

Las estrecheces intrínsecas más comunmente afectan la forma anular que la de banda longitudinal; y el anillo, más ó menos robusto, más ó menos extenso, está constituido por tejido fibroso-cicatricial, restos de tejido sano y aún por la materia propia del neoplasma, si es que éste es la causa de la estenosis. La coartacion da lugar, en la porcion de intestino que queda por encima, á una verdadera ectasia, algunas veces enorme, determinada por el acúmulo de materias que solo con gran dificultad pueden enfiar por el sitio estenosado; pero durante largo período las paredes intestinales, en el sitio de la dilatacion, ofrecen la túnica muscular muy hipertrofiada por los esfuerzos peristálticos que exige la desocupacion de esta parte del conducto. Al contrario, por debajo de la estrechez se nota una marcada disminucion del calibre del intestino y aun la atrofia de su pared, originada tal vez por la inaccion en que sus túnicas se mantienen.

Digno es de mencionarse que en los casos en que la estrechez reside en el cólon, la dilatacion intestinal en vez de radicar en la porcion del intestino que queda inmediatamente por encima de ella, reside en el ciego. La mucosa intestinal de las zonas dilatadas, aparte de la distension que experimenta por lo exagerado de su contenido, permanece en contínuo y prolongado contacto con materiales descompuestos, y estas circunstancias acaban por afectarla de tal suerte, que son en ella apreciables los estados congestivos y catarrales; y en determinados casos, por ulceracion ó por desgaste de sus túnicas, cede la pared, se rompe, y sobreviene entonces una peritonitis pútrida, necesariamente mortal.

Etiología.—Como vicio de conformacion congénito obsérvase con frecuencia la estenosis del intestino, radicando casi siempre en el recto ó en las inmediaciones del ano; cítanse, empero, como congénitas algunas estrecheces del duodeno en las inmediaciones de la embocadura del colédoco. La estenosis adquirida se observa más en el hombre que en la

mujer, y con mayor frecuencia á la edad de cuarenta y cuatro y más años, por ser tal vez la época en que son más comunes varias de las neoplasias poco há mencionadas; pero en ambos sexos pueden desarrollarse, ora por efecto de una infeccion sifilitica, ora por simples catarros crónicos, cuyas lesiones se concentran en un punto limitado del trayecto intestinal.

Sintomatología. — Es una verdad que la autopsia descubre á veces estenosis intestinales, localizadas especialmente en los intestinos delgados, y que en vida, ó no dieron lugar á ningun trastorno apreciable, ó que se caracterizaron por simples desórdenes dispépticos ó por los síntomas propios de un catarro intestinal; en gracia tal vez á que el contenido, habitualmente líquido ó pastoso, era de fácil acarreo al través de la coartacion: mas por lo regular, los síntomas no faltan, y tras un período más ó menos vago de trastornos puramente dispépticos gastro-intestinales, van apareciendo de una manera lenta y gradual los síntomas propios de la estenosis, hasta tanto que queden perfectamente dibujados.

La constipacion tenaz es uno de los fenómenos característicos, sobre todo si las evacuaciones albinas, siempre tardías, presentan el sello de una materia excrementicia aplastada en forma de cinta, cilindróidea, pero de diámetro pequeñísimo, ó á modo de unas pequeñas masas esferoidales que, por parecerse á las de las cabras, se llaman ya, desde antiguo, caprinas. Esta constipacion, llevada á su grado máximo, se acompaña de un acúmulo de gases á veces tan exagerado, que las asas intestinales distendidas se dibujan al través de la pared abdominal, siendo hasta visible su movimiento peristáltico y fácil la percepcion, auscultando el abdomen y aún á distancia, del ruido de gorgoteo con retintin metálico, determinado por la dislocacion de aquéllos. Esta pneumatosis intestinal no sólo mantiene distendida la cavidad abdominal, pero de una manera irregular, en tanto el enfermo no

logra una deposición excrementicia ó la expulsión de gases, sino que empuja el diafragma hácia arriba, dificultando en gran manera sus importantes funciones, y de rechazo las cardíacas y las del aparato respiratorio ; de ahí las palpitaciones, la dispnea y el hipo que pueden en determinados momentos ser síntoma de la estenosis intestinal.

Una vez depuestos los materiales que con más ó menos dificultad han atravesado, como por una hilera, el sitio estenosado, el vientre se deprime y el enfermo se tranquiliza, hasta tanto que al cabo de más ó menos tiempo vuelven á reproducirse los mismos fenómenos. No es infrecuente apreciar á favor de estas repeticiones algunos datos que despues se utilizan para conocer el sitio del mal, tales son : en algun punto circunscrito del vientre un foco de dolor espontáneo ó solicitado, ejerciendo alguna compresión ; á veces en este punto se puede apreciar cierta resistencia de los tejidos y hasta algun relieve, como aparentando un principio de tumor ; pero, más que esto, el enfermo de vez en cuando experimenta ruidos intestinales que parecen correrse en la dirección de la estrechez y allí terminan.

De esta manera puede transcurrir largo tiempo sin más incidentes que los expuestos, pero es fácil que en un momento dado, ora porque el intestino en el sitio de la estenosis se flujiona y se entumece, ora porque á favor de alguna trasgresión en el régimen alimenticio se atascan materiales en el punto lesionado, aparece todo el cuadro de una oclusión intestinal aguda, cuyo síndrome queda ya en otro punto descrito. Se trata de un verdadero *cólico miserere*, que se vence con mayor ó menor dificultad, segun sea su violencia ; y pasado el ataque, se restituyen las cosas á su estado anterior, hasta que otro dia vuelve la complicación á producirse.

A todo esto el estado general de los enfermos, aunque con lentitud, va resintiéndose ; el desmejoramiento avanza y la desnutrición crece ; pero todo viene subordinado al sitio del

mal, al grado de estrechez, á la naturaleza de la lesion y á la mayor ó menor facilidad con que se producen las complicaciones.

Marcha y terminaciones. — De lo últimamente indicado se desprende que la duracion total del afecto morboso es muy contingente, y que por lo tanto, desde un período de meses hasta el de años, á veces largos, se puede seguir una escala; así se comprende que un cáncer del recto ó del cólon sólo permita la vida algunos meses, y que una brida cicatricial, con tal que conceda cierto paso á los materiales circulantes, se haga compatible con su fisiologismo por espacio de muchos años. Como quiera que sea, la marcha total del proceso viene constituida por un período inicial, vago, dispéptico; por un segundo período de confirmacion caracterizado por el cuadro ya descrito; y por un tercero, final, de caquexia. Pero las terminaciones pueden operarse en virtud de diferentes mecanismos: ya es un ataque de oclusion intestinal que no puede dominarse, la causa inmediata de la muerte; ya es una perforacion intestinal ó el desarrollo de una peritonitis intercurrente lo que provoca el conflicto; ya la propagacion á otras vísceras del proceso canceroso, si era éste la causa de la estrechez; en otros casos una hemorragia, y por último, para no citar más incidentes, cabe la posibilidad de la formacion en los intestinos de productos orgánicos sépticos (indol, cresol, fenol, etc.), cuyo arrastre determine una auto-infeccion tal vez mortal, en cuyo caso el enfermo, al principio muy febril, no tarda en caer en un profundo colapso, con frialdad cadavérica, ojos hundidos, nariz afilada, sudor pegajoso y todo el cuadro agónico.

Diagnóstico. — No es difícil asegurar, en virtud del síndrome expuesto, que un intestino está estrechado ó comprimido; pero en cambio, puede ser tarea árdua el conocimiento de la verdadera causa de la estenosis, y aún más el precisar el sitio en que radica la lesion. Con todo, el recuerdo de los

antecedentes del sujeto y en particular las enfermedades que haya padecido, podrán orientarnos respecto de la naturaleza del mal: á este tenor, la preexistencia de un tífus abdominal ó de una disentería argüirá la formación de una masa cicatricial; una antigua peritonitis hará suponer una brida alrededor de un intestino; la sífilis y el cancerismo harán lógica la idea de un sífiloma ó de un cáncer, etc. La noción del sitio se adquiere recordando que con predilección se desarrollan las estenosis en los intestinos gruesos, especialmente en el cólon descendente; que los gases se acumulan en las partes que quedan por detrás del obstáculo; que la region estenosada es dolorosa á la presión y que se presenta á veces indurada: pero bien se comprenderá que todos estos datos son falaces é inseguros, dado que es muy frecuente la dislocación de los intestinos (enteroptosis), que cambia por completo sus relaciones normales. De todos modos, la estenosis de más fácil conocimiento en punto á topografía, es la del recto, no sólo porque en ella el adelgazamiento y deformación de los excrementos llega al máximo, sino porque el tacto rectal ó la aplicación de un espéculo á propósito, permiten una exploración directa.

Conste, sin embargo, como complemento á todo esto, que Brinton afirma que la cantidad de agua que puede ser inyectada por el ano es un valioso medio para estimar en qué region del cólon está situada la estrechez; pero es evidente que los únicos medios que nos prestan absoluta certeza en el diagnóstico de las estrecheces bajas supra-rectales son la bujía exploradora, la sonda larga y aun la introducción de la mano, según el método de Simon, bien que pocas veces se podrá apelar á un medio tan extremo y molesto.

Pronóstico. — Toda estrechez intestinal un tanto graduada supone un afecto de gravedad, sea cual fuere el sitio y la naturaleza del daño; siendo ociosa la demostración de este aserto. Pero ya se supone que la diversa topografía imprime

gravidades diferentes, porque no es lo mismo combatir una estrechez del recto, que al fin está en un sitio accesible á nuestros medios de intervencion, que la del cólon ó del íleon; y tanto como esto, debe tenerse en cuenta para pronosticar, la naturaleza del mal : de ahí que la estrechez sifilítica, por ejemplo, en gracia del poderoso influjo de nuestras medicaciones y por radicar casi siempre en el recto, exigirá un pronóstico menos acentuado que la que resulte de la mala cicatrizacion de una úlcera disintérica, que tal vez sólo podrá corregirse con un grave acto operatorio, y ésta á su vez tendrá menos valor que la estenosis producida por un carcinoma de la pared intestinal ó de alguno de los órganos vecinos.

Tratamiento.—La experiencia demuestra el escaso ó nulo beneficio que se reporta de la administracion de medicamentos, con el fin de modificar el proceso nutritivo de la parte lesionada é impedir de esta suerte la evolucion progresiva de la estrechez. Sólo en un caso la indicacion es patente y los resultados pueden corresponder al deseo (ya se comprenderá que aludimos á la estenosis sifilítica), pero así y todo ha de confesarse que, en estas sífilis viscerales, los efectos son mucho menos brillantes que los que pueden obtenerse en casos al parecer y de hecho más graves : sirva de ejemplo lo que sucede en las encefalopatías sifilíticas. Pero fuera de estas ocasiones, jamás hemos visto que el empleo del yodo, de los yoduros todos y de los preparados mercuriales haya determinado la menor modificacion en el proceso local.

Dada, pues, la esterilidad de estos recursos de indicacion verdaderamente patogenética, hemos de reducirnos á un tratamiento sintomático, mientras llega la ocasion de poner sobre el tapete la necesidad de un acto operatorio, conforme significaremos luego.

Importa sobre manera someter á los enfermos á un régimen alimenticio que se haga compatible con el estado me-

cánico en que el intestino va encontrándose, permitiendo tan solo el uso de aquellos alimentos que por su condicion física puedan atravesar con cierta holgura el sitio de la estrechez: todo con el propósito de impedir el incidente grave de un atascamiento de materiales *in situ* y la oclusion consiguiente. Esto supone la necesidad de proscribir de la mesa todas las sustancias que puedan dejar mucho residuo (pieles y semillas de frutas, alcachofas, berengenas, etc.); por manera que la leche, los caldos, las sopas muy cocidas y claras, las yemas de huevo, los purés, las carnes tiernas, el pescado, los sesos, las gelatinas, etc., constituirán la base del material alimenticio. Conviene tambien que la condimentacion de los manjares sea escasa, para evitar una accion de contacto que produzca una fluxion vascular, y que los enfermos, parcos siempre en el uso de las bebidas alcohólicas, beban agua en abundancia, particularmente en ayunas, para mantener cierta laxitud de vientre.

No olvidando que, en gran parte, el peligro depende del estreñimiento, se procurará cuando menos una deposicion diaria, bastando á veces para ello que el enfermo se ponga todos los dias, y aproximadamente á la misma hora, un enema grande.

Siempre que lo indicado sea bastante para que con más ó menos dificultad siga expedito el movimiento intestinal, nos abstendremos de medicaciones innecesarias, á menos que coincida con la estenosis alguna dispepsia gástrica ó intestinal ó un catarro crónico, en cuyo caso resulta clara la necesidad de poner en juego los medicamentos á propósito. Pero, haya ó no alguna de estas complicaciones, siempre que la dietética apuntada no baste á permitir una deposicion ventral diaria, hemos de procurar á todo trance solicitarla, valiéndonos para ello de diferentes medios laxativos, con tal que no sean irritantes. Muchos son los que podríamos aconsejar, pero reduciremos la lista á los siguientes: una cucha-

rada mediana de semillas de lino, al sentarse á la mesa ; en ayunas ó al acostarse una cucharada grande de glicerina neutra, de aceite de almendras dulces ó de jarabe de achicorias compuesto ; una píldora mañana y noche de extracto y polvos de belladona (2 centígramos de cada uno) ; un gramo de flor de azufre y de resina de guayaco, con seis de tartrato bórico-potásico, al levantarse ; el podofilino, el extracto de ruibarbo, el de taraxacon, el de cáscara sagrada, el de bÍlis de buey, etc., á las horas de las comidas ; las sales neutras (sulfato sódico, potásico, etc.), en ayunas, y las aguas mineralo-medicinales salinas (Cestona, Ribas, Kissinguen, Rubinat, Pullna), etc. Importa advertir, sin embargo, que en el caso que nos ocupa, conviene encariñarse poco con el empleo de los purgantes salinos, porque al suspenderlos determinan un estreñimiento mayor ó porque de continuarlos, se han de forzar gradualmente las dosis.

Segun sean las complicaciones que se produzcan en el curso de la dolencia, se combatirán con los medios apropiados y en consonancia á lo que se expresa en este mismo libro, en los capítulos correspondientes (*oclusion intestinal aguda, enterorragia, perforacion intestinal, etc.*).

Cuando la estrechez radica en el recto, todo lo dicho puede ampliarse con medios de aplicacion directa que tienen por objeto ensanchar el calibre del intestino ; de ahí la introduccion de bujías de diámetros diferentes, de cilindros de *laminaria digitata* y de esponja preparada, de mechas engrasadas, etc. En tales casos, si los medios de dilatacion progresiva son impotentes, indicadas están las sajas longitudinales, con aplicacion sucesiva de medios mecánicos que mantengan separados los labios de las heridas, para impedir una coartacion mayor ; pero, entiéndase, que estos traumatismos están contraindicados si la estenosis es cancerosa, y que en los demás casos, bien que la indicacion es notoria, la intervencion quirúrgica es poco brillante ó cuando menos de resultado

puramente temporal. Recomendada tambien está la electro-lisis.

Este tratamiento que hasta há poco era el clásico, hoy dia, gracias á los modernos adelantos quirúrgicos, se ha ampliado por extraordinario modo. Por lo mismo que la estenosis está constituida por una lesion circunscrita y que hasta cierto punto da lugar á trastornos mecánicos, se comprende que á los cirujanos se les haya sugerido la idea de practicar la laparotomía, poner el asa intestinal al descubierto y librarla por un acto operatorio de la estrechez que la oprime. Desde luego se comprende que una intervencion quirúrgica de esta clase, en tésis general es lógica ; pero tambien se echa de ver que la cuestion es bastante espinosa, para que podamos prescindir de hacer, aunque sea sumariamente, su crítica.

Si se hace un parangon entre los beneficios que pueden reportarse de una grave operacion quirúrgica en el caso de una estenosis (afecto crónico) y el de la oclusion intestinal (afecto agudo), no puede negarse que en el primer caso una operacion ha de ser más practicable y de resultados más positivos que en el segundo. El diagnóstico del sitio y de la naturaleza del mal en la estrechez es mucho más fácil que en la oclusion, y por tanto, desde luego será más conocida la region en donde deberá operarse y las mayores ó menores garantías de éxito ; como la operacion en este caso no es de urgencia, puede elegirse el momento que se crea más oportuno para intervenir ; tampoco es comun que el enfermo se encuentre en aquella situacion afflictiva, de peligro inmediato y con fenómenos de peritonismo, cual ocurre en el *cólico miserere*, y es innegable que todas estas circunstancias de consuno han de influir en la brillantez de la laparotomía.

Pero aun en el supuesto de que tal acto quirúrgico sea hacedero, con una mayor ó menor mutilacion de los intestinos, ni siempre son iguales las garantías de éxito, ni se trata tampoco de cosa tan baladí, que sin una verdadera necesidad

estemos autorizados para realizarlo. Como no somos partidarios de que se ejecuten actos operatorios de gran trascendencia, sin que el estado de los enfermos imperiosamente lo demande, porque la clínica, por lo mismo que es humana, es algo más que un gabinete de experimentaciones, entendemos que, en el caso concreto que nos ocupa, sólo puede admitirse en principio la necesidad de operar, cuando por el curso progresivo de la afección se comprenda que ha de llegar un día en que las lesiones se harán incompatibles con el funcionalismo intestinal, y sobre todo irá llegando este caso cuando menudeen los ataques periódicos de oclusión aguda.

Aceptado este criterio, desde luego consideramos que las estenosis representadas por un carcinoma están fuera ó poco menos de la órbita operatoria, si no se desea que todo quede reducido á una operacion de anfiteatro, como *in anima vili*, temerosos de que, aun practicando la extirpacion total y completa del neoplasma, se hayan ya producido migraciones por las vías linfáticas de células cancerosas capaces de localizar á distancia y en otras vísceras aquel proceso maligno. No así, cuando la estenosis es homóloga (esclerosis, fibroma, pólipo, etc.); cuando se trata de una cicatriz viciosa; de una brida del peritoneo; de un tumor benigno extra-intestinal, etcétera. Tambien debe convenirse en que una enteretomía en los intestinos delgados supondrá una dificultad mayor en la técnica operatoria y una menor seguridad en los resultados; por manera que, invirtiendo los términos, puede aseverarse que las lesiones de los intestinos gruesos son las que mejor autorizan una intervencion quirúrgica, siempre que el proceso no sea maligno (1).

Como son tan diversas las lesiones productoras de la estenosis intestinal se comprende que los actos quirúrgicos lla-

(1) Para un mejor conocimiento de todas estas cuestiones y tambien de la técnica operatoria, consúltese el *Libro de actas del Congreso médico internacional*, celebrado en Barcelona (1888), en donde figura un trabajo notable del cirujano Dr. D. Alvaro Esquerdo, que resume todo lo referente al asunto.

mados á corregirla, no pueden ser siempre los mismos. Así cuando se trate de una estrechez extrínseca bastará atacar la lesion peri-intestinal, sin necesidad de traumatizar el tubo digestivo (cortar una brida, extirpar un tumor, etc.); cuando haya una cicatriz interior que coarte el intestino, bastará abrirlo, seccionar el tejido fibroide y practicar en seguida la enterorrafia; cuando haya una lesion más extensa que interese el grosor de las paredes del tubo, será menester tal vez una reseccion más ó menos amplia del intestino, practicando despues la adaptacion de los dos extremos cortados, suturándolos, manipulacion que exige la mayor destreza por parte del cirujano.

Si la estenosis radica en el cólon, pueden obviarse los peligros siempre anejos á la laparotomía y á los otros actos quirúrgicos que se acaban de expresar, mediante otra operacion, menos arriesgada sin duda, más fácil de practicar, pero de menor brillantez: nos referimos al ano artificial en el sitio de eleccion. La operacion no es difícil, es hasta poco peligrosa, pero condena al enfermo, tal vez por toda su vida, á llevar un aparato protésico que recoja las materias fecales. Inútil es decir que si la lesion reside en el recto, no siendo practicable una enteretomía, deberá abrirse un ano artificial, si los medios dilatantes han sido inútiles.

DISPEPSIAS INTESTINALES.

Es aplicable á este caso el criterio nosológico que hemos establecido á propósito de las dispepsias gástricas y que no repetiremos. Mas ya que por la fuerza de las circunstancias hemos de seguir admitiéndolas, hasta tanto que los futuros progresos de la anatomía patológica permitan reformar la taxonomía de las enfermedades del aparato digestivo, importa que demos del asunto una idea general que resulte aplicable á la cabecera del enfermo.

Desde luego puede afirmarse que si las dispepsias gástricas constituyen un proceso clínico extraordinariamente común, las dispepsias intestinales son poco frecuentes, sobre todo si descontamos, como es de rigor, aquellas dificultades digestivas que por venir ligadas con el catarro de los intestinos no constituyen una dispepsia propiamente dicha. Y es raro que las dispepsias intestinales no abunden más, porque siendo como es de todo punto complejo el funcionalismo químico que se verifica en los intestinos, parece que habría de desordenarse con más facilidad que el del estómago, que es mucho más simple; pero como los hechos al parecer más anómalos tienen su explicación, nosotros la encontramos en que los intestinos se diferencian del estómago por una menor solidaridad con los demás centros orgánicos; el estómago, el corazón y los pulmones constituyen una especie de trinidad indivisible, pero los intestinos, á la par que cumplen actos químicos y de absorción mucho más poderosos que los gástricos, parece que viven una vida más vegetativa y solitaria y no sienten tanto las influencias que arrancan de aquellas otras vísceras.

En los intestinos, lo mismo que en el estómago, se cumplen actos mecánicos representados por la motilidad aneja á su túnica muscular y actos químicos de verdadera digestión. Estos últimos son múltiples y parece que van produciéndose conjuntamente para perseguir un objeto final, que es el de la quilificación; viniendo representados por la acción de la bilis, del jugo pancreático y del que segregan los intestinos; y como á un tiempo se van juntando estos tres factores en el yeyuno y el íleon, resulta de ahí una operación química, por demás compleja, aun descontando que las sustancias albuminóideas llegan también allí peptonizadas, lo propio que las féculas convertidas en glucosa y dextrina por la acción del humor salival. De todos modos, en los intestinos no sólo se completa la digestión de las sustancias albuminóideas y glu-

cósicas, sino que los aceites y las grasas que atravesaron incólumes la boca y el estómago, quedan en aptitud de ser absorbidas, ya por un acto químico de verdadera saponificación, ya por un hecho simplemente físico de emulsión. Es, sin disputa, el humor pancreático el que desarrolla una acción más importante y curiosa, ya que contiene á la vez tres fermentos : uno que transforma el almidón en azúcar, como la tialina ; otro que desdobra las grasas neutras, produciendo glicerina y ácidos grasos, que á la vez se unen á los álcalis intestinales formando jabones ; y un tercero que, con energía igual ó mayor que el jugo gástrico, convierte los albuminóideos en peptonas ó mejor pancreatonas, que más tarde va transformándose á su vez en hemipeptonas, anti-peptonas, etc. En cambio, el papel que la bÍlis desempeña, es muy escaso en el concepto de la digestibilidad, pues sin negar que contribuye á la digestión de los aceites y grasas y hasta tal vez al de las féculas, de todos modos resulta más manifiesta su actividad sobre los epitelios de la mucosa intestinal para ponerlos en aptitud de absorber, y sobre la masa total de las sustancias alimenticias para lubricarlas y facilitar su descenso á lo largo del tubo digestivo. Respecto del humor intestinal, aunque de propiedades un tanto oscuras, parece, sin embargo, que desarrolla, aunque con menos potencia, una triple actividad comparable á la del humor pancreático.

Todos estos actos, así los de orden químico como los mecánicos, se ponen periódicamente en acción así que llegan á los intestinos las sustancias ingeridas, lo cual ocurre cinco ó seis horas, como promedio, después de haber comido, y vienen regulados por los fenómenos circulatorios, de inervación, que son indispensables en las grandes funciones orgánicas.

Parece que sobre este apunte de fisiología normal que acabamos de hacer, podría fundarse una clasificación de las dispepsias intestinales, análoga á la que hemos admitido respecto de parecidos procesos gástricos ; mas, por lo mismo que pro-

curamos inspirarnos siempre en lo que da de sí la experiencia clínica, hemos de admitir en la dispepsia intestinal una mayor limitacion de formas, si queremos ajustarnos á la realidad de los hechos. Al fin, se nos figura que todós los casos de dispepsia intestinal que pueden ofrecerse, se encierran en dos formas principales : una con estreñimiento de vientre y otra con diarrea. Claro es que ambas serían susceptibles de una subdivision, segun el factor intestinal que produzca el estreñimiento ó la diarrea ; pero como en el estado fisiológico se aunan todas las actividades entéricas para dar una resultante final, del propio modo, en el terreno de la patología, hacer un deslinde de términos, es hoy punto menos que imposible.

Etiología.—La série de consideraciones expuestas á propósito de las dispepsias gástricas, pueden hacerse buenas en este instante, holgando, por consiguiente, su repeticion. Con todo, á modo de complemento, puede añadirse que las dispepsias intestinales son más frecuentes en los niños y en los jóvenes que en la edad adulta ; pero en la senectud vuelven á ofrecerse, y, por punto general, subordinadas á la paresia de los planos musculares de los intestinos. Importa tambien que conste que en más de un caso se da una, aunque tardía relacion, entre las dispepsias de los intestinos y la tuberculosis pulmonar, sea que la perturbacion digestiva por sí sola produzca una miseria orgánica capaz de facilitar la germinacion bacilar en el aparato respiratorio, sea que ya desde el principio se trató de una tuberculizacion intestinal que despues fué progresivamente infectando todo el organismo.

En la etiología de las dispepsias intestinales con frecuencia figuran los afectos patológicos, por desgracia no siempre reconocibles, del hígado y del páncreas, ya que sus jugos desempeñan un papel de tanta importancia en la digestion.

Sintomatología.— El síndrome de las dispepsias intestinales, lo mismo que el de las gástricas, es periódico y aparece

y desaparece á compás del trabajo digestivo, que está igualmente interrumpido por períodos de descanso. Se trata de una relacion íntima é indisoluble entre la quilificacion y los síntomas que ésta desarrolla ; así los fenómenos dispépticos no se producen hasta tanto que los materiales alimenticios llegan á los intestinos, y cesan paralelamente al avance ó á la cesacion de la funcion digestiva : si la cantidad y la calidad de los alimentos ingeridos han de obligar á los intestinos á un trabajo representado por dos ó por cuatro, los sufrimientos dispépticos tambien guardarán una relacion representada por las mismas cifras ; si el dispéptico hace una comida al dia, se desarrollará una sola sesion dispéptica ; si el enfermo se condena á la vacuidad, no se desarrollará fenómeno alguno en el período de la abstinencia, y así de los demás casos.

El síndrome del dispéptico intestinal, en la mayoría de los casos, es nocturno, porque es de noche cuando llegan á reunirse (dada la irregularidad de horas en que muchos se sientan á la mesa) los alimentos ingeridos en la comida y en la cena ; no obstante, á veces, á la caida de la tarde, se despiertan ya sufrimientos correspondientes á la digestion de los manjares tomados al mediodía, y despues, ya muy entrada la noche ó hácia la madrugada, vuelven á arreciar.

Así como en el estado fisiológico el hombre no tiene conciencia alguna de las funciones digestivas que están cumpliendo los intestinos, en el caso patológico que nos ocupa, al contrario, el enfermo conoce perfectamente cuando entran en actividad. El trabajo gástrico puede ser perfecto, así hay dispépticos de los intestinos que comen con regular y hasta excelente apetito ; hacen bien la primera digestion, sin plenitud gástrica, sin eructos, sin náuseas, sin ninguna irradiacion cefálica, cardíaca, ni de ninguna otra clase, y así transcurren cuatro, cinco, ó seis horas de normalidad perfecta ; pero así que los alimentos se depositan en los intesti-

nos delgados y su presencia solicita la contractilidad de sus paredes y la secrecion de los jugos, incluso el pancreático y el biliar, es entonces cuando el enfermo comienza á sentir tirantez abdominal, borborigmos y hasta cólicos en los alrededores de la region abdominal ó á más distancia, cambiando de sitio los sufrimientos, como que están en parte subordinados al movimiento vermicular de las asas intestinales. Junto con ésto se van desarrollando gases, cuya presencia contribuye á que la cavidad se dilate y que resuene á la percusion, á que se aviven los borborigmos y á que se exhalen por el recto flatulencias de ordinario fétidas.

Los enfermos, durante ese período dispéptico, están de mal humor y poco aptos para ningun trabajo, se aflojan las vestiduras y suelen pasarse instintivamente las manos por el vientre, como haciendo un rudimentario masaje. Si es de noche, el sueño pierde la tranquilidad que antes tenía, los pacientes se mueven y dan vueltas en la cama en busca de otros decúbitos, algunos hasta se quejan ó rechinan los dientes ó musitan sin despertar, pero otros interrumpen el sueño y quedan despiertos, experimentando las dichas molestias, hasta que al cabo de una ó dos horas, muy avanzada la labor digestiva, vuelven á conciliarlo y se duermen profundamente. Despues, unos amanecen como si tal cosa y se entregan á sus ocupaciones ordinarias, hasta que á la hora de costumbre, vuelven los fenómenos á reproducirse ; pero otros, al levantarse, acusan boca pastosa, y se sienten quebrantados y molidos en las primeras horas del dia, mal humor y decaidos, pero despues se animan y no sienten novedad hasta la caida de la tarde ó hasta la noche.

En las dispepsias intestinales más domina la soltura de vientre que el estreñimiento. Algunos enfermos, durante el cuadro descrito, sienten necesidad de mover el vientre, y despues de deponer, se tranquilizan ; otros no evacuan hasta algunas horas más tarde, logrando dormir, si es de noche,

un plazo despues de las fatigas referidas : como quiera que sea, los materiales depuestos varían segun la antigüedad y violencia de las dispepsias ; así unos ofrecen deyecciones excrementicias poco configuradas, otros materiales alimenticios á medio digerir, y algunos verdadera diarrea mucosa ó biliosa, mas en todo caso las evacuaciones son fétidas. Esas deposiciones suelen ser en poco número, y por regla general matutinas, por manera que exonerado ya el tubo digestivo, no se solicita nuevo movimiento hasta el otro dia.

Segun queda dicho, el estreñimiento es excepcional, con todo, se le observa algunas veces, y los enfermos deponen trabajosamente cada dos, tres ó más dias materias fecales duras y muchas veces caprinas ó en forma de cíbalas.

Curso y terminaciones. — Las mismas variantes observadas en las dispepsias gástricas, se verifican en las intestinales. Así, á veces hay un largo período de dispepsia que puede durar consecutivamente meses y años, hasta que en virtud del tratamiento ó de la desaparicion de las causas ó de las simples modificaciones orgánicas que imprime la edad, van regularizándose las digestiones de los intestinos ; en otros casos se sostiene el mal interin el enfermo vive en un país cálido ó mientras siente el rigor del verano ; y en determinadas circunstancias sólo se produce la dispepsia cuando el enfermo comete transgresiones de régimen, ó cuando abusa de determinadas sustancias alimenticias, etc., etc. ; de todas maneras, por punto general el curso de las dispepsias intestinales viene subordinado á la índole especial de las causas.

Aunque estas dispepsias no propenden tanto como las del estómago á desarrollar replegismos lejanos, en cambio cuando adquieren carta de residencia en un organismo, ofrecen más resonancia que las del estómago sobre el proceso de nutricion, por la razon sencilla de que las digestiones múltiples que tienen lugar en el yeyuno y el íleon son en gran parte

complementarias de las del estómago, y se necesitan para llevar á término la formación del quilo ; además los intestinos constituyen la gran vía de absorcion, y así se comprende la trascendencia que sobre los actos nutritivos han de tener estas perturbaciones de la digestion. Todo esto da la clave de ese enflaquecimiento cada vez más graduado que subsigue á las dispepsias de los intestinos, particularmente cuando se producen diarreas, al paso que menudean los dispépticos gástricos que lucen una buena nutricion, á pesar de lo laboriosa que es la peptonizacion de las sustancias albuminoideas.

Las dispepsias intestinales, cuando son genuinas y no vienen enmascarando un catarro ú otra afeccion de más cuantía del tubo digestivo, de ordinario ceden y terminan favorablemente, aunque con más ó menos tendencia á la recidiva ; pero otras veces su misma continuidad, en fuerza de quebrantar la absorcion del quilo y de desnutrir el organismo, facilitan el desarrollo de otros procesos al parecer muy distintos de una dispepsia ; así se observa, v. gr., que la pura presencia en los intestinos de unos alimentos mal elaborados, basta para acarrear á la larga un catarro entérico, tal vez incurable, ó que la dispepsia intestinal abre la puerta á una erupcion tuberculosa de los pulmones ó de otras vísceras.

Diagnóstico. — El conocimiento de las dispepsias intestinales se funda en el hecho sencillísimo de que por parte de los intestinos no se determinan otros hechos que los de la dificultad digestiva, por lo cual sólo se descubren los síntomas durante los momentos de la digestion y no antes ni despues : fuera de los desórdenes dispépticos, todo lo demás es negativo. De esta suerte distinguiremos la dispepsia del catarro de los intestinos ; enfermedad muy afine, pero que no sólo perturba las digestiones, sino que despliega un síndrome de marcha continúa y que puede ofrecerse aunque e

enfermo se abstenga de tomar alimento : en el catarro se descubrirán en la lengua los indicios de la saburra, habrá deposiciones y borborigmos sin hora determinada, la marcha es continua, etc. Si un dia en realidad la dispepsia ha determinado un catarro consecutivo, entonces bien se comprende que el diagnóstico diferencial no tendrá razon de ser.

No es, pues, difícil conocer que la dispepsia intestinal existe; pero tal juicio resultaría incompleto si no se avanzara más en el sentido de averiguar por cuál mecanismo la dispepsia se sostiene : se trata de saber si depende de una transgresion en el régimen alimenticio, ó de abusos venéreos, ó de una enfermedad del hígado, ó del páncreas, ó de cualquiera otra de las causas productoras de dispepsia. Sin esto no podría establecerse despues un tratamiento racional.

Pronóstico.—No puede formularse un concepto aplicable á todos los casos, pues son muy variadas las circunstancias que hacen que una dispepsia intestinal sea un hecho transitorio en la vida del hombre, ó que sea más refractario ó hasta permanente, ocasionando la aparicion de otros procesos. Desde luego importa, para pronosticar, tener en cuenta la índole y rebeldía de la causa productora, porque muchas veces basta substraer al enfermo al influjo de determinados agentes etiológicos, para que la dispepsia quede vencida; tambien hay que conceder gran valor pronóstico á la antigüedad del mal y á la rebeldía que haya opuesto al plan curativo, lo propio que á las condiciones de resistencia del sujeto, y sobre todo al grado de desnutricion que se vaya determinando; y como quiera que las dispepsias que producen estreñimiento de vientre no desquician tanto al organismo como las de condicion contraria, es por esto que cuando en la dispepsia de los intestinos la diarrea es el hecho de mayor significacion, acentuaremos bastante el pronóstico.

Tratamiento.—No hay necesidad de que nos repitamos entrando en la serie de consideraciones que quedan expues-

tas á propósito de las dispepsias gástricas, por más que tengan justa aplicacion al caso que nos ocupa ; pero de todos modos importa recordar que es de necesidad absoluta remover, siempre que sea posible, la causa productora, por manera que la indicacion causal es la primera que debe cumplirse.

Mas la dispepsia intestinal, considerada en sí misma, requiere un plan, así de orden dietético como farmacológico.

Por lo que respecta al primero, es menester que el enfermo aleje lo bastante una comida de otra, para dar tiempo á que se desocupen los intestinos delgados é impedir que se acumule masa alimenticia nueva, mientras no quede digerida y en gran parte absorbida la que se depositó anteriormente. Por esta razon será útil que el dispéptico haga no más que dos comidas fuertes y que, aun de éstas, sea la segunda menos succulenta que la primera. Conviene al propio tiempo que cuide mucho la digestion gástrica, para que así la faena intestinal pueda ser más expedita: tan cierto es esto, que muchas veces la dispepsia intestinal no reconoce otro origen que una digestion gástrica mal cumplimentada.

Los alimentos que mejor sientan á los que padecen una dispepsia intestinal son las carnes tiernas asadas, los sesos, el pescado frito y los huevos pasados por agua, mejor que en tortilla, estrellados ó revueltos. El pan, sobre todo la miga tierna, debe comerse con mucha moderacion, lo propio que las demás sustancias feculentas: sin embargo, pueden permitirse los purés, las sopas muy cocidas y claras, y las patatas hervidas, siempre que se usen en discreta cantidad. La mayor parte de las leguminosas son mal toleradas, como tambien las grasas y los aceites, y no hay que hablar de las frutas, de los vegetales que dejan gran residuo leñoso, y de los objetos de pastelería que llevan en sí escasas propiedades nutritivas y en cambio mucha indigestibilidad.

Con todo, respecto de este particular interesa una distincion. Si la dispepsia intestinal, lejos de producir diarrea, reviste, por el contrario, una forma seca, deben modificarse los preceptos bromatológicos establecidos y se aconsejará que figuren en la mesa de los enfermos algunas frutas, sobre todo las uvas en buena sazon y mondadas, las peras y las ciruelas, á la par que algunos vegetales cocidos, como la col y la acelga.

Si los dispépticos tienen diarrea, procurarán beber poca agua y sólo durante las comidas, si la sed no les acosa; pero si su característica es el estreñimiento de vientre, se esforzarán en beber, y hasta será útil que tomen en ayunas un vaso de agua. A unos y á otros se les permitirá el vino tinto ó la cerveza, y despues de comer, alguna infusion estimulante como el café, el té, la manzanilla, etc. Tambien hay enfermos que sienten los beneficios de tomar despues de las comidas el vermouthe, la chartreuse ú otro licor parecido.

Las demás reglas dietéticas apuntadas á propósito de las dispepsias gástricas, tambien se tendrán aquí como muy presentes, incluso las prácticas de mesoterapia, sólo que las manipulaciones deberán ejecutarse á primera hora de la mañana ó á la caida de la tarde, para alejarse de la digestion gástrica.

En la dispepsia intestinal, de cualquier forma que sea, están indicados los fermentos que puedan facilitar la digestion de las sustancias alimenticias que en definitiva van á parar á los intestinos. Visto el principal papel desempeñado por el humor pancreático, se comprenden todos los beneficios que ha de reportar la administracion de la pancreatina (50 centígramos á un gramo en cada comida), pero en los casos rebeldes no está demás reforzarla, administrando al propio tiempo la malthina ó la diastasa, para la digestion de las féculas, y la pepsina para la de los albuminóideos; sólo que si estos agentes recetados por separado solemos darlos

tambien á aquella dosis, cuando se prescriben juntos, como se refuerzan mutuamente, basta dosificarlos en la proporción de 30 á 40 centigramos en cada comida. La serie de vinos y elixires que la moderna farmacia prepara á base de los tres ó cuatro fermentos citados, se pueden emplear cumpliendo una indicación muy racional.

Las sustancias amargas pueden tambien maridarse con aquellos fermentos y contribuyen á despertar la acción digestiva de todo el tubo intestinal; á este propósito pueden recomendarse los polvos, tinturas, extractos, macerados y decocciones de cuasia, colombo, chirreta, genciana, etc. La cuasina, por tanto, estará tambien indicada.

Las aguas minero-medicinales acidulo-ferruginosas y las ferruginoso-alcálinas son tambien útiles por regla general, y los manantiales quedan ya indicados en el capítulo de las *dispepsias gástricas*.

Pero este tratamiento comun á todas las dispepsias de los intestinos, debe ampliarse con algunos medicamentos, que varían un tanto segun los enfermos ofrezcan estreñimiento de vientre ó diarrea. En el primer caso se puede sacar gran partido de la nuez vómica, de la brucina y de la estricnina administradas (á un centígramo la primera y un milígramo las dos últimas) á las horas de comer, en sustitución de los amargos referidos. La belladona sola ó con el extracto de ruibarbo, en ayunas, facilita el movimiento intestinal, y si no es suficiente, puede emplearse el podofilino, la cáscara sagrada ó el áloes, preferentemente á los purgantes salinos.

Cuando la dispepsia determina diarreas, al contrario, conviene adormecer la viveza de los movimientos peristálticos, y en este caso el ópio constituye el soberano remedio, pudiendo administrarse en cualquiera de sus formas farmacológicas, ya cuando el dispéptico se sienta á la mesa, ya antes de acostarse para que el sueño sea más tranquilo y los intestinos se aquieten hácia la madrugada, que es cuando de

preferencia se produce la diarrea. Igualmente en estos casos es de utilidad el empleo del fosfato básico de cal, de la creta preparada y del fosfato ó subnitrito de bismuto : sustancias que conviene emplearlas á las horas de comer, comenzando por dosis relativamente cortas (40, 60 centigramos) pero que iremos elevando, si no determinan los efectos que nos proponemos.

Como se trata de una enfermedad crónica, hemos de procurar simplificar la medicacion para que el enfermo no se vea agobiado todo el dia ingiriendo medicamentos, así es que, por nuestra parte, nos reducimos á propinar los fármacos un momento antes de las principales comidas, dando á la vez el que creamos más útil unido al ópio y á alguna de las sustancias amargas y térreas que hemos indicado.

Por último, en las dispepsias intestinales, como en las gástricas, la hidroterapia fria produce grandes beneficios.

ENTERALGIA. — CÓLICO INTESTINAL.

El estado de irritabilidad dolorosa de los filetes nerviosos del intestino, sin fiebre ni lesion orgánica visceral de ninguna clase, recibe el nombre de enteralgia.

Etiología.—En la patogenia de tal dolencia debe admitirse como principal elemento un peculiar estado del sistema nervioso, derivado casi siempre de la anemia y de la depaupercion orgánica, que determina su aparicion al influjo de causas insignificantes á veces ; del propio modo que la de otros afectos dolorosos de idéntico carácter y naturaleza en otras importantes regiones del organismo.

La irritabilidad de los nervios sensitivos del intestino se exagera con frecuencia en las histéricas y en los hipocondríacos ; por acto reflejo se manifiesta como consecuencia de los cortes de transpiracion determinados por las bruscas oscilaciones termo-higrométricas (cólico telúrico) ; figura como

manifestacion expresiva de ciertas infecciones (paludismo), de varias intoxicaciones (plúmbica, cúprica) y de algunas caquexias (sífilis); se exalta al contacto sobre la mucosa intestinal de materiales mal digeridos (cólico de los niños), del acúmulo de gases (cólico flatulento) ó de materias fecales retenidas y endurecidas (cólico estercoráceo) y de los parásitos (cólico verminoso); y acompaña, en calidad de fenómeno simpático, á ciertos desarreglos de la menstruacion, como es el precursor, á veces, de la aparicion de los flujos hemorroidales y tambien la avanzada ó el acompañante de algunas enfermedades de la médula y del aneurisma abdominal. Los cólicos que subsiguen á la administracion de ciertos purgantes drásticos, á la ingestion de frutas no bien sazonadas, de alimentos excesivamente condimentados, etc., no merecen figurar al lado de los anteriores, y con Nièmyer los atribuimos á un proceso de inflamacion transitorio más bien que á un afecto nervioso.

Sintomatología.—El acceso neurálgico va precedido de malestar abdominal, de náuseas, de ventosidades y de eructaciones, si es que no estalla de un modo brusco y repentino, revelándose desde el primer instante con toda su intensidad. El dolor arranca del ombligo y se extiende hácia el hipogastrio, presentando las exacerbaciones y las calmas que caracterizan á todo dolor neurálgico: laméntase el enfermo de que se le retuercen las tripas, de que se las dislaceran y pellizcan con tenazas; quójase de que un cinturón de hierro oprime su vientre, y para conseguir algun alivio á sus atroces sufrimientos fuerza el decúbito dorsal hasta doblarse, se pone boca abajo si está acostado y comprime fuertemente con ambos puños las paredes abdominales. Obsérvase en éstas una gran tension en unos casos; en otros se presentan retraidas en forma de cazuela, y en contadas ocasiones se presentan notablemente abultadas y distendidas por el meteorismo. La palpacion ámplia y suave y la presion abdominal alivian casi

siempre el dolor; sólo lo exageran en ciertos casos en que existe notable hiperestesia del tegumento abdominal (cólico histérico). La intensidad del dolor no tarda en afectar seriamente el estado general: palidece el enfermo, descompónense las facciones, enfríanse las extremidades, baña un sudor copioso y frío el tegumento cutáneo, apágase la voz, deprímese el pulso y se hace lento é irregular, cuando no sobrevienen fuertes palpitaciones cardíacas; la respiracion se perturba y se hace dificultosa; segregan los riñones grandes cantidades de orina decolorada (nerviosa); sobrevienen vómitos que alivian momentáneamente el dolor, y evacuaciones intestinales de gases y de materiales sólidos, con cuya expulsion se hace más duradera la calma y coincide en algunos casos la terminacion del acceso.

La duracion del mismo es variable: algunas veces cesa por completo al cabo de media hora, en otras se prolonga una hora ó más, y se dan casos en que los accesos, con sus remisiones correspondientes, se suceden durante varios dias.

El cólico telúrico caracterízase por su violencia, por su duracion, que es mucha, y por el recuerdo de un corte de transpiracion, de un prévio enfriamiento, de una mojadura de piés, por ejemplo. El cólico palúdico se marca por la presentacion de los accesos en horas regulares, revistiendo una forma típica, y por los antecedentes del sujeto y de la localidad donde habita. La enteralgia saturnina viene tambien caracterizada por la nocion etiológica, por la violencia y la continuidad de los dolores paroxísticos, cuyas irradiaciones alcanzan al ano y al testículo, determinando su retraccion, y la depresion exagerada de las paredes abdominales; va siempre precedido de un estado saburral y bilioso, se acompaña de una tenaz constipacion de vientre y los excrementos expelidos con grande esfuerzo son caprinos. La enteralgia sifilítica determina sus accesos durante la noche; las horas del dia lo son de reposo para el paciente. En los accesos de cólico

flatulento predominan la dureza y el abultamiento timpánico del abdomen, y suele terminar con la ruidosa expulsion de gases por la boca y por el ano. Nótase en el cólico estercoráceo la dureza de una zona abdominal determinada (por lo comun, al nivel del ciego, del cólon ascendente ó de la flexion sigmóidea) y que la presion de la misma es dolorosa, etc., etc.

Diagnóstico. — La absoluta ausencia de fiebre, el alivio que, por lo regular, determina la presion de las paredes abdominales y la ingestion de alimentos (presion interna de Romberg), y la rapidez con que termina el aparatoso síndrome descrito, sin dejar huellas duraderas en el estado general del paciente, permiten distinguir la enteralgia de todas las enfermedades inflamatorias abdominales (enteritis, peritonitis) y de otros procesos de mayor duracion, degenerativos ó de otra índole (cáncer, vólculo, intoxicaciones). Posible es, hasta cierto punto, confundirla con la gastralgia, con el cólico hepático y con el nefrítico; empero, el sitio del dolor y el alivio que producen las evacuaciones intestinales, permiten distinguirla de la primera; diferéncianla del segundo el agudo dolor que la presion determina al nivel del borde hepático (region de la vesícula biliar) y la aparicion de ictericia al terminar el acceso, á parte de que son muy distintas las condiciones generales de las personas sujetas á los citados padecimientos; por último, distínguenla del tercero, los caracteres del dolor, sus irradiaciones hácia el testículo, la falta de excavacion de las paredes abdominales y á veces la estranguria y sanguinolencia de las orinas. De todas maneras, cuando se observan enteralgias rebeldes á todo tratamiento, debemos sospechar que sean sintomáticas de afectos muy profundos, v. gr., mielitis crónicas, tumores abdominales, aneurismas de la aorta, etc.

Pronóstico. — No hay que acentuarlo mucho en esta enfermedad, pues aún cuando muy dolorosa y sujeta á recidivas, es casi siempre curable. El cólico telúrico, por sus relaciones

tal vez con el reumatismo, siendo el más violento, resulta ser ~~poco~~ temible. Hace años vimos en el Hospital de Santa Cruz á un joven francés que había intentado suicidarse disparándose un revolver en la boca, para acabar los atroces sufrimientos de una enteralgia *a frigore*: fué sometido, por el Dr. Torent, á una medicacion apropiada y á los pocos dias abandonaba el asilo, curado de su neuralgia y de la herida que se infiriera en la bóveda palatina, que se cerró sin que pudiera ser extraida la bala.

Tratamiento. — A menudo, para combatir la enteralgia hay necesidad de abstraer al enfermo á la influencia de las causas que están produciendo y fomentando las crisis dolorosas, pero á más de esta indicacion verdaderamente patogénica, la neuralgia, en sí, reclama el empleo de medios directos que con seguridad y rapidez puedan calmar el dolor. Una vez sosegado el enfermo se le somete al tratamiento causal.

Conocidos son los medios de corregir la anemia, de dominar el histerismo y la hipocondría; fácil es impedir los enfriamientos; armas tenemos para prevenir las manifestaciones del paludismo (quinina, arsénico, eucaliptus) y limitar las intoxicaciones plúmbicas (alumbre, sulfato de magnesia, sustitucion de las sales de plomo por las de zinc); vulgares son las reglas del tratamiento anti-sifilítico (mercurio, ioduro potásico), y más vulgares aún las del régimen bromatológico que conviene á los niños y á los adultos, para evitar los desarreglos gastro-intestinales y oponerse á la acumulacion de materiales en el intestino (dieta apropiada, laxantes, alcalinos, carminativos), etc.; pero todos estos medios podrán acaso prevenir é impedir la repeticion de los accesos neurálgicos, pero no bastan para dominarlos.

En este concepto, el medicamento más eficaz es el ópio y sus alcaloides, solo que para la mayor ó menor valentía en la dosificacion y hasta en la eleccion del preparado, tendre-

mos en cuenta la diferente violencia con que pueda manifestarse el acceso doloroso y tambien, como es de rigor, la condicion individual del sujeto ; pues sobre esto último ya es clásico que en los niños y en los viejos la medicacion narcótica, ha de usarse con grandísima discrecion. Como quiera que sea, la enteralgia, mientras el dolor se sostiene, permite el empleo de dosis relativamente altas, pero así que remite debemos apresurarnos á disminuirlas y hasta suspenderlas, para impedir los efectos de una acumulacion.

El ópio en todas sus formas (extracto, tintura, vino, jarabe, etc.), y sus principales alcaloides (codeina y morfina) pueden emplearse concediendo la primacía *si el dolor es muy violento* á las inyecciones de 1 centígramo de clorhidrato de morfina.

En segundo lugar, figuran las narcóticos periféricos y sus respectivos alcaloides (belladona, beleño, estramonio, atropina, hiosciamina, daturina). No pueden rivalizar con los narcóticos estupefacientes ; y, sobre todo, sus alcaloides no se prestan nunca sin inconvenientes á la prodigalidad, de ahí que en términos generales, siempre que se considere indicado un narcótico periférico, daremos la preferencia á la sustancia madre y no á su alcaloide. Preferiremos la belladona al ópio, á pesar de su menor actividad calmante, cuando por el género de causa que ha obrado (indigestion) ó por el estreñimiento habitual del enfermo, creemos de necesidad lograr alguna deposicion. A veces, aunque parezca un contrasentido terapéutico, se logran grandes ventajas en el tratamiento de la enteralgia de los inyecciones hipodérmicas asociadas de morfina (1 centígramo) y de atropina ($\frac{1}{2}$ ó $\frac{1}{3}$ de milígramo).

Tambien son convenientes para calmar el dolor intestinal los enemas carminativos (manzanilla, tila, cilantro, etc.), y el uso de una serie de tópicos calmantes unos y estimulantes otros de la contractilidad intestinal (alcoholes aromáticos,

cloroformo, éter acético, aceite volátil de trementina, sulfuro de carbono, láudano, aceite de beleño, extracto de belladona, alcanfor, etc.).

ENTEROPTOSIS.— ENFERMEDAD DE GLÉNARD (1).

Aunque la *enteroptosis*, según su etimología, significa *caída*, *dislocación*, *ectopia* de un intestino, no vamos á referirnos con tal designación á ese proceso tan vulgar y conocido de todos con el nombre de prolapso del recto, sino á una enfermedad descrita recientemente por Glénard y que importa conocer, porque dá la explicación de una serie de hechos clínicos, que hasta ahora habían sido interpretados de muy diversas maneras.

Con frecuencia los médicos son consultados por unos enfermos que se ven aquejados por una serie de fenómenos subjetivos y objetivos á un tiempo, pero por lo comun tan inconexos, que no permiten con facilidad su agrupación y, aun menos, ser clasificados en un cuadro nosológico bien determinado. Dicen sentir, v. gr., una especie de fatiga ó decadencia general interna, mal definida; insomnio, cefalalgia, vértigos, desvanecimiento, zumbido de oídos, poca aptitud para el trabajo, tristeza ó irascibilidad de carácter; tendencia á las neuralgias; desórdenes del aparato digestivo, unas veces con dispepsia gastro-intestinal simple, otras veces con vómitos, diarreas ó estreñimientos de vientre; con opresiones de pecho después de comer, palpitaciones, etc.; en una palabra, un conjunto de modificaciones, ya del aparato digestivo, ya del circulatorio, ya de los centros de inervación, y que según sean las impresiones que su relato solicita en la mente del clínico, pueden referirse á entidades morbosas las más diferentes. Quién lo atribuye todo á una dispepsia vertiginosa, á

(1) Véase el *Estudio clínico sobre la enteroptosis*, por Guilleret, interno de los Hospitales de Lyon.

una dilatacion de estómago ó á un catarro gastro-intestinal; quién lo subordina á una de tantas formas de la hipocondría; quién lo incluye en ese complexus clínico conocido con el nombre de neuro-astenia; y hasta no faltará quien considere que todo lo referido podría ser el preludio de una ataxia locomotriz progresiva ó la expresion, si cabe, de la presencia de una tenia ó de un botriocéfalo anidado en el aparato digestivo, como tambien la consecuencia de un riñon movible. Nadie negará que cualquiera de estos procesos puede caracterizarse por un síndrome parecido ó igual al que sumariamente hemos apuntado; pero de todas maneras, Glénard, despues de una serie de hipótesis, que más tarde él mismo ha comprobado, y despues de hacer una vigorosa crítica del fenomenalismo propio de la *neuro-astenia* de Beard y de Arndt, de la *dilatacion gástrica* de Bouchard, del *riñon móvil* y de cuantos otros procesos guardan cierta relacion con el asunto, ha llegado á concluir que basta la *enteroptosis*, como enfermedad primitiva, para dar la explicacion de un conjunto de hechos, así de la esfera de la subjetividad, como de orden puramente físico. Mas, como quiera que en la época actual positivista nos curamos poco de las afirmaciones de los hombres, si no vienen afianzadas en hechos positivos, faltaba que Glénard precisase el *substractum* anatómico, para hacer buena su tesis, y lo ha encontrado en la *esplagnoscopia de los órganos digestivos*: esta inspeccion ha permitido demostrarle la verdad de un *prolapso primitivo del intestino*, que radica de preferencia en el ángulo derecho del cólon. Así nos encontramos en presencia de una entidad morbosa especial, de una enfermedad bien determinada, con síntomas subjetivos y objetivos de bastante fijeza y con una determinada etiología: en una palabra, con todas las condiciones que pueden exigirse en los estudios nosográficos.

Buscando las causas que puedan dar origen al prolapso del cólon transversal y de su ángulo derecho, no es difícil encon-

trar alguna de los siguientes : traumatismos, esfuerzos musculares repetidos ó accidentales, caídas, mecanismo del parto, inversion de la matriz (como causas de enteroptosis primitiva); y dispepsias antiguas, dilataciones del estómago, tífus dotinentérico, tiflitis y peritiflitis, peritonitis agudas ó crónicas circunscritas, tumores abdominales, riñon movable, hernias internas, invaginaciones del cólon con adherencias consecutivas (como causas de enteroptosis deuteropática): todo esto es tan racional y justo, que huelga la demostracion del mecanismo por el cual pueda producirse á su favor el prolapso del intestino.

El síndrome de la enteroptosis es divisible en tres grupos de factores : *desórdenes funcionales del aparato digestivo; desórdenes*, por reflejismo, *del aparato de la inervacion; y fenómenos físicos abdominales*, reconocibles por la inspeccion directa. Su aparicion, aunque lenta y gradual, puede ser simultánea, pero de ordinario se hacen al principio más manifiestos los dos primeros grupos que el tercero.

Los desórdenes del tubo digestivo consisten por lo comun en inapetencia, flatulencias, dolores abdominales despues de las comidas, sobre todo si el enfermo está de pié; intolerancia por alimentos determinados, variables en cada caso, pero es la leche por punto general la sustancia peor recibida; náuseas y á veces vómitos, constipacion ó diarrea. Tambien á semejanza de lo que ocurre en las dispepsias, pueden solicitarse durante el trabajo de digestion, palpitations cardíacas, opresion de pecho, tos gástrica, etc.

Los trastornos de la inervacion suelen ser éstos : cefaleas, jaquecas, neuralgias del trigémino ó de otros pares cerebrales ó espinales, vértigos en todas sus formas, en algun caso agarofobia, zumbido de oidos, más tendencia al insomnio que al sueño tranquilo ó á la somnolencia, particularmente en la madrugada, hipocondría con todas sus características variantes, mal humor, cambios de carácter y poca inclinacion al

trabajo, sobre todo mental, sensacion interna de impotencia muscular, que conduce al enfermo á permanecer recluso en casa, percepcion intraabdominal de sensaciones vagas de tirantez, de ardor, de debilidad, de desmayo ú otras.

Para la apreciacion de los signos físicos abdominales es necesaria la palpacion del vientre, sujetándose á ciertas reglas de conducta. Glénard la designa con el nombre de *palpacion nefroléptica*, porque es precisamente la que sirve para inspeccionar el riñon movable, y hé aquí cómo la practica, dividiéndola en tres tiempos : 1.º Con la mano izquierda se hace presa de todas las partes blandas del abdomen situadas por debajo de las costillas falsas derechas (para la inspeccion del ángulo derecho del colon y viceversa para el izquierdo), aplicando el pulgar delante y los cuatro dedos restantes detrás, ó sea hácia los lomos. Al propio tiempo se aplica con fuerza el borde cubital de la otra mano sobre la línea alba, al nivel de la region umbilical ; de esta manera queda como inmovilizado el hipocondrio derecho. Entonces se invita al enfermo á que haga una ó mas inspiraciones profundas, y si hay completa normalidad, los dedos no sienten descender cuerpo alguno ; pero en el caso contrario (ptosis), se van conduciendo por tanteo los dedos hácia el reborde costal, durante las inspiraciones, para apreciar bien el trayecto de la ptosis. 2.º Se procura luego aprisionar la ptosis entre el dedo medio y el pulgar izquierdos, para lo cual, cuando el cuerpo prolapsado ha parecido alcanzar el límite inferior de sus excursiones, se aumenta bruscamente la constriccion ejercida con los dedos al través de las paredes abdominales, al propio tiempo que la mano derecha, siempre aplicada en el sitio indicado, no le deja desviar á la izquierda de la línea alba. Y 3.º hecho esto, para poder apreciar los diferentes caracteres de sitio, forma, volumen, consistencia, sensibilidad y demás condiciones de la ptosis, conviene dejarla dislocar

arriba y abajo diferentes veces, para que el pulgar izquierdo reciba las necesarias impresiones táctiles.

Manipulando de esta manera, con frecuencia, dado un caso de prolapso del ángulo derecho del cólon, se encuentra el riñon movable, porque la nefroptosis y la enteroptosis son dos procesos que suelen ir juntos; por manera que si en un enfermo con los síntomas dispépticos y neuróticos ya indicados se reconoce la movilidad del riñon, puede deducirse que tiene á la vez dislocado ó caído aquel intestino. Pero si la enteroptosis no va acompañada de nefroptosis, entonces la mano puede percibir la sensacion de una cuerda extendida al nivel del cólon ascendente y del transverso. Al propio tiempo si el enfermo, como es comun, experimenta malestar en el vientre cuando está de pié, se le puede producir un alivio aplicando las manos en ambas fosas ilíacas y empujando los intestinos hácia arriba, al objeto de levantar el cólon prolapsado. Tambien es frecuente apreciar, haciendo la inspeccion manual del estómago, que la enteroptosis va acompañada de gastroptosis, porque por el intermedio del ligamento colico-pilórico la dislocacion del cólon arrastra hácia abajo el estómago, produciendo á su vez esa deformacion de su cavidad que se conoce con el nombre de *estómago bilocado*: así se explica la frecuencia con que la enteroptosis va acompañada de vómitos.

Marcha y terminaciones. — El prolapso del cólon es una enfermedad de curso lentísimo y que puede permitir la vida largos años, con las molestias que son consiguientes; pero á la larga el enfermo se va extenuando, como resultado natural de los desórdenes digestivos, particularmente del vómito, y tambien de las perturbaciones nerviosas, sobre todo si toman cuerpo el insomnio y la hipocondría.

Diagnóstico. — Si se pueden apreciar á la vez los tres grupos de síntomas ya descritos, el conocimiento del mal no es difícil, máxime si al propio tiempo hay movilidad del riñon.