UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENTEROPTÓSIS

Ó

ENFERMEDAD DE GLÉNARD

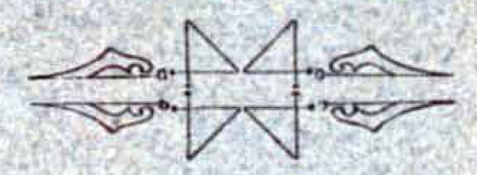
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PARIDES PIETRANERA

Ex - Interno de los Hospitales Militar y Rawson.



BUENOS AIRES

Establecimiento Poligráfico — Esmeralda 370

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENTEROPTÓSIS

ó

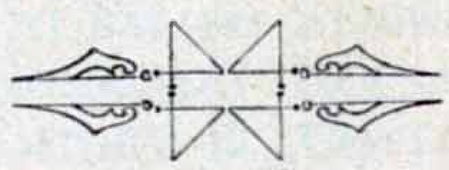
ENFERMEDAD DE GLÉNARD

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PARIDES PIETRANERA
Ex-Interno de los Hospitales Militar y Rawson.



BUENOS AIRES
Establecimiento Poligráfico — Esmeralda 370
1901

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

"*Artículo 162 del Reglamento*"

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Juan R. Fernández

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.
" " José T. Baca.
" " Rafael Herrera Vegas.
" " Jacob de Tezanos Pinto.
" " Eufemio Uballes.
" " Juan R. Fernández.
" " Enrique E. del Arca.
" " Pedro N. Arata.
" " Manuel Blancas.
" " Roberto Wernicke.
" " Pedro Lagleyze.
" " José Penna.
" " Luis Güemes.
" " Eliseo Canton.
" " Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
" " Pablo Marengo.
" " Eduardo Wilde.
" " Martin Spuch.
" " Telémaco Susini
" " Edmundo Nocard.
" " Emilio R. Coni.

Secretario Titular

Dr. D. Zenón Aguilar.

Prosecretario

Dr. D. Carlos Robertson.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología Médica		Vacante
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa
Química Médica	"	Atanasio Quiroga
Botánica médica	"	Martin Spuch
Química Médica	"	Pedro N. Arata
Histología	"	Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	"	Juan José Naón
Patología general	"	Roberto Wernicke
Anatomía topografica	"	Juvencio Z. Arce
Fisiología	"	Pedro J. Coronado
Anatomía patológica	"	Telémaco Susini
Bacteriología	"	Cárlos Malbrán
Higiene	"	Melitón Gonzalez del Solar
Materia Médica	"	Justiniano Ledesma
Medicina operatoria	"	Adalberto Ramaugé
Clínica gínecológica	"	Enrique Bazterrica
" Oto-rino-Laringológica	"	Eduardo Ovejero
" Dermatológica y sifilográfica	"	Baldomero Sommer
Patología externa	"	Obdulio Hernández
Patología interna	"	Marcial V. Quiroga
Clínica Oftalmológica	"	Pedro Lagleize
" Médica	"	Luis Güemes
Epidemiológica	"	José Penna
" Quirúrgica	"	Julián Aguilar
" Neurológica	"	José M. Ramos Mejía
" Médica	"	Francisco Sicardi
Medicina legal	"	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	"	Antonio C. Gandolfo
" Médica	"	Gregorio N. Chaves
" Obstetricia	"	Samuel Molina
Toxicología experimental	"	Juan B. Señorans
Clinica Pediátrica	"	Manuel Blancas
" Médica	"	Abel Ayerza
" Génito urinaria (hombre)	"	Federico Texo
" Psiquiátrica	"	Domingo Cabred
" Quirúrgica	"	Alejandro Castro
Clínica obstétrica	"	Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica		Vacante.
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano.
Química médica	"	Francisco Bosque y Reyes
Botánica médica	"	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química médica	"	Francisco P. Lavalle
Histología	"	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	"	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología general	"	Gregorio Araóz Alfaro
Anatomía topográfica	"	Avelino Gutierrez
Flsiología	"	Horacio Piñero
Anatomia patológica	"	José Badia
Bacteriología	"	Vacante
Higiene	"	Enrique Revilla
Materia médica	"	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	"	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Clínica ginecológica	"	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-Laringológica	"	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Clinica dermatológica y sifilográfica	"	Maximiliano Aberastury
Patología externa	"	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología interna	"	Vacante
Clínica oftalmológica	"	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Clínica médica	"	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	"	Vacante
Clínica quirúrgica	"	Juan B Justo
Clinica neurológica	"	José A. Esteves José A. Semprum
Clínica médica	"	Ricardo Colon
Medicina legal	"	Domingo S. Cavia
Clínica Quirúrgica	"	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clinica médica	"	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	"	Fanor Velarde
Texicología experimental	"	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	"	Antonio F. Piñe Facundo Larguia
Clínica médica	"	Vacante
Clínica génito urinaria hombre	"	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	"	Benjamin T. Solari
Clínica quirúrgica	"	Vacante
línica obstétrica	"	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia	,, Miguel Puiggari	,,
Farmacognosia vejetal y animal	,, Juan A. Boeri	Juan A. Domiguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia	,, Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	,, J. Manuel Irizar	,,
Higiene	,, Ricardo Schatz	,,
Química analítica toxicológica	,, Atanasio Quiroga	,,
Ensayo y determinación de drogas	,, J. Manuel Irizar	,,

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distósico y clínica obstérica	Dr Juan R. Fernandez	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Anatomía, fisiología, patología	Dr Leon Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal	,, Nicasio Etchepareborda	Vacante

Padrino de Tésis

Académico Doctor José Penna

A mis queridos padres

A mis hermanos

A mi Maestro

Doctor Enrique Pietranera

SEÑORES ACADÉMICOS,

SEÑORES PROFESORES:

Sinceramente respetuoso del carácter científico humanitario de la profesión á que, entre las múltiples manifestaciones de la actividad, he dedicado y pienso dedicar la mia, se me ocurre que es menester declarar con toda franqueza, como así lo declaro, que pienso que la índole de estos trabajos reglamentarios y el reducido campo de observación y experimentación de que el estudiante dispone para el estudio y selección de sus materiales, escluyen necesariamente toda idea de originalidad en las «Tesis»; ó más bien dicho el alcance de por si relativo de la palabra «originalidad» debe serlo más aún., cuando se estudian y juzgan trabajos de esta índole y naturaleza.

Para proceder con justicia en el fallo, debe investigarse solamente, como criterio general, en los que como yo, aspiran al Académico y profesional título de «Doctor en Ciencias Médicas», hasta que punto, en que grado han sabido asimilar las

enseñanzas del aula y si en el exámen del punto elegido, demuestran la suficiente orientación propia y consciente, necesaria para ser acreedores á ese título, que consagra, no solamente una habilitación profesional, sinó tambien, una determinada base científica para proseguir en el estudio.

Consecuente con estas ideas, en ellas encuadro mi tésis sobre «Enteróptosís» modestísima contribución al estudio de una enfermedad, que me parece, un tanto descuidada en su diagnóstico y tratamiento.

El punto á tratar si bien carece de novedad científica, tiene sin embargo el interés propio, de toda observación prolijamente llevada, y si de todo este trabajo pudiera espigarse, aunque solo fuera una idea aprovechable, se habrían colmado mis aspiraciones, pues demostraría que no han sido del todo estériles, en cuanto á mi se refiere el ejemplo de vuestro esfuerzo y la enseñanza de vuestras luces.

Para el futuro, me alienta un propósito, sincero, el de la perseverancia en el estudio y la labor honesta, como consecuencia de una máxima, que debe ser la norma de todos nosotros los principiantes *"Qui durat vincit."*

Con el Adios, de despedida, va el testimonio del cariñoso reconocimiento á mis maestros y especialmente al Doctor Penna, que con su proverbial bondad, me hace el honor de acompañar en este solemne acto.

Anatomía

Siendo producida la enfermedad de Glénard, por una ptósis, más ó ménos completa, de casi todos los órganos contenidos en la cavidad abdóminal, he creido conveniente preceder su estudio, de un capítulo de anatomía, no para describir en él, uno por uno, los órganos en ella contenidos, sino con el objeto de recordar aquella parte, cuyo conocimiento me parece indispensable, para la más fácil y mejor interpretación de la patogenia y síntomas de ésta enfermedad, y al mismo tiempo para explicar despues, lo lógico de su tratamiento.

Asi que, me limitaré á describir, la cavidad abdóminal en general y el peritoneo, que con sus numerosos repliegues, es el medio de fijación, más poderoso y casi único, que las vísceras en ella poseen.

El abdómen, es una vasta cavidad cerrada arriba, por el diafrágma, que constituye una bóveda de concavidad inferior, abajo, por el músculo elevador del ano, dispuesto igualmente en forma

de diatrágma cuya concavidad mira hácia arriba, adelante y á los lados, por un plan músculo aponeurótico y por atrás la columna vertebral. Su forma, es la de un óvalo, cuya gruesa extremidad, se halla hácia arriba, con un gran eje, no verticalmente dirijido, como lo creen muchos autores, sinó que como lo ha demostrado Blandin, ligeramente oblícuo, de arriba, abajo, de atrás, adelante, y de izquierda á derecha ó más fácil de recordar, está representado por una línea, que partiendo desde el centro del diafrágma, se dirigiera á la espina pubiana del lado derecho.

De esta dirección oblícua derecha de la cavidad abdominal, resulta, según Tillaux, que la acción de las paredes abdominales, se ejerce, más especialmente en este sentido y que por lo tanto, és del lado derecho, que las vísceras soportan una mayor presión.

Visto por afuera, el abdómen parece empezar al nivel del reborde inferior del tórax, pero por efecto de la concavidad del diafragma, la cavidad abdóminal avanza por su centro, en la toráxica, mientras que esta última, lo hace por los lados sobre el abdómen de donde resulta, que una gran parte de vísceras abdominales, está protegida por pared toráxica.

En su interior se hallan contenidos, la mayor parte de los órganos de la digestión y tambien del aparato génito-urinario, mantenidos en sus puestos, por el peritoneo, que es, de quien quiero ocuparme especialmente.

El peritoneo, és una vasta membrana serosa,

la más extensa y tambien la más importante del cuerpo humano; que como toda serosa, tapiza á la vez, las paredes de la cavidad abdominal y la superficie externa de los órganos en ella contenidos, y por lo tanto nos presenta para su estudio, dos hojas, una parietal y la otra visceral.

La primera, más espesa y resistente, ésta separada de las paredes abdominales á las que reviste, por una capa de tejido celular, que es laxo, al nivel de la pared abdominal anterior, donde constituye la fascia propia, que es abundante, al nivel de las fosas iliacas y más aún, al nivel de los riñones. Esta hoja, es además facilmente separable del diafrágma y tambien de las otras partes que acabo de enumerar. En cambio la hoja visceral, es delgada, transparente y en sus relaciones con los órganos, presenta diferencias notables. Así, á ciertas visceras, las envuelve de tal modo y su unión es tan íntima; que forma casi parte de su extructura (bazo, higado, ovario), á otras en cambio las envuelve incompletamente (cólon descendente) y á otras, no solo las envuelve, ni poco, ni mucho, sino que pasa por delante de ellas, sin adherirse siquiera (riñón, páncreas, y una parte del duodeno).

Además, el poritoneo forma en la cavidad abdominal, tres especies de repliegues, que á su vez son formados por el adosamiento de dos hojas de serosa, separadas por tejido adiposo, más ó ménos abundante, vasos y nervios y cuya importancia, bien grande por cierto, consiste en formar á los diversos órganos, verdaderos medios de sostén para algunos y de fijación para otros.

Hay repliegues que van de la pared posterior del abdómen á distintas porciones del intestino y constituyen los méso (mésocolon, mésorecto, mesenterio).

Otros, que ván tambien de la pared abdominal, á ciertos órganos, formando verdaderos ligamentos (suspensor coronario, triangular derecho é izquierdo del hígado, anchos del útero, etc.

Recordaré pues, ligeramente los principales medios de fijación, de cada órgano en particular y los caracteres de estos repliegues.

Estómago: Este órgano está mantenido en posición. 1° por su continuidad con el exófago, que le precede, y por su continuidad con el duodeno, que le sigue 2° por varios repliegues del peritoneo, que partiendo de diferentes regiones de su superficie externa, van por una parte á insertarse al higado (epiplón gastro hepático), al diafragma y al bazo, (epiplón gastro esplénico). Gracias á estos, es una viscera, que aunque muy móvil in situ, está menos sujeta á desplazamientos. Debo de hacer notar que el piloro, no está completamente fijo, que su situación varia con la cantidad de alimentos que el estómago contiene, así, en estado de vacuidad, está situado en la linea media al nivel de la primera lumbar y lleno, un poco á la derecha á 3 ó 4 centimetros de esta linea.

El duodeno: Está mantenido en posición: 1 por el peritoneo, que une su porción pilórica á la cara inferior del hígado y vesícula biliar (ligamentos duodeno hepático y duodeno cístico) y que á mas lo aplica en el resto de su extensión, á la

pared abdominal posterior, 2º por el canal colédoco y excretor del páncreas que en él desembocan, 3º por un haz muscular, el músculo de Treitz, que partido del ángulo duodenoyeyunal, va á insertarse al pilar izquierdo del diafragma.

El INSTESTINO DELGADO Ó YEYUNO ILEON: Está mantenido en posición, por uno de los repliegues mas grandes del peritoneo, que el mesenterio, que se presenta bajo el aspecto de una lámina espesa, en forma de abanico, cuyo borde libre, largo de varios metros, contiene en su espesor á todo el intestino delgado y su borde opuesto solo largo de 15 á 20 centimetros, se inserta en la pared posterior del abdómen, en una dirección oblicua, de arriba, abajo y de izquierda á derecha, en una línea que va del lado izquierdo, de la segunda vértebra lumbar, á la sinfisis sacro-iliaca derecha.

Este repliegue no presenta una altura igual en todas sus partes, es apenas de 1 centimetro, en sus dos extremidades y de 20 centimetros, en su parte media, que es donde alcanza su mayor dimensión.

En su trayecto, cruza sucesivamente, la tercera porción del duodeno, la aorta y la vena cava inferior. En su raiz se encuentran á más de estos vasos las arterias y venas mesentéricas, vasos y ganglios linfáticos, nervios y tejido celular.

Gracias á esta disposición, el intestino delgado goza de gran movilidad, flota en la cavidad abdominal, puede dirigirse á derecha é izquierda y puede decirse que se halla siempre en equilibrio inestable, por la contractura de sus propias paredes,

por la del diafrágma y paredes abdominales, por la repleción y vacuidad de los órganos huecos del abdómen, por la ampliación del útero en la preñez, tumores, derrames de líquido en el peritoneo, &.

El COLON ASCENDENTE: lo está por el peritoneo, que á más de formarle un méso, le dá al nivel del codo que forma al hacerse transverso, un ligamento, que lo une á la cara inferior del hígado.

El COLON TRANSVERSO: tiene tambien su méso bastante extenso, lo que le permite relativamente mucha movilidad y está además unido en su ángulo derecho, al píloro, por un haz fibroso.

El COLON DESCENDENTE: á veces tiene un meso corto y otras el peritoneo se limita á pasar por delante de él.

El HIGADO, tiene medios de sostén, más poderosos, tambien dados, por el peritoneo, que forman verdaderos ligamentos.

El suspensor, tabique vertical y antero posterior, que une la cara convexa del higado, á la cara inferior del diafrágma y pared anterior del abdómen que le continua.

El coronado, dirijido transversalmente, del borde posterior del hígado, á la parte correspondiente del diafrágma. Los triangulares, derecho é izquierdo, ocupando cada uno, la extremidad correspondiente del coronario, que tambien lo fijan al diafrágma, y por último el epiplón gastro hepático.

RIÑÓN. Mantenidos en posición 1° por los vasos relativamente cortos, que lo unen á la aorta y cara inferior, 2° por el peritoneo que los

aplica contra la pared abdominal y 3º por una envoltura conjuntiva, formada por un desdoblamiento de la fascia propia, subyacente al peritoneo que á medida que el sujeto avanza en edad va llenándose de tejido adiposo, constituyendo, la cápsula adiposa del riñón.

Ahora bien, vemos que el peritoneo no solo tiene por objeto, facilitar el deslizamiento de los órganos entre sí ó sobre las paredes abdominales, sino tambien, y esta es su función más importante, mantenerlos en posición no permitiéndoles más que movimientos pocos estendidos, movimientos locales sobre todo, cosa que consigue, gracias á los numerosos repliegues que á su nivel forma.

Recordemos tambien, que al estado normal, el equilibrio de las visceras es conseguido no solo por los repliegues del peritoneo, sino tambien por la *presión de tensión* debida á los gases intestinales y al tonus de las paredes abdominales, cuya acción, se ejerce de una manera igual en toda su superficie y en todos los sentidos.

Definicion
Frecuencia-Etiología-Patogenia

Ahora bien, que una causa cualquiera, produzca el debilitamiento y relajación consiguiente, de los repliegues que acabo de describir, el peso de las visceras, siguiendo las leyes de la gravedad, romperá el estado de equilibrio normal, entre los órganos abdominales, tan necesario para su perfecto funcionamiento y un estado patológico, bien estudiado y mejor descripto por Glénard en 1885, con el nombre de enteroptósis, será el resultado, estado patológico caracterizado, no solo por el descenso del intestino, como su nombre parece indicarlo, sino tambien, por la caida del estómago, hígado, riñón y útero en las mujeres, por un prolapsus de la mayor parte de los órganos contenidos en el abdómen, una splagnoptósis, en una palabra.

Desde que Glénard, la describió; el número de estudios, se ha ido multiplicando, á tal punto que ya nadie la discute y los que la conocen, no han tardado en observar numerosos casos, enfer-

mos estos, felizmente sacados del grupo de los «crónicos», dónde yacían, con los diagnósticos más diversos y especialmente de dispepsia y neurastenia.

Son relativamente frecuentes, porque las causas que la producen, las encontramos á cada instante, obrando de una manera contínua, especialmente en las mujeres. Es una enfermedad de la edad adulta, que si bien es cierto se observan numerosos casos de los 20 á 30 años su maximen lo hallamos entre los 35 y 40. Ataca á individuos de los dos sexos, pero de un modo tan desigual, que puede decirse, que pertenece al sexo femenino.

En efecto en 100 enteroptósicos, encontramos 80 mujeres, y entre éstas, 60 que han tenido familia. Para dar una idea de su frecuencia, diré que Glénard en 1887 había observado y tratado con éxito, más de 400 casos, lo que no es de admirarse, si se tiene en cuenta, que el que se hallaba establecido en Vichy, estación termal, donde desfilan millares de enfermos por año, con tantos diagnósticos, como enfermedades de la nutrición existen.

Yo, en tres meses, he visto seis casos, de los cuales cinco, en un consultorio particular, habiéndome sido, solo posible conseguir la historia de tres de ellos y otro en la sala del Doctor Güemes en el Hospital de Clínicas, donde aún se encuentra y sobre la cual el mismo profesor ha dado cinco magníficas conferencias, creo que por primera vez entre nosotros, aunque el diagnóstico ya había sido hecho otras veces, en ese servicio.

No dudo, que en otras clínicas especialmente de mujeres, se habrán observado casos de esta enfermedad, pero la imposibilidad de obtener datos, me impiden presentar una estadística, que seguramente nos demostraría su frecuencia, entre nosotros.

En cuanto á su eteología, veremos que es muy rica. Detengámonos un momento en la anatomía de la cavidad abdominal y veremos como muy bien lo hace observar Bouveret, que existe en ella misma una causa natural. Por una parte, órganos más pesados situados arriba, unidos en casi toda su extensión, á la masa subyacente, que llena como colgando, y seguramente no sin dejar de hacer sentir su acción, el resto de la cavidad abdominal, y por otra, suspendidos de la bóveda superior, por ligamentos relativamente débiles, suceptibles de alargarse y desplegarse.

Luego tambien, y sobre esto Glénard ha hecho su estudio notable, la excesiva movilidad del apar ato digestivo y la série de orificios y acordaduras que en su larga extensión existen, que se estrecharán ó exagerarán, por cualquier obstáculo en el paso de las materias, de asimilación ó residuales y cuyos efectos, repercutirán, en perjuicio de la estática del mismo.

El debilitamiento general de los tejidos, que se produce en enfermedades, más ó menos agudas ó largas, tifoidea, tuberculosis, etc., etc.

Afecciones del estómago, que lleven á la gastrectacia y que el mismo Bouchard, hace notar la coincidencia con el riñon flotante.

El exceso de alimentos y bebidas y la constipación, que sobrecargan, distienden y deforman, al estómago, las unas, al intestino la otra, y que no dejarán de contribuir á la larga, á la ruptura del equilibrio intra abdominal.

Afecciones del hígado, todas las que produzcan un aumento de su volumen, pues son las que más fuertemente hacen sentir, su acción sobre el riñón derecho y lo luxan, tarde ó temprano á parte de los trastornos, que esas mismas afecciones producen en todo el organismo, si se tiene en cuenta las múltiples é importantes funciones de ese órgano. Esta es una de las causas que unidas á las otras, más contribuye á la producción de la enfermedad en el hombre.

Otra causa no ménos importante, es la falta de tonicidad y relajamiento de las paredes abdominales, que constituyen esos vientres blandos, fáciles de palpar que faltos de tensión, no ayudan á las vísceras á guardar sus relaciones recíprocas, y que en los saltos, caídas, esfuerzos, vómitos, tos, etc., son los que más contribuyen, á la forma aguda de esta enfermedad, á la que Glénard, califica de entásica.

Agreguemos á todo esto en la mujer, dos causas importantísimas, suficientes ellas, solas, la mayoría de las veces, para producir en ellas, la enteróptosis, el corsé y la preñez.

El corsé en efecto, al comprimir el tórax, no lo hace, á la manera de un lazo, es decir, sobre una línea circular; su acción es más estensa y puede decirse que lo hace, desde la novena costilla ó más

arriba, hasta más allá del reborde toráxico inferior, especialmente los que ahora se usan. Véamos pues cual será su acción, hoy sobre todo que la cantidad de elegancia femenina se mide por el cierre del corsé. Este al hacer sentir su acción, tiende á transformar el cilindro toraco abdominal, en ese sitio, en el punto de reunión de los vértices, de dos conos opuestos, cosa que solo consigue en parte, por la emigración, hácia arriba ó abajo, de los órganos allí situados, los que como ya lo sabemos, gozan de una movilidad relativa.

Recordemos la situación del hígado, en el hipocondrio derecho y sus medios de fijación, é inmediatamente veremos que por mínimo que sea el ajuste del corsé, tiene forzosamente que repercutir en él. Si sus ligamentos resisten, se hallará comprimido, como nos lo demuestra la impresión de las costillas sobre su cara convexa, en muchas autopsias y si ceden y esto es lo más común cuando otras circunstancias (relajación de las paredes, etc., etc.,) contribuyen, se disloca, produciendo el estiramiento y alargamiento de sus ligamentos, el rechazo del riñón derecho, el descenso y transporte de la región pilórica hácia la izquierda y de allí, la posición del gran eje del estómago vertical.

El estómago, que necesita de un espacio suficiente para poder en el momento de la digestión llevar á cabo actos mecánicos que favorezcan y completen á los químicos, se hallará, dada la fácil depresión de las paredes abdominales en este sitio, obligado á hacerlo, en un espacio reducido, lo que traerá por consecuencia, el debilitamiento progre-

sivo de los movimientos, la myastenia gástrica, en una palabra, primero la dilatación, después el descenso de la parte pilórica y por último la caída ó gastróptosis.

La masa intestinal, rechazada también de su sitio, se amontona hácia las partes inferiores, se comprimen entre sí ú otros órganos, sus movimientos dificultados á la larga disminuyen víctimas de la atonía y sus consecuencias no tardan en aparecer.

En cuanto á la preñez obraría según Anvard, por la dislocación que sufrirían, no solamente las paredes antero-laterales del abdómen, sinó también el diafrágma perineal de modo, que las envolturas del abdómen no ofrecerían más que un sostén incompleto, dejarían de obrar, como faja natural. Glénard creé que á más de ésto hay que tener en cuenta el desprendimiento del peritoneo prelumbar producido por el útero en gestación, lo que traería fácilmente una nefróptosis. Indudablemente que preñeces repetidas con volúmen fetal exagerado, unidas al abuso del corsé y á un enflaquecimiento rápido, tienen que constituir un abdómen ideal, para el desarrollo de la enteroptósis.

En cuanto á su naturaleza y patogenia, numerosas teorías han sido emitidas para explicarla.

Tuffier, en 1891, admite que el riñón flotante y la enteroptósis son el resultado, según sus propias palabras de una verdadera afección general que no está clasificada, y que sin embargo me parece frecuente.

Ella forma una entidad anátomo-patológica y

una entidad clínica. Todos los tegidos de la economía, parecen atacados al mismo tiempo, de una insuficiencia de nutrición, vitalidad y resistencia; se hallan en un estado de inferioridad fisiológica.

El sistema muscular liso, se deja distender constituyendo la dilatación del estómago y enteroptósis con riñón móvil, el muscular estriado se deja forzar y encontramos el vientre á triple salida, etc., etc.»

Para Schwerdt, la llave de la enteroptósis, está en la disminución de la tensión abdominal, reconocida por todos, pues realmente existe en todos los casos, pero que él se la explica, no por la falta de tensión gaseosa intra-intestinal y la disminución del calibre del intestino como lo quiere Glénard, sinó por la disminución de la tonicidad de los músculos de las paredes, teoría que á ser cierta, haría vacilar el tratamiento casi expecífico de esta afección.

Para Glénard, esta enfermedad, no sería más que una faz especial, de una afección general, cuyo origen se hallaría en el hígado, el cual estaría atacado por un trastorno funcional persistente de orígen vaso-motriz, que produciría un estado general, causa, de casi todas las enfermedades de nutrición y que él llama «hepatismo.»

Debida á esa insuficiencia hepática, las relaciones nerviosas y circulatorias tan íntimas que normalmente existen entre el hígado, y el intestino, como lo ha demostrado Hanot, estarían alteradas, y el hígado dejaría de ser el factor principal de la nutrición general, puesto que, como

sabemos, es él el que alimenta toda actividad orgánica, y la defiende contra los venenos. Por consiguiente, este estado del hígado, obraría directamente sobre el intestino, influyendo sobre su calibre y tensión que estarían disminuidos y producirían la enteroptósis, por el mecanismo siguiente, con mucha mayor facilidad, por supuesto en los indivíduos, cuyas paredes abdominales se han hecho muy laxas, ya por enflaquecimiento rápido en los obesos, ya á consecuencia de partos, ó de varias de las causas ya enumeradas.

Así el intestino, falto de gases, se hace más pequeño y pesado, cae hácia la parte declive, y al caer tira sobre el mesenterio y demás mésos y especialmente sobre el colon transverso, cuyo ángulo derecho es bastante movible, y como he dicho, está unido al píloro por un haz fibroso. Tirando sobre el píloro, tiende á desviarlo, á bajarlo, por otra parte, por intermedio del pequeño epiplón, bajaría al estómago, que á su vez arrastraría al hígado, y este al riñón derecho, en una palabra, una ptosis, más ó menos grande de todas las visceras, por acción mecánica.

Sintomas

Si se tiene en cuenta, por una parte, la cantidad de órganos, cuyas funciones se encuentran más ó ménos comprometidas por esa falta de equilibrio y por otra, las diversas condiciones etiológicas, en favor de las cuales ella toma nacimiento y sobre todo, el modo de reaccionar de cada organismo en particular, comprenderemos, por que la cantidad de síntomas subjetivos que ella nos presenta, varía al infinito, no solo en su intensidad, sinó en su modo de aparición, tanto, que en ninguna otra enfermedad como en esta, resalta la verdad de la conocida frase, de que no hay enfermedad, sino enfermos. Así que me limitaré, prévia esa advertencia, á enumerar los más constantes.

Los primeros que aparecen, son siempre trastornos gástricos, bajo forma de una atonia más ó ménos desarrollada. Veremos al enfermo enumerarlos como sensaciones de peso, plenitud y tensión epigastrica, eruptos, regurgitaciones ácidas ó no, que se prolongan mucho tiempo despues,

de la ingestión de los alimentos. Sin embargo, el apetito está conservado y al más mínimo desarreglo, una indigestión es el resultado. En este estado, dura más ó ménos tiempo, hasta que este estado de dispepsia se completa, con los trastornos funcionales de orígen nervioso, cefalalgias intensas y frecuentes, insomnio y si el enfermo consigue facilmente el sueño, es para recordarse siempre á las pocas horas; palpitaciones, vértigos, etc.

Ha estado uno ó dos años en este estado siguiendo un régimen y una terapéutica variada, hasta que no solo, no ha conseguido ningun resultado, sinó que su estado general ha desmejorado y empezado á sentir sensación de peso y dolor en el bajo vientre, debido á alteraciones circulatorias; de tiramiento en el epigastrio, muy dolorosas á veces, sobre todo en la marcha y estación de pié, dolores á los riñones y otro síntoma que especialmente se halla en las mujeres y que puede decirse, domina la situación, la astenia neuro-muscular. Es la sensación de cansancio, que las mortifica, desde el momento mismo que abandonan el lecho, tan intensa en algunas, que hasta se niegan á levantarse y pasan la mayor parte de los días en cama.

Otros y son bastantes frecuentes, presentan dolores agudos que estallan bajo forma de accesos, en el hipocondrio derecho, epigastrio ó vecindad del ombligo y que han sido confundidos casi siempre, con los cólicos hepáticos, por eso Glénard les propone llamar subhepáticos y los explica, ya por un acceso de gastralgia que esta-

llaría por la dificultad en el pasaje de un bolo alimenticio mal digerido, al duodeno ó yeyuno, ó por un peristaltismo doloroso del colon ascendente y transverso ó tambien por desplazamiento del riñón, con hidronefrosis intermitente. Una constipación tenáz, sinó existia desde un principio viene á agregarse, esplicable por la atonia intestinal.

Si es una mujer, con toda seguridad hallaremos trastornos reflejos del lado de la matriz, algunas veces tan intensos y tenaces, que muchas enfermas de estas han sido sometidas á tratamientos locales diversos, sin ninguna mejoria por supuesto. Agreguese á estos los síntomas propios de la caída del útero, que no es raro que exista y tendremos otra série de sensaciones relatadas por las enfermas.

Si procedemos á examinar un enfermo de estos lo primero que nos llama la atención, es un estado de nutrición general pésimo, que se revela por la palidez de su piel y mucosas y la atrofia del panículo adiposo. Algunos marchan con el cuerpo incurvado hácia adelante y adoptan esta posición, para mitigar en algo, las sensaciones dolorosas de su vientre. Si el enfermo se halla de pié, vemos que su abdómen se encuentra deformado, saliente, del ombligo al pubís, y deprimido, presentando una concavidad anterior, desde el apendice xifoide hasta el ombligo, deformación que es más aparente vista de perfil. Esta es la forma más común, pero tambien puede estar exagerada y entónces se observa, á la pared abdominal anterior, caer sobre los muslos á modo de delantal,

lo que se hace más notable cuando se sientan y que és lo que generalmente se ve en las multiparas que han sufrido un enflaquecimiento rápido.

Sin embargo no todos los vientres de esta última forma, son de enteroptósicos, pues ellos tambien se encuentran, en el prolapsus grasoso del abdómen, descripto por Gueniot en 1878, y en el prolapsus parieto visceral, descripto por el mismo, sin presentar síntomas de la afección que me ocupa.

Si el enfermo se acuesta, la caída se reduce, pero en cambio se nota en seguida el exceso de pared que tiende á derramarse por los lados, entre el iliaco y reborde costal inferior.

En el hombre esta laxitud no existe y es más frecuente observar el abdómen más bien deprimido, constituyendo los vientres con caída hácia adentro como dice Glénard.

Otro síntoma que tambien puede ser percibido á la inspección, son los latidos epigástricos, facilmente trasmitidos por la aorta, lo que se explicaria por la caída del colon transverso y el descenso de la estremidad inferior del estómago, que normalmente los interceptan.

Stiller, en su estudio sobre la enteroptosis, describe un nuevo síntoma, al que le atribuye cierto valor, el desprendimiento de la extremidad anterior de la 10ª costilla, cuya extremidad libre en los casos muy pronunciados, vendría á hacer salida bajo la piel, en la parte inferior del tórax sobre la línea mamaria, cuyas causas él las atribuye á la hipotension abdominal y á la acción del corsé. Este sín-

toma ha sido comprobado por otros observadores.

A la palpación, no solo confirmamos los síntomas anteriores, sino que encontramos algo, que nos llama inmediatamente la atención y que es la blandura, la facilidad con que uno palpa y alcanza en ciertos puntos la columna vertebral, debido indudablemente á la relajación de los músculos de la pared y á la hipotensión interna.

Tambien encontramos dolores generalizados á todo el vientre, los profundos atribuidos á una forma de neuralgía intestinal ó á la colitis crónica que en ellos se encuentra, y los superficiales á una paniculitis.

Ahora bien, si nosotros procedemos á la palpación metódica desde arriba para abajo y siguiendo la línea media hallamos, á una altura variable, generalmente á 2 centimetros por arriba del ombligo, un cordon transversal del grueso de un dedo, á veces dolorosos, que se siente subir y puede bajar, haciendo respirar profundamente al enfermo, que enganchandoló con la punta de los dedos, puede bajarse hasta cierto punto pués resiste, y sentirlo escaparse, enseguida que uno lo suelta, al cuál Glénard, denomina el cordón colico transverso, producido según Potain por una colitis crónica, que traeria la retracción y espesamiento de la pared intestinal y según otros, simplemente por la vacuidad y caída del mismo. Siguiendo la palpación, encontramos en la parte inferior, la masa de los intestinos, flácida y amontonada en el bajo vientre y más ó menos sensible.

Volvamos, á la parte superior y partamos del

hipocondrio derecho, encontraremos una superficie lisa, igual, no dolorosa, que sigue los movimientos de la respiración, y limitada en la parte inferior, á dos ó más traveses de dedo del reborde costal por un borde cortante. Si de acostado que se encontraba el enfermo, lo hacemos sentar ó parar, vemos, que la parte resistente que palpabamos aumenta de superficie, al mismo tiempo que el borde desciende. Esto no puede ser más que el hígado y en estado de ptósis, lo que además comprobamos por la percusión de su limite toráxico, que se halla más abajo, en relación con el grado de descenso de este órgano. Siguiendo la misma dirección pasamos al riñon derecho, cuyo exámen, nos demuestra constantemente uno de los cuatro grados de nefroptosis, tanto más facil de comprobar, si seguimos el procedimiento llamado del pulgar, inventado por Glénard. En la fosa iliaca derecha, nos encontramos con el ciego, hechado hácia adentro, renitente, doloroso, con sensación de gorgoteo á veces, otras llena de materias fecales, estado todo que Glénard denomina «boudin cecal».

Palpemos ahora, la parte izquierda del abdómen.

En el hipocondrio izquierdo, por la simple palpación no encontramos nada, el bazo, casi nunca desciende y el estómago no se revela por ninguna particularidad, á no ser un poco de dolor á veces. En el flanco de ese lado, se puede encontrar una nefroptósis, que si bien es cierto, no se encuentra en la misma proporción que su congénere, no por eso deja de ser frecuente.

En la fosa iliaca izquierda encontramos, un cordón, duro, doloroso, delgado, que no es otra cosa, que la S iliaca, victima tambien de la colitis crónica. Si como es indispensable, completamos la palpación en la mujer, con el tacto vaginal, encontraremos frecuentemente el descenso del útero, junto con un cistocele y rectocele, como en la enferma del Doctor Güemes.

Si añadimos, á este exámen los datos de la percusión, comprobaremos alguno de los síntomas ya descriptos y completaremos el exámen del estómago. Este órgano, siempre se encuentra afectado, ya de atonia. dilatación y ptosis, ya aisladas ó reunidas en el mismo enfermo y de ahí, la necesidad del exámen más minucioso de este órgano, por todos los medios que la clínica, pone á nuestro alcanze, pues del diagnóstico preciso, dependerá el exito de una parte del tratamiento, casi especifico de esta afección. Es bueno recordar, que la gran curbadura, se encuentra en ellos siempre por debajo de la línea de Bouchard y que por lo tanto, si uno se guía solo por este dato para hacer un diagnóstico, corre el peligro, dadas las ideas de frecuencia que Bouchard ha generalizado, de ver más dilatados de los que realmente existen.

Sin embargo se puede adelantar que en el hombre enteroptósico es más frecuente la dilatación, mientras que en la mujer, es el descenso del órgano, lo que predomina.

Otro síntoma no menos importante por su frecuencia y tenacidad, es la constipación, que

desde un principio existe, entrecortada de vez en cuando, por verdaderos accesos de diarrea. Las materias fecales expulsadas ya sea expontaneamente ó por efectos de escemas, son duras secas, de forma acintada ó sybálicas, cubiertas, de mucosidades y membranas, que revelan la existencia de una colitis.

Diagnostico

Como acabamos de ver, la diversidad de trastornos á que la enteroptósis da lugar, la irregularidad en la aparición y marcha de los mismos, y sobre todo, la cantidad de formas con que puede presentarse debido al predominio de uno ú otro del grupo de síntomas, con que cada órgano en particular y el organismo en general reaccionan, parecería á primera vista casi imposible, hacer su diagnóstico preciso y sin embargo si uno se detiene un instante y considera en su conjunto, las particularidades que caracterizan al grupo de síntomas subjetivos, ve que ellos solos. ya bastan para presentarla con un sello especial, y que sí á esto se agrega lo que el exámen clínico nos ha revelado, como propio de esta afección, hallaremos un conjunto sintomático que nos llevará forzosamente á su diagnóstico, que por otra parte, solo podremos considerar como seguro, una vez que completemos el exámen del enfermo con lo que se llama la prueba de la faja, pequeña operación que es indispensable para ello, pues no solo nos dá la confirmación absoluta de un diag-

nóstico de enteroptósis hasta ahí discutible, sinó que tambien nos sirve, para diferenciarla de todas las demás afecciones que hasta entónces la habian enmascarado, con los nombres vagos, de dispepsia y neurastenia.

La prueba de la faja consiste pués, en lo siguiente: Si uno se coloca, por detrás del enfermo y con las manos colocadas en los flancos de éste, trata de levantar y sostener el paquete intestinal ó lo que és mejor aún, le colocamos una faja que comprima el hipogastrio, de abajo, hácia arriba, se ve inmediatamente operar en el enfermo una verdadera trasformación, no difícil de comprender, si se tiene en cuenta, que con ella se suprimen los efectos de la ptosis intestinal, es decir los tiramientos dolorosos, las sensaciones de constricción pesadez y debilidad general, la cefalalgía, etc. que continuamente atormentan á estos enfermos, lo que se traduce tambien, por las manifestaciones de bienestar, que el enfermo experimenta, y de satisfacción, al ver que por primera vez ha hallado algo que lo alivie. Inútil decir que retirando la faja ó manos, vuelve á reproducirse el mal estar anterior, lo que se denomina la contra prueba de la faja.

Como vemos, es un medio de diagnóstico de primer orden y sumamente fácil, lo que unido á lo anterior, explican la frase de Monteunis «El diagnóstico de la enteroptosis es facil, á condición de tenerla presente y de saberla buscar».

Marcha - Pronóstico

La enteroptósis es una enfermedad, caracterizada por su modo de empezar y desarrollarse sumamente lenta é insidiosa. En un principio, aparecen y se aclaran, poco á poco, la sintomatología de una dispepsia atónica, á la cual más tarde van agregándose otros síntomas, en medio de los cuales predominan los trastornos generales y los síntomas asténicos, y si el enfermo es un neurótico á la larga, no es raro ver venir á agregarse un estado de irritabilidad nervioso tal, que con sus trastornos psiquicos y funcionales de origen reflejo, enriquecen á la par que oscurecen, la sintomatología, subjetiva de la afección primitiva, todo esto de un modo tan variable y lento que transcurren dos ó tres años, antes que el cuadro sintomático sea completo.

Sin embargo, bajo la acción de condiciones etiológicas especiales, como ser cuando la enfermedad estalla, á consecuencia de un parto ó de esfuerzos repetidos, lo que constituye la forma llamada entásica y en la cual el prolápsus de las vísceras ha precedido al periodo de atonía gás-

trica, no solamente la marcha de la enfermedad es más rápida, sino que su principio es más marcado.

En cuanto á su pronóstico, depende del grado de desarrollo que ella ha alcanzado, en el momento que se la observa. Cuando se halla en su principio, en el periodo gástrico, como podríamos llamar, el pronóstico es benigno, pues en este momento es curable, por un tratamiento adecuado. Pero cuando la enfermedad está más adelantada, que las ptosis se han producido, entonces este se hace más sério respecto á su curabilidad, pues las alteraciones que en los tejidos se han producido, especialmente en los encargados de mantener las vísceras en posición, son muy poco susceptibles de ser tratadas y retroceder, lo único que el tratamiento consigue en ellos y felizmente aquí el resultado es notable, es la desaparición de los síntomas subjetivos tan molestos y la mejoría del estado general, en una palabra, un *modus vivendi*, al cual los enfermos si no le deben una salud perfecta, le son por lo menos acreedores de un bienestar y mejoría notable.

Todo esto, bien entendido, en los casos en los cuales, la enfermedad se ha desarrollado en indíviduos hasta ahí, perfectamente sanos, en los cuales además la enfermedad, evoluciona lentamente y aún puede detenerse de una manera expontánea y quedar estacionaria durante un tiempo más ó menos largo.

En cambio, si el sujeto se halla bajo la acción de una predisposición mórbida, una insuficiencia

hepática por ejemplo, ó una tara hereditaria, manifestable por una impresionabilidad nerviosa excesiva, el pronóstico será más serio aún, puesto que los síntomas generales no solo serán más intensos, sinó que también más graves. El enteroptósico, á pesar de todo, nunca muere á causa de su afección, por el contrario en la vejez, si es que llegan, se nota una atenuación de los síntomas y relativa mejoría, debido seguramente á que los órganos comprometidos, disminuida su actividad funcional, se adaptan mejor á su nuevo domicilio.

Si fallecen, es á consecuencia de enfermedades intercurrentes, bien frecuentes en ellos, puesto que hallan ya preparado el terreno para desarrollarse con toda actividad.

Tratamiento

Siendo la enteroptosis, un estado patologico constituido, por un prolapsus de casi todas las visceras abdominales, y por una disminución de la tensión intra-abdominal, que se manifiesta por trastornos del aparato digestivo, en los cuales predominan las alteraciones del estómago é intestinos y un estado general de la nutrición bastante malo es lógico comprender que las indicaciones terapéuticas que tenemos que llenar son no solo numerosas, sinó tambien á cual más importantes y que solamente del conjunto de ellas, depende el éxito del tratamiento, hasta ahí anhelado, por enfermos que no sin razón, se han hecho verdaderos ecépticos de la medicina.

Digamos desde yá, que el tratamiento es esencialmente médico, la cirujía nada tiene que hacer en los entoroptósicos, aunque á primera vista pareciera lo contrario.

Es cierto, que interviene con éxito, en la fijación del riñón y hasta en la del hígado, cuando se trata de afecciones puramente locales, pero

nunca con resultados positivos, cuando esas mismas lesiones acompañan el estado general, que ahora me ocupa.

El tratamiento médico realmente eficáz consiste: 1º. En la aplicación de una faja hipogástrica. 2º. Un régimen alimenticio adecuado. 3º. Tratamiento de la constipación. 4º. Indicaciones secundarias que varian en cada caso y que se relacionan con el modo de reacción de cada organismo en particular.

1º. Con la aplicación de la faja se obtienen dos efectos notables como ser el levantar y sostener las vísceras caídas y aumentar la tensión abdominal, que como sabemos ambas son la fuente de todos los trastornos.

La faja, para ser buena debe comprimir la parte inferior del vientre, inmediatamente por encima del púbis y comprimir de abajo para arriba, levantando. Para conseguir este objeto debe de ser construida, no según el modelo A ó B, sinó las indicaciones de cada vientre, lo que solo se consigue después de un examen minucioso del enfermo y las recomendaciones del médico al constructor. El médico debe ser también el encargado de colocarla, hasta tanto considere capaz al enfermo de hacerlo, pués no hay que olvidar que es una arma de dos filos, y que mal colocada no solo compromete el éxito de todo el tratamiento, sinó que agrava y aumenta los síntomas de enteroptósis.

Inutil me parece enumerar, los diversos modelos que de fajas existen, baste decir, que cada mé-

dico que de esta afección se ha ocupado, ha creado uno como el mejor.

Sin embargo describiré el modelo de Glénard que por su misma sencillez, me parece el mejor y el más suceptible de modificarse, si en su aplicación se nota algun inconveniente. Ella se compone de una faja de tejido elástico resistente, de bordes paralelos, de 14 centimetros de ancho y de una longitud variable, según la circunferencia abdominal de cada enfermo, terminado en uno de sus extremos por tres correas, no elásticas y en el otro, por tres hebillas.

Para evitar que se suba una vez colocada, tiene dos tubos de cauchouc, hecho inextensibles por el paso de un cordon por su interior, que están fijos por una de sus extremidades, en el borde inferior de la parte anterior de la faja, á unos 10 centimetros de distancia uno de otro, en la parte que corresponderia á los anillos inguinales, una vez colocada, los que destinados á pasar entre los muslos, van á fijarse por una correa terminal á dos hebillas, que se encuentran, una vez la faja cerrada, al nivel de las depresiones retrotrocanterianas. Tambien tiene, para poderse aplicar en caso de vientre muy plano, dos almohadillas laterales en relación con los flancos ó una semilunar, para encima del pubis. Para colocarla, se procede de la manera siguiente, no olvidando que es una faja más bien pelviana, que abdominal. La parte media, es aplicada sobre el hipogástrio, de manera que su borde inferior esté situado un poco por debajo del borde superior del pubis, luego hacia los

lados, se hace contornear la región trocanteriana de modo que su borde superior, no sobrepase la cresta iliaca de mas de dos traveces de dedo y se la prende atrás, empezando la operación por la hebilla de abajo, cuya constricción será llevada hasta el límite de elásticidad de la faja, y así sucesivamente hasta prender las tres hebillas, las que obrando con una fuerza de contriccion generalmente diferente, dada su forma plana y bordes paralelas contribuyen á hacer manifiesta su eficasia.

Es bueno advertir que los enfermos pueden sentirse molestos, con la aplicación de la faja, no por que ésta, no llene la indicación que uno desea, sino por los efectos de la compresión al nivel de las partes óseas, ó el mismo estado de irritabilidad nerviosa de que estos enfermos padecen, efectos que pueden destruirse ya colocando trozos de algodon, en las partes muy comprimidas, ya acostumbrando al enfermo á usarla, es decir, haciéndosela llevar el primer día media hora, al siguiente un poco más de tiempo y así hasta que la tolere del todo, lo que se obtiene siempre antes de ocho días.

Debe ser colocada antes de abandonar el lecho si es que el enfermo no duerme con ella, estando en la posición horizontal, pues en ella, los órganos se hallan en condiciones de estática que al enfermo conviene guardar.

Es bueno tener presente que las fajas, al cabo de un cierto tiempo de uso, pierden parte de su elasticidad y se hacen inútiles y que por lo tanto hay que renovarlas.

Debe usarse, durante mucho tiempo, hasta tanto su retiro no sea acompañado de ninguno de los trastornos primitivos, cosa que podemos decir desde ya, que en los casos de enteroptósis, muy desarrollada nunca se consigue.

Una pregunta que no dejará de hacerse al médico, si se trata de una enferma, será la relativa al uso simultáneo del corsé y la faja y que el médico sabrá, partiendo del principio, que este es su enemigo más poderoso, resolver, ya sea aconsejando un modelo de corsé que solo se limite á contornear el busto, sin ejercer ninguna compresión ó ya prohibiéndolo en absoluto, según las probabilidades que tenga de ser escuchado.

2º El régimen alimenticio, que al enfermo conviene someter, no es el absoluto que Glénard impone á sus enfermos y que no es más que el indicado en la escala digestiva de Leube.

Ninguno de los enfermos por mí observados lo han seguido y todos siguen bien, por que en ellos, se ha empleado el régimen alimenticio que convenia; á la afección gástrica que tenían. Por eso creo, que el régimen depende del diagnóstico preciso del estado del estómago, mecánica y químicamente considerado y entonces será el que convenga á una atonia, á una dilatación, á una gastroptósis, etc., etc. afecciones que por otra parte deberán ser tratadas, de preferencia, teniendo en cuenta el rol, que este órgano juega en la patogenia del estado general.

3º. Constipación. Glénard que ve en ella una causa poderosa de enteroptósis, como refleja

del estado en que el hígado se encuentra, lo que por otra parte ya hemos visto al desarrollar su teoría del «hepatismo», aconseja para vencerla, la administración diaria de laxantes, con el triple objeto, de evacuar el intestino, exitar el aparato digestivo y hacer una antisepcia local y general, puesto que el hígado encargado de esta última función, no se halla en estado de hacerlo en la mayoría de estos enfermos.

Entre estos él emplea de preferencia los salinos sulfato de soda, sulfato de magnesia á la dósis de 6 á 8 gramos, todas las mañanas, y las diversas aguas minerales purgantes, con el solo objeto de obtener una deposición diaria, satisfactoria, como cantidad y densidad. Además estos laxantes salinos tienen la ventaja, como lo ha demostrado Malibrán, de obrar también como antiflojisticos, contra el catarro intestinal de los enteroptósicos atacados de colitis crónica. Sin embargo todos los laxantes, son buenos en su principio y si uno se atuviera á ellos solamente, á la larga caería otra vez, en la atonia que ahora tratamos de vencer, así que me parece conveniente, emplear al mismo tiempo el masaje en los casos en que no esté contra indicado, la electricidad, los enemas de aceite y glicerina especialmente y sobre todo vencer en parte la constipación por la costumbre es decir habituando al enfermo á que provoque sus esfuerzos de defecación, todos los días, á una misma hora y una vez que estos medios, secundarios en un principio, sean capaces de llenar por sí solos el efecto buscado, suprimir los laxantes.

En lo que se refiere al masaje tan indicado en los casos de constipación de crigen atónico puramente, debo de advertir que en los casos de enteroptósis con colitis no da resultado, pues él, no solo aumenta la sensibilidad dolorosa del intestino, sinó que también despierta reflejos, que traen por consecuencia el estrechamiento del mismo, sin provocar su peristaltismo. Si se emplea, debe ser en su forma sedante, (vibratorio roce y circular ligero).

4º En cuanto á las indicaciones secundarias, se refieren solo al tratamiento aislado, de uno que otro síntoma, que persiste á pesar del tratamiento fundamental, generalmente de origen nervioso como ser la cefalalgia, insomnio, astenia ó del aparato digestivo, que podrán ser tratados aisladamente en un principio, teniendo presente que desaparecerán una vez que el estado general mejore, como consecuencia forzosa de las tres indicaciones fundamentales, cuya solidaridad de acción es tal que el tratamiento fallará, siempre que se haga á un lado una de las tres, faja, régimen y laxantes.

OBSERVACION Nº 1

Sala V del Hospital de Clínicas

Señora A. S., rusa de 35 años de edad y de estado viuda.

Antecedentes hereditarios.—Madre muerta de cáncer al intestino.

Antecedentes individuales.—Sarampión en su infancia y fiebre tifóidea á la edad de 13 años. Su primera menstruación á la edad de 15 años y ha seguido siendo abundante siempre y más ó menos normal hasta hace 6 años. Casada á los 20 años de edad, con un marido sifilítico, tuvo durante su matrimonio 6 hijos, para cuyos partos, necesitó siempre la intervención del médico, hijos, que á excepción del primero, que vivió un año y medio, fallecieron á los pocos días de nacer. Además ha tenido 3 abortos, dos de los cuales seguidos, antes de su último hijo, sin causa alguna y á pesar de haberse cuidado mucho durante la preñez.

Desde que se casó, dice haber sufrido siempre de intensas cefalalgías, más intensas por la noche y sumamente frecuentes.

Enfermedad actual—Hacen 6 años y á consecuencia de grandes hemorragias que tuvo en un parto, guardó cama durante dos meses y desde

entónces, empezó á sentir dolores en todo el vientre, poco intenso pero contínuos, en un principio, que después se localizaron haciéndose más fuertes, en la región lumbar, con irradiaciones hácia los flancos á consecuencia de ellos y siguiendo varios tratamientos estuvo en cama año y medio, para después de una ligera mejoría, volver á sentir otros más intensos en el hipocondrio derecho, en el epigastrio, estos últimos seguidos siempre por vómitos amarillentos ú oscuros, repetidos y difíciles de contener muchas veces, especialmente producidos durante la noche. Estos dolores, todavía persisten, lo mismo que los vómitos y arcadas que ahora se producen, casi de un modo invariable á las 4 de la mañana. Siempre ha sido muy constipada y desde que está enferma la constipación se ha hecho más tenaz, intercortada por días de diarrea, sin que ella se pueda explicar el porqué.

Desde hace mucho tiempo solo se alimenta con líquidos y tiene inapetencia.

El día de su entrada, además, de estos, síntomas, presenta un estado general pésimo, casi caquectico. Piel muy pálida y tejido celular escaso. El exámen de su vientre, muy interesante en este caso, nos presenta la forma comun de los enteroptósicos, deprimido transversalmente en la porción supra-umbilical, redondeado, saliente en su parte inferior. Su palpación muy difícil en un principio por los dolores, permite sin embargo alcanzar la pared posterior y probar sus blandura, prueba de su hipotensión.

Después de numerosos y minuciosos exámenes, se ha encontrado en él las siguientes lesiones. El

estómago dilatado y distendido, á tal punto, que la pequeña curbadura, visible por simple inspección, se halla á cinco centms. por debajo del apéndice xifoides, en la línea media y la gran curvadura á 3 traveses de dedo por debajo del ombligo. El fondo de saco superior, en su sitio normal. Todo esto, se ha puesto de manifiesto después que se hizo, la insuflación del estómago.

El intestino se halla caído y amontonado, en la parte inferior del abdómen, sensible y con su sonoridad normal disminuida. El cólon transverso no se palpa, el ascendente nos muestra en la fosa iliaca derecha la existencia del «boudín coecal» y el descendente la «cuerda iliaca.»

El hígado, en esta enferma, pasa estando en la posición horizontal, dos traveses de dedo el reborde costal, sin embargo, no está aumentado de volúmen, ni presenta alteraciones en su superficie, solo si doloroso, todo lo que se nota mejor, haciendo sentar á la enferma después de haberla agitado un poco, pues entonces el borde anterior desciende hasta cinco traveses de dedo al mismo tiempo que se comprueba el descenso del borde superior, por la percusión.

El exámen de los riñones, nos demuestra, una nefroptósis doble, más marcada y dolorosa del lado derecho, donde se le hizo, una nefropecia hacen 3 meses, sin resultado como se vé y seguida de síntomas de infección. Aún hay pus en la orina. El exámen de los órganos genitales, se encuentra, el utero descendido, grande, blando y doloroso, en cistocele y un rectocele.

Hace más de un mes, que se le ha puesto

la faja y que ha empezado á seguir el tratamiento completo, más el mercurial, por otras manifestaciones sifilíticas que presenta. y aunque aún no se levanta, los dolores tan agudos de la región epigástrica é hígado, han desaparecido, la enferma á empezado á alimentarse y por consiguiente el estado general ha mejorado mucho, manifestando ella misma, que nunca se ha hallado mejor, aunque indudablemente, dada las lesiones que presenta, el tratamiento aquí será muy largo.

OBSERVACION Nº. 2 (1)

Señora Celina N. de 39 años de edad actualmente y casada á los 17 años. Hasta su primer parto, los antecedentes individuales no presentan nada de particular, mujer bien desarrollada é hija de padres sanos, que aun viven á pesar de su avanzada edad.

Tuvo su primer hijo á la edad de 18 años, despues de un embarazo molesto y un parto distósico, por el volúmen exagerado del feto, el cual pesaba *6 1/2 kilgs.* Es de observar que esta señora en los 10 primeros años de su matrimonio ha tenido 8 hijos, cuyo peso al nacer, ha variado

(1) Esta observación se refiere á una enferma atendida en el consultorio del Doctor Pietranera y cuya historia me ha sido dada por el esposo de la enferma un distinguido médico.

entre *5 kilogs* y *8 1/2 kilogs*. Su último parto lo tuvo hace once años. Todos los hijos viven y son muy sanos. Despues de su primer parto, nuestra enferma empieza á sentir trastornos gastro intestinales y sobre todo un malestar que no sabe como explicar, con tristeza é insomnio, y dolores fugaces, unas veces en los miembros, otras en el vientre, trastornos que desaparecieron ante un nuevo embarazo para volver á estallar despues del parto y asi sucesivamente, el mismo cuadro más ó menos acentuado ha venido repitiendose hasta hacen 11 años, en que despues del último parto, aquellos se agravaron de tal modo, que pusieron en serios cuidados á la familia. Siguió en el mismo estado con periodos de relativa mejoría hasta 1895, en que hubo que hacerle un raspado uterino, á causa de metrorragias repetidas, en el curso de varios meses, consiguiendo una lijera mejoría.

En 1897 la enferma se encontraba en las condiciones siguientes. Piel pálida, tejido adiposo abundante en todas partes, aparato pulmonar normal, corazón bien ritmado aunque un poco débil. Vientre *muy desarrollado y tenso* por panículo adiposo, meteorismo y congestión hiperhémica. Sensibilidad exagerada, á la presión en casi toda su pared y especialmente en la región lumbar derecha y en el hipogástrio. Palpación profunda muy dificil de practicar, por la hipertención y dolor abdominal. En varios exámenes, se comprueba una dilatación y decenso del estómago, que llevan á la gran curvadura á 2 traveces de dedo por debajo del ombligo en la línea media. Los riñones no pudieron ser palpados por las causas antes ex-

puestas. Los órganos genitales al exámen, presentaban una ruptura del periné, cistocele vaginal, utero sensible y voluminoso, descendido. Ovarios y trompas de volumen normal un tanto sencibles.

Del lado de su aparato digestivo presentaba inapetencia, eruptos frecuentes, constipación alternada con evacuaciones diarreicas biliosas ó simplemente serosas. Tiramiento doloroso en el epigastrio y de peso en el bajo vientre y dolores agudos en el sacro y coxis más pronunciados en el periodo menstrual. Nunca tuvo fiebre.

Además la enferma acusaba insomnio, astenia muscular y un malestar profundo y en varias ocasiones trastornos psíquicos tan marcados, que fueron clasificados como una forma de melancolía ansiosa.

Creyéndose que los síntomas que ella presentaba eran debidos sobre todo al descenso de los órganos genitales, se le practicó una amputación del cuello y una colpoperineorrafia con el objeto de reducir el útero y mantener en su sitio el aparato genital interno y la vegiga. Despues de esta operación, se encontró tan bien, salvo algunos trastornos digestivos, que se creyó curada durante 6 meses, al cabo de los cuales volvieron á repetirse con igual intensidad los síntomas anteriores, y vista por varios médicos se hizo recien el diagnóstico de ptosis gastro intestinal y nefroptosis de ambos lados.

Se le aplica el tratamiento general y se vé que la faja de Glénard no dá resultado, por lo cual despues de varios tanteos y ensayos se hace

construir un modelo especial ideado por el esposo y desde entonces, principios de 1898, no ha vuelto á sentir ninguna de sus antiguas molestias, salvo las veces que por cualquier causa tiene que sacarse la faja, que siente dolor en el vientre y malestar general.

OBSERVACION N° 3

Señora N. N. 38 años de edad, casada desde hacen 19 años, durante los cuales ha tenido 7 hijos, sanos y bien desarrollados, habiendo padecido mucho en los embarazos de todos, lo mismo que en los partos, en tres de los cuales ha habido que intervenir con forceps la última vez, hace año y medio á consecuencia del volúmen exajerado del feto. Siempre, desde que se acuerda ha sido constipada y en estos últimos años ha empezado á tener dolores de cabeza más ó menos frecuentes.

Despues de su último parto, han empezado los trastornos que actualmente presenta y que son por su orden de intensidad los siguientes. La cefalalgía, que en estos últimos tiempos, se ha hecho contínua, especialmente localizada en la nuca, como si le golpearan, que estalla desde que abandona el lecho ó á consecuencia de la ingestión de alimentos.

Es tan intensa y contínua, que la enferma atribuye á ella los demas síntomas, como ser las ideas tristes, el insomnio, el temor de volverse loca, que continuamente la asedian.

Se ha hecho irascible y llora continuamente, pues cree, que no se preocupan de su dolor.

Luego la sensación de casancio y falta de fuerzas, que la imposibilitan para cualquier trabajo, tanto que hace dos meses, que si abandona el lecho es para recostarse en un sillón.

Su apetito se ha conservado normal, aunque se alimenta muy poco por temor del dolor de cabeza y por que al más mínimo desarreglo, tiene descomposturas de estómago, acompañada de diarreas y dolores de vientre.

Sin embargo hace año y medio que su estómago no dijiere bién, pues sus digestiones han sido largas, acompañadas de eruptos, y pesadez de estómago.

La constipación ha persistido, pasando hasta 8 dias sin mover el vientre, lo que ella atribuía á la poca alimentación.

Experimenta tambien á veces dolores en el epigastrio y continuamente sensación de peso en el bajo vientre, que atribuye á la caída de la matriz, pues sus reglas son dolorosas y acompañadas de mal estar, mareos, dolor en las caderas y región lumbar.

Si se procede al exámen de la enferma se comprueba una atonia gástrica ya diagnosticada por un especialista y la caída del intestino, con los síntomas de colitis. El riñón derecho movil,

no flotante. Del lado de los órganos genitales, desgarradura del cuello mal cicatrizada, sin descenso del organo, que por otra parte se halla grande, flacido y doloroso.

Se hace en esta enferma, el diagnóstico que hasta ahi solo se sospechaba, seguro de enteroptósis, al ver la transformación que en ella se opera, con la prueba de la faja hecha nada más que con las manos, pues con gran contento suyo, cesa el mal estar y cefalalgia. A los dos dias, vuelve con la faja que se le había indicado y desde entonces con un régimen alimenticio apropiado y el sulfato de soda á la dosis de 5 gramos todas las mañanas, ha cambiado por completo, no ha vuelto á sentir ni una sola de las molestias anteriores.

Es de observar, que se le prohibió el uso del corsé, del cual abusaba, pero creyéndose curada, hace dias volvió á ponérselo con el pretesto de sujetar la faja con su borde inferior, pero inmediatamente, según su propia confesión, tuvo que sacarlo, porque la cefalalgia no se hizo esperar.

PÁRIDES PIETRANERA

Buenos Aires, Agosto 9 de 1901

Nómbrase á los señores Académicos Dr. *Luis Güemes*, Profesor Titular Dr. *Francisco Sicardi* y Profesor Suplente Dr. *Ricardo Colón*, para que constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. R. FERNANDEZ
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Agosto 21 de 1901.

SR. DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Párides Pietranera.

« En el local de la Facultad á 21 de Agosto
« de 1901, reunida la Comisión que suscribe,
« encargada de dictaminar respecto de la admi-
« sibilidad de la tésis del ex-alumno Sr. Párides
« Pietranera que versa sobre « Enteroptósis ó
« Enfermedad de Glenard » resolvieron admitirla
« (firmado) *L. Güemes, Francisco A. Sicardi,*
« *R. Colon, Cárlos Robertson* Pro-Secretario.

ZENÓN AGUILAR

Agosto 21/1901

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. R. FERNANDEZ
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento mecánico de la coqueluche, es el tratamiento de elección.

II

En la gran mayoría de los casos, el asma es un síntoma y no una enfermedad primitiva.

III

En la enfermedad de Glénard, "la prueba de la faja", es el medio diagnóstico más seguro.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento mecánico de la coqueluche, es el tratamiento de elección.

II

En la gran mayoría de los casos, el asma es un síntoma y no una enfermedad primitiva.

III

En la enfermedad de Glénard, "la prueba de la faja", es el medio diagnóstico más seguro.