

Bovet (de Pougues), Reignier (de Surgères), han citado varias observaciones de dilatación cólica con alteraciones secundarias variadas, y yo mismo he descrito los síntomas de esta dilatación con el nombre de *neurastenia intestinal* ó *ileo-cecal*.

Se observa, en efecto, en ciertos enfermos un cuadro sintomático completamente análogo al descrito á propósito de la neurastenia gástrica, y sin embargo no se nota en ellos dilatación del estómago, sino una dilatación que se refiere al intestino grueso, ya á todo él, ya solamente á porciones más ó menos limitadas del colon y por parte del ciego ó de la S íliaca (a). Este cuadro sintomático es ocasionado por fenómenos de intoxicación, sobre los que Bouchard ha sido uno de los primeros en llamar la atención: tal es la *stercoremia*, y la hacemos desaparecer, como os diré dentro de poco, usando enemas anti-sépticos. Antes de empezar el estudio del tratamiento de la dispepsia intestinal debo indicaros la presencia de trastornos intestinales provocados por las malas digestiones estomacales.

Os he demostrado que en la dilatación del estómago, en la que el quimismo estomacal está alterado, las materias albuminoides pasan sin ser peptonizadas al tubo digestivo, y si la secreción del jugo pancreático no es lo bastante abundante para completar esta digestión, se comprende que estas sustancias no digeridas obren como cuerpos extraños en el intes-

(a) Thiebault, *Plusieurs Observations de dilatation du colon transverse*. Tesis de Nancy, 1882, pág. 209.—Trastour, de Nantes, *De la dilatation passive de l'S iliaque* (*Revue de médecine y Journal de médecine de l'Ouest*, 1880).—*Du rôle pathogénique de la dilatation gastro-côlique* (*Semaine médicale*, 15 de septiembre de 1886, pág. 360). y *Nouvelle Étude clinique de la dilatation gastro-côlique commune* (*Semaine médicale* de 7 de septiembre de 1887).—Reignier (de Surgères), *Sur la dilatation côlique* (*Journal de médecine de Paris*, 26 de octubre de 1890, pág. 63).—Bovet (de Pougues), *De la dilatation côlique et de son traitement* (*Journal de méd. de Paris*, 12 de octubre de 1890, pág. 41).

tino y determinen cólicos más ó menos vivos. Por otra parte, tenéis el cuadro exacto en la indigestión *à crapulâ*, en la que los individuos no solamente vomitan los alimentos ingeridos en excesiva cantidad, sino que también experimentan cólicos y una diarrea más ó menos abundante.

Pero es un punto muy interesante de esta cuestión saber lo que sucede á las sustancias peptonizadas cuando llegan á la primera porción del duodeno. Sabemos que la peptonización sólo se verifica en un medio ácido; llegadas á la ampolla de Vater, á la que abocan los canales biliares y el canal pancreático, las sustancias peptonizadas encuentran un medio alcalino, y debe cesar el trabajo de peptonización por el jugo gástrico; no existen entonces ya más que las parapeptonas de Meissner, es decir, la precipitación que se produce en las peptonas ácidas cuando se neutralizan.

Este fenómeno, que es completamente evidente, demuestra que la teoría de Leven, que sostiene que las sustancias alimenticias no hacen más que atravesar el estómago para pasar al intestino, único sitio donde se verificarían los actos químicos de la digestión, no está absolutamente conforme con los hechos fisiológicos, puesto que vemos cesar la peptonización al nivel del duodeno. Es necesario, pues, admitir con Richet que los alimentos permanecen en el estómago un tiempo suficiente para que se verifique la peptonización de las sustancias albuminoides, y que sólo después del cumplimiento de este acto pasan las peptonas al intestino y son absorbidas en el estado neutro ó alcalino por sus mismos vasos.

Este hecho es importante; nos demuestra que el paso demasiado rápido de los alimentos del estómago al intestino, á consecuencia de un trabajo exagerado

de la túnica muscular, será una causa de dispepsia intestinal, dispepsia resultante de la presencia en el intestino de una excesiva cantidad de sustancias que deben digerirse por el páncreas. Se ha pretendido también que, no cumpliendo el píloro su papel de portero del estómago (πύλη, puerta; ὄρος, guardián), podía dejar pasar sustancias no peptonizadas. Esta incontinencia del píloro, que Luis de Seré fué uno de los primeros en indicar, tiene siempre por consecuencia alteraciones dispépsicas intestinales (1).

Siempre que existe dispepsia intestinal, ora resulte de una digestión incompleta de las sustancias albuminoideas y amiláceas, ora de una excesiva abundancia de las sustancias grasas, ora de una secreción insuficiente del jugo pancreático ó de la bilis, se traduce en resumen por los síntomas siguientes: el enfermo experimenta, en un período siempre avanzado de la digestión (2), dolores abdominales más ó menos vivos; tiene borborismos, cólicos, una distensión más ó menos considerable de las asas intestinales; finalmente, sobreviene una diarrea más ó menos

Síntomas
de la dispepsia
intestinal.

(1) He aquí cómo se expresa L. de Seré á propósito de esta incontinencia del píloro:

«El píloro puede inutilizarse de muchas maneras, puede perder sus propiedades contráctiles y relajarse; esta incontinencia tiene por efecto impedir la permanencia de los alimentos en el estómago y suprimir así la digestión estomacal».

Mr. de Seré añade que en otros casos, por el contrario, hay espasmo doloroso del píloro, y que este estado, que es debido con frecuencia á una irritación del plexo solar, suprime igualmente la digestión del

estómago, paralizando la secreción del jugo gástrico (a).

(2) Caulet ha emitido la opinión de que la aparición tardía de los fenómenos dispépsicos no era suficiente para admitir la dispepsia intestinal; cree que la digestión se verifica á la vez en toda la extensión de las porciones activas del tubo digestivo. La digestión intestinal empieza para él al mismo tiempo que la digestión estomacal. Por último, Caulet admite que la dispepsia tardía pertenece al estómago y caracteriza especialmente la dispepsia atónica (b).

(a) Luis de Seré, *Du rôle de l'estomac et du pylore dans la digestion*. París, 1874, pág. 24.

(b) Caulet, *Société d'hydrologie*, tomo XVIII, pág. 26. 1872 1873.

abundante. ¿Qué tratamiento debemos oponer á este orden de síntomas?

Así como se ha aconsejado la pepsina contra los trastornos funcionales de la digestión estomacal, y la diástasa en la digestión bucal, se ha pensado emplear la pancreatina en el caso que nos ocupa.

La pancreatina, obtenida por la acción del éter sobre el páncreas, se presenta en estado viscoso, se coagula en masa por el calor y es precipitada de sus soluciones por los alcoholes; á la temperatura de 70 grados, la pancreatina se destruye; desgraciadamente lo que hace difícil la administración de la pancreatina en terapéutica es que sus propiedades digestivas son destruidas por los ácidos, de tal suerte que, cuando se la administra por el estómago, su permanencia en medio del jugo gástrico la hace perder sus propiedades digestivas. Se ha pensado, pues, englobarla en sustancias que la permitan pasar á través del estómago sin experimentar la acción del jugo gástrico (a).

Sin embargo, no olvidar tampoco que, como la pepsina, la pancreatina es un fermento, es decir, una sustancia muy alterable, y que á menudo los efectos terapéuticos obtenidos con esta sustancia serán casi nulos á causa de las modificaciones que ha experimentado este fermento en su preparación; el papel más importante corresponde también aquí á la antisepsia y á la higiene.

En efecto, la antisepsia desempeña un papel importante en las dispepsias intestinales. Ya he insistido de una manera más completa sobre este punto cuando os hablé del intestino bajo el punto de vista terapéutico en mis *Lecciones de Clínica Terapéutica*. Si se trata de una dispepsia intestinal limitada al intestino delgado, deberéis recurrir al salicilato de

(a) Huchard, *De la pancréatine dans les dyspepsies* (*Union médicale*, 1874, tomo XVIII, págs. 493 y 766; 1878, pág. 181).

De la
pancreatina.

bismuto y al salol. El salicilato de fenol es efectivamente, como sabéis, un medicamento que tiene la curiosa propiedad de no descomponerse en ácido fénico y en ácido salicílico más que en los medios alcalinos. Puede, por lo tanto, pasar por el estómago sin ser descompuesto y llegar así al intestino sin alteración alguna; es el más eficaz de los desinfectantes intestinales. Podréis administrarle sólo ó asociado al salicilato de bismuto, y como el salol es poco tóxico, le administrareis sin inconveniente á una dosis de 3 á 4 gramos al día. Por mi parte, uso la fórmula siguiente:

Salol.	} aa. 15 gramos.
Salicilato de bismuto.	

En treinta sellos medicinales. Uno al almorzar y otro al comer.

Cuando es el colon el sitio donde ocurren los trastornos intestinales también podréis usar el salol y el salicilato de bismuto, pero añadir á estos agentes abundantes irrigaciones intestinales con soluciones naftoladas. Se practican estas irrigaciones, bien con ayuda de grandes irrigadores, bien, lo que es preferible, con ayuda del sifón estomacal, que introduciréis por supuesto en el recto. Catani ha dado el nombre de enteroclismo á este método; os he hablado ya de él cuando me ocupé de las enfermedades del intestino (a).

La solución naftolada se hace con el naftol α ; es el más soluble y el menos tóxico, pero como es el más irritante, haréis soluciones de 25 á 50 centigramos en un litro de agua y dispondréis se practique todas las mañanas una irrigación con un litro de esta solución.

(a) Dujardin-Beaumetz, *Lecciones de Clínica Terapéutica*, tomo I.

Respecto á la higiene, consiste en un régimen exclusivamente vegetal. Al principio de estas lecciones sobre las enfermedades del estómago he manifestado la importancia que daba á este régimen. Espero haberlo demostrado la utilidad de dicho régimen, aplicable, no solamente á las dispepsias químicas, sino también á las gastritis crónicas y hasta á las dispepsias intestinales. Me propongo terminar estas lecciones sobre las dispepsias hablándoos de las dispepsias de los recién nacidos.



BIBLIOTECA