; de todos es conocida la relación etiológica entre la úlcera y el cáncer pilórico, la estenosis y la gastrectasia; y se comprende desde luego que las indicaciones que se establezcan en este sentido, han de tener una influencia considerable, han de ser de efecto decisivo en el tratamiento de las dilataciones gástricas y en especial de las causas que las originan.

En el caso de úlcera y gastrectasia por estenosis consecutiva, se imponen cuatro indicaciones sobre las que descansa toda la tera-

peútica de este proceso: reposo general y local, régimen dietético adecuado, combatir los trastornos secretorios que se produzcan, y por último, aplicación de envolturas calientes, ó frías en el caso de hemorragia.

Respecto del carcinoma gástrico, especialmente pilórico, que desde el punto de vista de las indicaciones patogénicas de la gastrectasia nos pudiera interesar, no nos ocuparemos en este lugar, pues sólo tiene una indicación, la intervención quirúrgica.

Las indicaciones patogénicas de las dilataciones gástricas, en lo que á la atonía se refieren tienen con mucho, mayor interés, que las que hasta aquí han sido estudiadas, por que la atonía estomacal, es un elemento que fuéramos decir indispensable para la producción de gastrectasia.

Y consistiendo todo el proceso en una debilidad de la energía de la contracción mus-

cular del estómago, surge desde luego una principal indicación, cual es, levantar esas energías. Lo conseguiremos por medio de los excitantes de la fibra muscular lisa, pero siempre dentro de límites convenientes, pues pasados éstos, dichos procedimientos son más bien perjudiciales que provechosos. Estableceremos además un régimen dietético, que reúna en sí, a más de otras propiedades indispensables la de solicitar muy poco trabajo gástrico. Para este fin, lo propuesto por Boas llena bastante bien el objeto, comenzando por el régimen sencillo y siguiendo más tarde con el régimen más fuerte.

Claro es que procuraremos disminuir también el trabajo del estómago por medio de lavados con la sonda gástrica, y que su empleo tendrá la doble ventaja de anular los efectos perjudiciales resultantes de la hipersecreción que suele acompañar estos estados.

Hasta aquí nos hemos ocupado de las indicaciones patogénicas; ahora pasemos a ocuparnos de las indicaciones nosológicas, de las indicaciones de la gastrectasia en sí.

El tratamiento no tendrá que ser radicalmente distinto según se trate de una o de otra variedad de dilatación. Conforme observa muy justamente Mathieu, que el orificio esté normal y la musculatura, aunque vigorosa, resulte impotente para vencer el obstáculo, el resultado es el mismo; hay estancación alimenticia, fermentaciones anormales, y bajo la influencia de éstos, irritación e inflamación crónica de la mucosa.

En el tratamiento de la gastrectasia surgen indicaciones de dos ordenes; indicaciones médicas e indicaciones quirúrgicas.

a) Indicaciones médicas: El estudio de los métodos de tratamientos de un proceso, es la legítima consecuencia del estudio de sus indicacio-

nes, en lo que se refiere á la gastrectasia tres métodos ponemos en práctica para su tratamiento, el método dietético, el mecánico y el hidro-electro-químico.

Nos ocuparemos en primer lugar del dietético, por ser el de más trascendencia. Este método nos brinda numerosos recursos, consistiendo nuestra labor en hacer una selección, todo lo más conveniente posible, de los alimentos, conociendo su composición, su digestibilidad, su calorico equivalente, y teniendo en cuenta todas las particularidades clínicas del enfermo y todas las manifestaciones patológicas de la enfermedad.

Los fundamentos generales de todo método dietético son: que no sea perjudicial, que no sea indiferente y que satisfaga todas las indicaciones.

Antes de exponer el régimen dietético que nos parece más conveniente, debemos recordar, que

en la dilatación permanente, los síntomas que predominan son los de intolerancia gástrica; lentitud de las digestiones; sensación de peso y de distensión después de las comidas; eructos gaseosos y regurgitaciones, flatulencia, y á causa de ella, tímpanismo con aumento de los límites de la sonoridad estomacal, acompañada de ruido de barruques; en un grado más avanzado aparecen también los vómitos. Fijándonos en esto, desde luego comprenderemos que sólo hemos de dar alimentos cuando estén digeridos los tomados anteriormente; que la digestión ha terminado, lo ha de decir el enfermo, mejor que el examen directo de la región estomacal, pues siempre queda algo como residuo estancado. Teóricamente el procedimiento de las comidas cortas y repetidas sería bueno si no corriéramos el riesgo de añadir sin cesar nuevos residuos al residuo estancado de las comidas precedentes.

Respecto al otro extremo, ó sea reducir el número de comidas á dos tan sólo, nos parece exagerado y molesto para el enfermo, pues las comidas han de ser abundantes, y por lo tanto, la digestión ha de ser laboriosa y muy molesta.

Dos tendencias parecidas reinan en lo que se refiere á la ingestión de líquidos; unos (Bouchard), partidarios del régimen seco; otros (G. See) partidarios del uso de abundantes bebidas durante las comidas.

Podemos decir que el régimen seco ha caído en un verdadero des crédito; en primer lugar, las bebidas ingeridas al mismo tiempo que los alimentos favorecen la digestión estomacal; en segundo lugar, el régimen seco tiene el grave inconveniente de acarrear un rápido enflaquecimiento, en los que tienen el valor de seguirlo, y en tercer lugar, las prescripciones que exige son muy desagradables

y acaban por agotar la buena voluntad del enfermo. No obstante, el régimen seco está indicado en algunos casos, tales como, cuando hay disminución cotidiana de la cantidad de orina, lo cual indica una retención persistente de los líquidos en la cavidad gástrica; en este caso los enemas acuosos abundantes bastan para calmar la ardiente sed de los enfermos.

Debemos, pues, instituir un régimen dietético que evite la sobrecarga del estómago y reduzca al minimum el trabajo que este órgano ha de realizar, para lo cual elegiremos alimentos fácilmente digeribles, convenientemente preparados, poco fermentecibles, a fin de limitar las fermentaciones gástricas y nutritivos en pequeño volumen, para vigorizar el organismo debilitado.

Respecto al número de comidas creemos que lo mejor son en número de tres, procurando

que entre las dos principales medie un espacio de tiempo lo suficientemente largo para que pueda haber terminado la digestión, así seña-
laremos el desayuno á las siete de la mañana, el almuerzo á las once (cuatro horas), y la comida á las ocho de la noche (nueve horas). Prohi-
biremos los manjares complicados, las salsas gra-
sas y espesas, las legumbres verdes y todos los man-
jares crudos. Lo esencial es que todos los alimen-
tos estén bien divididos y preparados para el
trabajo de quimificación. Los polvos alimenti-
cios, los extractos de carne, el polvo de carne, la
leche, las harinas, etc; cumplen bastante bien
esta condición; la carne ahumada, la carne
asada, los huevos, las cremas, etc; tambien serán
permitidas.

Durante y despues de las comidas hare-
mos beber á los enfermos infusión de té calien-
te y con poco azucar.

Aconsejaremos el reposo despues de las dos

principales comidas, procurando que el enfermo guarde el decúbito lateral derecho por si en algo pudiera influir en la evacuación del contenido gástrico.

Por lo que respecta al régimen dietético, éste es el que creemos más conveniente, en primer lugar por que lo hemos aplicado en algunos casos y hemos podido observar sus buenos efectos, aunque relativos, y en segundo lugar por que nos parece el mas práctico y el menos molesto, teniendo en cuenta desde luego las costumbres de nuestro país.

Otro de los puntos de mira del tratamiento estriba en evitar, o por lo menos disminuir las fermentaciones intraestomacales.

Evitaremos en parte estas fermentaciones, como ya hemos indicado, con una dieta adecuada; pero si a pesar de ello las fermentaciones se producen, lo cual generalmente indica una estancación prolongada de los alimen-

tos, entonces recurriremos á los antisépticos intestinales y al lavado del estómago.

La lista de los antisépticos intestinales es larga, pero los más usados en estos casos son, el salicilato de bismuto, la naftalina, el benzonaftol, la resorcina, etc. etc. Estos medicamentos, como sabemos, no son inofensivos; muchos de ellos son irritantes y por lo tanto se toleran mal; por otra parte su acción es bastante dudosa, por lo que casi del todo están abandonados; no obstante vigilándolos de cerca usaremos alguno de ellos, pero siempre como coadyuvantes del lavado gástrico, el cual unido al amasamiento y á la gimnasia, constituyen el llamado método mecánico.

El método dietético en si mismo, es insuficiente; él es la base, el fundamento, pero necesita auxilios para su complemento, y estos los encuentra en los métodos mecánico é hidro-electrico.

El lavado del estómago responde á núme-

rosas indicaciones; destruye los efectos tóxicos generales, dependientes de fermentaciones anormales, suprime la imitación gástrica que produce el contenido estomacal alterado, descompuesto; responde también a la indicación de defender el estómago de tiempo en tiempo de la carga de alimentos que no digiere, ni puede hacer pasar al intestino, moderando y aun suprimiendo además ciertos síntomas y molestias subjetivas, tales como náuseas, vómitos, sed, sensación de presión, eructos, etc. etc. No obstante, en algunas ocasiones (úlcera, etc), hállase formalmente contraindicado.

El lavado da resultados excelentes en la insuficiencia muscular, en las ectasias consecutivas a las estenosis del píloro cuando no están muy desarrolladas y especialmente en las estenosis cicatriciales y benignas; sus efectos son mucho menores en las estrecheces cancerosas, pues si bien en un principio proporcionan gran alivio, éste dura muy poco desgraciadamente.

Es inútil que insistamos en la técnica de esta operación por sermos familiar a todos desde la vulgarización del aparato de Fancher, que tiene sobre la bomba de Kusmaul la ventaja de ser inofensivo.

El número de lavados debe subordinarse a las indicaciones de caso particular; la utilidad del lavado podemos decir que es proporcional al grado de intolerancia gástrica. Por esto tiene poco interés la elección de soluciones destinadas a esta operación, porque el poco tiempo que permanecen en contacto con la mucosa gástrica, permite esperar poca cosa de la acción terapéutica especial que por su parte puedan ejercer. En la mayoría de los casos puede ser suficiente el agua simplemente hervida; sin embargo, el agua de Vichy está indicada, especialmente cuando hay indicios de formación de ácidos grasos o de hiperclorhidria; los líquidos antisépticos (ácido bórico, naftol, agua clorofórmica sulfocarbonado, salicilato de sosa, etc.),

estarán indicados cuando haya signos de putridex de los alimentos.

Respecto á la cuestión del momento que debe elegirse para el lavado, hay diversas opiniones. Nosotros creemos que á no haber contraindicación formal, el lavado debe practicarse en cuanto se ponga en vigor el método dietético. Comenzamos por someter al paciente á dos lavados diarios; el primero en ayunas, al levantarse y el segundo antes de la comida última (8 de la noche). Lavaremos hasta que el agua salga completamente clara, insistiendo en las maniobras hasta adquirir el convencimiento de no haber dejado residuo alguno en el estómago.

A medida que el tratamiento obtenga el alivio que de él debe esperarse y la nutrición mejore animándose el enfermo, podremos disminuir los lavados, pero sin perder de vista la indicación de su empleo al menor desorden gástrico ó general.

La ducha gástrica sólo la practicaremos en algunas ocasiones a título de excitante de la motilidad gástrica.

Con el amasamiento procuraremos obtener los dos efectos, de aumentar la actividad muscular del estómago, y exprimir para evacuar su contenido, siempre que la causa productora de la ectasia gástrica no sea una úlcera, neoplasia, etc, en cuyo caso los efectos son contraproducentes.

La gimnasia no es más que un auxiliar del amasamiento, pero sus indicaciones deben ser discutidas seriamente antes de poner en práctica estos medios.

El método hidro-electro-químico es un poderoso auxiliar de los otros dos, y debe figurar entre los recursos terapéuticos en el tratamiento de la gastrextasia.

En esta enfermedad el estómago ha perdido parte del poder de su actividad muscu-

lar, ha alterado el quimismo de su secreción, y por lo tanto, el de las fermentaciones normales, y ha perdido ó casi perdido su facultad de absorción.

Para remediar, farmacológicamente, el primer punto disponemos de los eméticos y de los purgantes, pero éstos, en la gastrectasia, encuentran tan serias contraindicaciones que pocas veces se les usa, estando sustituidos ventajosamente por los lavados, las infusiones y los enemas.

Respecto á los medios farmacológicos de que disponemos para modificar la secreción gástrica generalmente alterada en los gastrectásicos, hay que tener presente las variaciones que respecto á esto se señalaban, según los enfermos, en la composición del jugo gástrico, si bien se sabe, que la hiperacidia puede dominar la escena. Por esto, lo que al práctico más le interesa, es combatir ese exeso de acidez, no sólo con el objeto de

destruir los efectos producidos por las fermentaciones anormales, lo que consigue en parte, sino tambien con el objeto de mitigar ciertos síntomas y molestias para el enfermo como son los eructos, pirosis, sensaciones diversas, etc.

El bicarbonato sódico lo emplearemos en los casos de hiperacidia, tomado despues de las comidas.

La magnesia calcinada estara' especialmente indicada cuando haya produccion de gases particularmente carbonicos. Y por último las sales de Karlsbad, podran estar indicadas para resolver el triple problema de oponerse a' la acidia, a' la produccion de gases y excitar el peristaltismo del tubo digestivo, segun la proporcion en que se empleen sus componentes, (sulfato, bicarbonato y cloruro sódicos).

Respecto de los medicamentos anti-fermentativos ya hemos hablado en otro lugar, pasando por último a' ocuparnos de aquellos me-

licamentos capaces de aumentar la propiedad absorbente del estómago.

Pocos recursos contamos hoy en día para resolver este último problema; no obstante el alcohol administrado en pequeñas dosis, el cloruro de sodio, los amargos como la esticoria, la genciana, la cuasia, etc; y sobre todo la ore-cina pueden, aunque en parte, contribuir al fin deseado.

Como vemos, el método farmacológico en el tratamiento de la ectasia gástrica no es más que un buen auxiliar de los métodos anteriormente descritos.

Los recursos hidroterápicos que empleamos principalmente en el tratamiento de la dilatación gástrica son las aplicaciones hidroterápicas frías, el golpeteo con toallas mojadas, las duchas bajo sus diversas formas y hasta los baños generales fríos y cortos. El baño caliente desprime la inervación muscular.

Pero siempre que se echa mano de este recurso terapéutico, tendremos en cuenta tanto la edad y constitución del sujeto, como otras particularidades especiales, estado del pulmón, del corazón, el estado de repleción del tubo digestivo, etc.

El agua obra no sólo en aplicaciones externas, sino también tomada en bebida.

De todas las aguas alcalinas, sólo nos interesan las bicarbonatado-sódicas y las sulfatado-sódicas.

Estas aguas producen en el estómago un efecto excitante sobre la mucosa y sobre los nervios y fibrillas musculares.

No obstante, en la gastrectasia están casi siempre contraindicadas y sólo las usaremos en las formas incipientes y benignas, siempre que estén indicadas, restringiéndolas en los demás casos todo lo posible.

La electricidad como recurso terapéuti-

co, quizá de brillante porvenir, se ha puesto también en práctica en el tratamiento de la gastrectasia.

En esta enfermedad nos interesan casi exclusivamente los efectos electro-motores producidos especialmente sobre los nervios y los músculos. Estos efectos dependen, según han demostrado Du Bois-Reymond, no del valor absoluto de la intensidad de la corriente, sino de las variaciones de la expresada intensidad. Por eso las excitaciones más energicas se producen en los momentos de abrir y cerrar las corrientes; y por eso también la corriente farádica es en este sentido más utilizable que la galvánica.

Tratándose de la gastrectasia podemos decir que las corrientes tanto farádicas como galvánicas, pero más la primera, aumentan la contracción muscular y la secreción del jugo gástrico, según han demostrado algunos autores.

Como hemos indicado hacemos casi siempre uso de las corrientes farádicas, aunque también puede utilizarse la galvánica.

En realidad bastan aparatos que lleguen a producir corrientes de cincuenta miliamperios.

La aplicación de las corrientes en el tratamiento de la ectasia gástrica, puede hacerse por el método percutáneo y por el método intramectal e intragástrico. Para las aplicaciones internas usaremos siempre la corriente farádica, caso de usar la galvánica, estableceremos siempre la corriente con intermedio de un líquido, para evitar la cauterización de la mucosa.

El método eléctrico pues, no es más que un poderoso auxiliar del dietético-mecánico, y aun cuando sus aplicaciones son menos ofensivas que otros recursos terapéuticos, especialmente el amasamiento, la hidroterapia, etc, no por eso deja de encontrar la electricidad a veces serias

contraindicaciones.

En resumen podemos decir que las indicaciones médicas de la gastrectasia se llenan á satisfacción por el método dietético-mecánico ayudado poderosamente por la hidroterapia y electroterapia. Cuando con estos métodos se consigue poco ó nada, solo la cirugía podrá resolver el problema.

6). Indicaciones quirúrgicas: Si tratamos en capítulo aparte de la intervención operatoria, es porque desde hace algunos años ha adquirido un lugar muy importante en el tratamiento de las enfermedades del estómago y en particular en el de las dilataciones por obstáculo mecánico.

El principio fundamental de la intervención quirúrgica en caso de gastrectasia se apoya: en el conocimiento de la naturaleza íntima de la enfermedad, en el diagnóstico patogénico peculiar en cada caso, en las condiciones particulares del sujeto deducidas de sus

antecedentes, de su actual estado y de su presunto porvenir, y por último, en ciertas y determinadas circunstancias de orden puramente social.

Desde luego podemos dejar sentado que lo que impone la intervención quirúrgica en el tratamiento de la gastro-ectasia es la estenosis del píloro; "el píloro es el enemigo" ha dicho Doyen.

Efectivamente; siendo las estrecheces cicatriciales y las neoplasias del píloro, las causas más frecuentes de dilataciones estomacales, no necesitamos encarecer la necesidad de discutir la intervención quirúrgica, máxime cuando sabemos que esas lesiones son incurables por cuantos recursos médicos se han propuesto.

La cirugía no permite en caso de estenosis, más que una de estas dos cosas: o suprimir el obstáculo resecaando el territorio donde ra-

dica la lesión, o establecer la permeabilidad del píloro sin recurrir a ese procedimiento. Sean fue el primero que extirpó el píloro en el hombre. Sin embargo, la pilororectomía no ha prosperado, y el método que tiene por objeto conservar el píloro y establecer su permeabilidad, gastro enterostomía figura a la cabeza de las intervenciones quirúrgicas del estómago.

En el cáncer del píloro se prefiere generalmente la gastro-enterostomía a la pilororectomía, pues aun cuando ésta es operación radical, la recidiva suele ser frecuente, al paso que con la primera de dichas operaciones, aunque paliativa, es más útil desde el punto de vista clínico, pues proporciona un alivio bastante duradero, y además evitando la irritación de los tejidos del cáncer, detiene en parte los progresos del mismo, y facilitando el paso de los alimentos del estómago, al intestino, combate directamente la gastrectasia, suprime o dis-

minuye la dispepsia, hace desaparecer las molestias locales y mejora notablemente la nutrición y el estado general. Además es una operación mucho más benigna que la pilorectomía.

Cuando la estenosis pilórica no es neoplásica, entonces hay que apoyar las indicaciones quirúrgicas en bases muy distintas. Si que desde luego, siendo el píloro el enemigo, pero ahora lo es por estrechez cicatricial.

Podrá practicarse la pilorectomía, pero por lo general no habrá necesidad de sacrificar el anillo pilórico.

Loreta fue el primero que propuso la dilatación digital de la estrechez, previa la gastrotomía; pero sólo produce efectos pasajeros; la recidiva es muy frecuente, pues es difícil obtener una dilatación definitiva con una sola sesión de dilatación; además, la benignidad de esta operación no es tan abso-

luta como á primera vista parece.

Cuando las lesiones fibrosas son poco extensas, cuando no existan grandes adherencias, y en ausencia de toda neoplasia, entonces podemos emplear otro recurso, la operación de Heineck-Mikulicz; hacer una incisión en el sentido longitudinal, y cerrarla luego por una línea de suturas que resulte perpendicular á la anterior; es decir, practicaremos una piloroplastia.

Mas cuando el piloro ofrece grandes adherencias con los órganos inmediatos, la destrucción de ellas resulta tan laboriosa que es, con mucho preferible hacer una anastomosis gastro-enterica, porque la piloroplastia en tales condiciones, es tan peligrosa como la anastomosis y de dificultades técnicas parecidas.

Pero como la piloroplastia es operación mas benigna que la piloretomia, y los resul-

tados obtenidos persisten durante algún tiempo, se comprende que haya casos en que este indicada y preferida a aquella, lo que ocurrirá siempre que la lesión tenga los caracteres siguientes: bridas cicatriciales poco extensas, adherencias pilóricas poco abundantes y ausencia de procesos neoplásicos. Ahora bien, todas estas circunstancias sólo podrían ser apreciadas en el momento mismo de la intervención, pues por el diagnóstico difícilmente se aprecian.

Cuando concurren las circunstancias expresadas y en un grado de intensidad algo marcado, serán insuficientes, no sólo la piloroplastia, sino también la pilorectomía, por los peligros y dificultades; en tales casos la operación de Wölfler será la indicada, la gastroenterostomía.

Dos peligros hay que tener cuenta al practicar la operación de Wölfler; el reflujo de la bilis en el estómago, y la repleción y disten-

sion á veces considerable del duodeno, por el reflujó de los alimentos á éste y por no ser del todo impermeable el píloro al paso de los mismos.

Estos peligros se han corregido con ciertos artificios técnicos ideados por Kocher, Doyen y Billroth, los cuales combinan la pilorectomía con la gastroenterostomía.

Kocher cierra el estómago, después de extirpar el píloro, y aboca el duodeno á un orificio que crea por detrás de la línea de suturas resultante de la pilorectomía.

Doyen practica la pilorectomía, y termina con una gastro-yeyunostomía.

Billroth forma dos fondos de saco, uno en el duodeno y otro en el estómago después de sacrificar el píloro.

Desde luego el procedimiento operatorio no podrá preconcebirse; éste se elegirá en el momento mismo de la intervención.

En los casos en que no es el píloro el enemigo, el método quirúrgico sólo se dirige a modificar el estado ectásico.

Bircher ha imaginado una operación modificada hoy por Viry Brandt; la cual consiste en suprimir toda la parte inferior de la cavidad gástrica, reuniendo las paredes anterior y posterior por medio de muchos puntos de sutura, sin reseca luego el colgajo.

Para practicar esta operación, la gastrectomía, se necesita una condición indispensable; la permeabilidad del píloro.

Es una operación de relativa utilidad cuando se ejecuta como operación principal, pero de dudoso porvenir cuando se ejecuta como operación complementaria.

Consecutiva a intervenciones por neoplasias pilóricas, la creemos poco procedente.

En resumen, el método quirúrgico

ha conseguido los más hermosos triunfos en el tratamiento de la gastro-ectasia, pero la indicación principal de la intervención quirúrgica la impone toda gastrectasia con estenosis pilórica, rebelde al tratamiento médico, acentuada y pertinaz.

Prescindimos de describir la técnica de todas las operaciones enumeradas; sólo diremos algunas palabras de los cuidados que hay que tener antes y después de la operación.

Decidida la operación, someteremos al enfermo durante varios días consecutivos al lavado gástrico y a los baños templados.

La víspera de la operación se repetirá el baño general algo jabonoso que contendrá una ligera disolución de sublimado corrosivo; se afeitará el pubis y se quitará el bello del vientre, se limpiará el recto con enemas, las paredes del vientre con agua caliente y jabon, después con alcohol y por último con la

solución de sublimado corrosivo al uno por mil; se cubrirá todo el vientre con compresas esterilizadas, una gruesa capa de algodón y un vendaje todo recién sacado de la autoclava.

Terminaremos preparada la cama para después de la operación, con todas las ropas esterilizadas.

La última comida la hará 12 horas antes de la operación; seis horas después de comer lavaremos el estómago, y el recto, y si se trata de una mujer se lavará la vagina, vaciando por último la vejiga.

Hecha la operación e instalado convenientemente el enfermo en su cama, le dejaremos tranquilo y sujeto a una dieta absoluta por lo menos durante los cinco o seis primeros días; es preciso el reposo absoluto interín se verifique el trabajo de consolidación de las suturas gástricas. Durante este tiempo, si el estado del enfermo lo requiere así, sostendremos la alimen-

tación por medio de enemas nutritivos. Si la sed es muy ardiente permitiremos tomar pequeños sorbos de agua perfectamente esterilizada y fría, y también trocitos de hielo que se líquuidaran en la boca.

Pasado este tiempo, si el estado del enfermo es satisfactorio, daremos sorbos de leche esterilizada y caldos al baño de maría. Progresivamente pasaremos á los caldos con sesos, sopas, huevos, etc; hasta llegar á establecer un régimen sencilló inspirado en el propuesto por Boas, Leube, etc, u' otra cualquiera.

En los primeros días serán también convenientes las inyecciones subcutáneas y hasta intravenosas de sueros artificiales perfectamente esterilizados, poniendo cada 24 horas de 500 á 1000 gramos de la solución expresada.

Se discute la fecha en que ha de volverse á los lavados del estómago; desde luego están absolutamente contraindicados mien-

tras se realiza el trabajo de cicatrización. Creemos que lo preferible es volver a ellos después de mucho tiempo de la operación.

En los primeros días practicaremos el cateterismo de la vejiga para ir vaciándola.

El apósito del vientre se levantará, si antes no hay necesidad de hacerlo, al séptimo u octavo día, quitando los puntos de sutura a medida que la cicatrización se consolide.

Vigilaremos el pulso, la temperatura y la respiración, pero sirviéndonos de guía siempre el pulso.

Y después, esperar atentamente para combatir con presteza en caso de alguna complicación.

Restanos tan sólo sintetizar nuestro estudio con las siguientes:

Conclusiones.

1.^a La gastro-ectasia no es una afección idiopática, sino más bien un complejo sintomático debido a diferentes causas.

2.^a En la patogenia de la gastrectasia hay que hacer intervenir siempre, como punto de partida, la disminución primaria o secundaria del poder motor del estómago. La estenosis pilórica es con frecuencia la causa principal de esa insuficiencia motora. Las ectasias por atonía figuran en segundo término.

3.^a El diagnóstico de la gastro-ectasia se funda en un análisis exploratorio completo.

La retención alimenticia, las perturbaciones químicas de la digestión gástrica, las molestias propias de ellas y el descenso de la

gran curvatura nos señalan la lesión; las investigaciones anamnésticas por parte del cáncer, úlcera, ciertos estados nerviosos, etc, nos indican la causa.

4.^a En el tratamiento de la gastro-ectasia podemos decir que interviene todos los recursos que encierra la terapéutica contemporánea.

La Medicina contribuye á la curación con tres métodos terapéuticos; el dietético, el mecánico y el hidro-electro-químico.

La Cirugía se encarga de resolver lo que la Medicina no puede.

5.^a El método dietético-mecánico es la base en que se apoya el resto del tratamiento. La reglamentación alimenticia debe fundarse en consideraciones patogénicas y nosológicas á la vez, y comprender de un modo detallado la alimentación conveniente, horas y número de comidas, cantidad y calidad de las bebidas, reglas que hay que tener en cuenta durante la digestión, etc.

6^o El lavado del estómago es un recurso probado y eficaz. Con su aplicación resulta un mejoramiento sensible del estado local y general, desapareciendo muchas molestias objetivas y subjetivas del enfermo.

Esta es contraindicado, cuando se hace intolerable, cuando existen recientes hematemesis, cuando hay proceso ulceroso, etc.

7^o Los fármacos y la hidroterapia son recursos auxiliares. Los primeros combaten algunos síntomas, aunque insuficientemente. La segunda, especialmente en aplicaciones frías repetidas y poco duraderas. El amasamiento y la quimica son recursos con frecuencia contraindicados.

8^o La electroterapia es un poderoso auxiliar del procedimiento dietético-mecánico, que tiende a emanciparse en vista de algunos legítimos triunfos.

La corriente farádica mejor que la galvánica, en aplicación pecutánea, es el mejor procedi-

miento; caso de emplear la galvánica lo haremos siempre con intermedio líquido, para evitar cauterizaciones.

9.^a Vista en algunos casos la imposibilidad de normalizar la funcionalidad del estómago con los recursos médicos; la Cirugía es la encargada de resolver el problema, pero resolviendo antes del modo más preciso la integridad pilórica, pues de ella nace la verdadera indicación quirúrgica.

10.^a En los casos de estenosis pilórica por neoplasias malignas, el éxito quirúrgico depende de la oportunidad operatoria

Respecto al procedimiento operatorio, en este caso, no podrá preconcebirse interín no se observe directamente el estado local. Sin embargo, a la pilorectomía simple, deberán preferirse las combinaciones de Kocher, Doyen y Billroth. Caso de no ser extirpable el píloro, la indicada será la operación de Wölfler. La operación de Heineck-

Mikulicz se reserva para los casos de fúloro no neoplásicos. Y para los casos simples con pocas adherencias. La operación de Bircher, como operación principal, es de alguna utilidad, pero como operación complementaria ó secundaria ha en un verdadero descrédito.

11^a El tratamiento médico nos dará la curación relativa de la gastro-ectasia; la curación absoluta es difícil, sólo la cirugía puede proporcionarla, dejando á parte recidivas, por desgracia frecuentes.

He dicho.

J. L. Linares
Gous

Admisible
S. Ferrer Viniça



Admisible
Calbja

Die 19 de Mayo de 1906
Verificó el ejercicio y fue calificado
de Sobreviente

Julian Cebal

Harmonio Rodriguez
y Fernandez

Marcos del Rio y Sosa

Ruiz de la Cruz

Alfonso de la Cruz

