

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 albuminoideas, 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. Otras veces es el píloro, que no cumpliendo su papel de portero del estómago (πύλη, puerta; οὔρος, guardián), dejará pasar sustancias no peptonizadas. Esta incontinencia del píloro, que Luis de Seré fué uno de los primeros en indicar, tiene siempre por consecuencia alteraciones dispépticas intestinales (1).

Siempre que existe dispepsia intestinal, ora resulte de una indigestión 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,

(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 su-

primir así la digestión estomacal.» M. 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).

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

se traduce en resumen por los síntomas siguientes: el enfermo experimenta, en un período siempre avanzado de la digestión (1), dolores abdominales más ó menos vivos; tiene borborigmos, cólicos, una distensión más ó menos considerable de las asas intestinales; finalmente, sobreviene una diarrea más ó menos abundante. ¿Qué tratamiento debemos oponer á este orden de síntomas?

Así como hemos aconsejado la pepsina contra los trastornos funcionales de la digestión estomacal, la diástasa en la digestión bucal, se ha pensado emplear la pancreatina.

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.

Sin embargo, no olvidar 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

(1) Caulet ha emitido la opinión de que la aparición tardía de los fenómenos dispépticos 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 intes-

tinal 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. (*Société d'hygiène*, tomo XVIII, pág. 26, 1872-1873.)

Pancreatina.

causa de las modificaciones que ha experimentado este fermento en su preparación; el papel más importante corresponde también aquí á la higiene.

Recomendad también á vuestros enfermos afectos de dispepsia intestinal que vigilen su alimentación y sólo tomen alimentos muy nutritivos, pero en pequeño volumen, para no hacer funcionar demasiado á esta parte del tubo digestivo. Ordenad un régimen azoado en pequeño volumen y evitad las grasas siempre que os sea posible, pues su digestión se hace exclusivamente por el páncreas. Pero, sobre todo, proscibid por completo el azúcar de caña del régimen de vuestro enfermo; sabéis, en efecto, según los trabajos de Claudio Bernard, que la transformación del azúcar de caña en glucosa se verifica exclusivamente en el intestino.

Tendríamos que ocuparnos también del tratamiento de los cólicos y de los gases intestinales que en estos casos se desarrollan. Hemos visto, en efecto, en la dispepsia estomacal que las perturbaciones verificadas en las funciones de la capa muscular entrañaban desórdenes dispépticos variables; asimismo, si se analizan los trastornos producidos en la dispepsia intestinal, se verá que hay que referir una parte á las alteraciones verificadas en esta capa muscular, y que, según los movimientos peristálticos estén exagerados ó abolidos, sobrevienen trastornos más ó menos profundos en este acto digestivo: esto es lo que See ha descrito con el nombre de atonía intestinal, y que considera como pseudo-dispepsias (a). Pero como me propongo consagrar una serie de lecciones al tratamiento de las afecciones intestinales, insistiré sobre estos puntos cuando os exponga la terapéutica de la diarrea y del estreñimiento.

(a) See, *Des dyspepsies gastro-intestinales*. París, 1881, pág. 202.

Hemos visto que para el tratamiento de las dispepsias estomacales se habían hecho preparaciones múltiples contra las diferentes formas de dispepsia; el mismo trabajo se ha hecho para la dispepsia en general, es decir, que se ha tratado de reunir en preparaciones múltiples los principales fermentos de la digestión, y así se han compuesto mezclas de diástasa, de pepsina y de pancreatina. Tales son las preparaciones eupépticas de Tisy, el vino de Chassaing de pepsina y de diástasa, el elixir de Grez, etc., etc. Podéis sacar partido de estas preparaciones, reconociendo (1), sin embargo, que en la mayor parte de los casos, el estudio atento de los diferentes síntomas que presente el enfermo podrá permitirnos establecer á qué fermento os debéis dirigir particularmente.

En la lección próxima me propongo estudiar la terapéutica de las dispepsias secundarias.

(1) Ya hemos visto, á propósito de la pepsina, que Mourrut y Vulpián se habían pronunciado contra la asociación de los diferentes fermentos. Portes ha demostrado que la pep-

sina y la diástasa no eran incompatibles; pero, según él, la pepsina y la pancreatina no podrían asociarse. (*Journal des connaissances médicales*, agosto de 1879.)