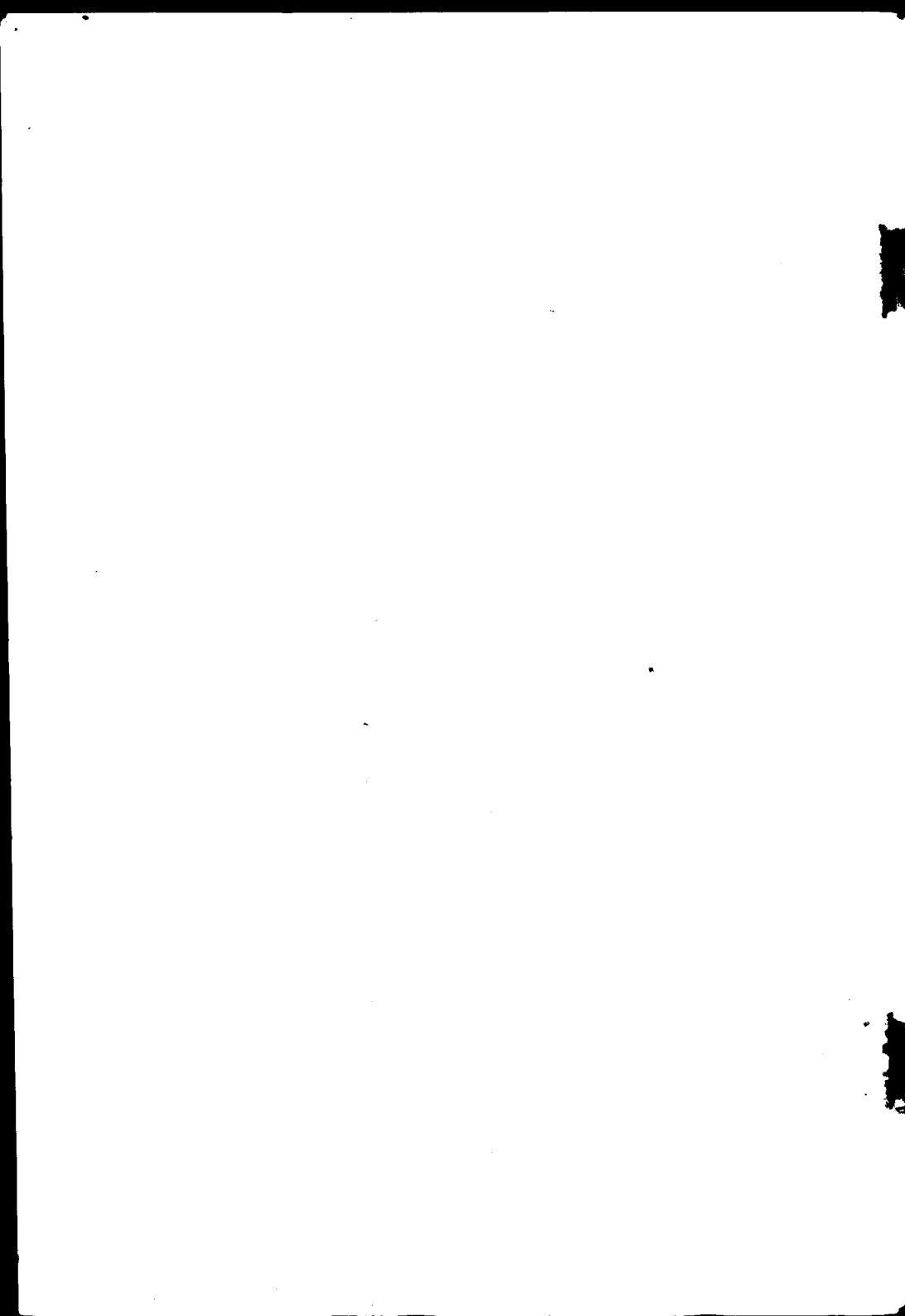




Dr. B. B. 10.

COLITIS SINTOMÁTICAS



Año 1915

N.º 2922

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLITIS SINTOMÁTICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS GAUNA



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junin — 845

1915



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 163 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

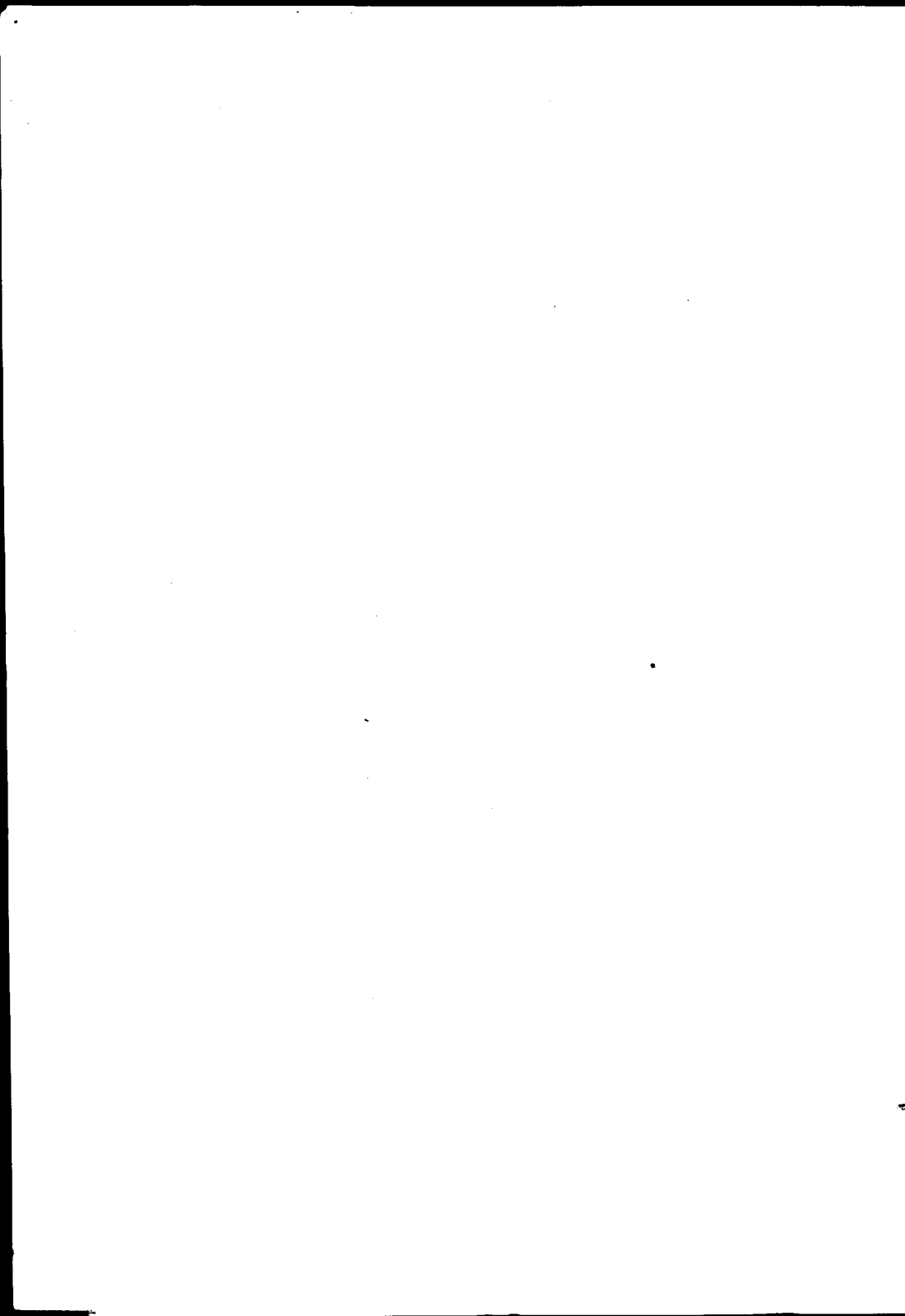


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

- DR. D. LUIS GÜEMES
- * » ENRIQUE BAZTERRICA
 - * » ENRIQUE ZÁRATE
 - * » PEDRO LACAVERA
 - * » ELISEO CANTÓN
 - * » ANGEL M. CESTENO
 - * » DOMINGO CABRED
 - * » MARCIAL V. QUIROGA
 - * » JOSÉ ARCE
 - * » ABEL AVERZA
 - * » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
 - * » DANIEL J. CRANWELL
 - * » CARLOS MALERÁN
 - * » JOSÉ F. MOLINARI
 - * » MIGUEL PUIGGARI
 - * » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

- DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
- * » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

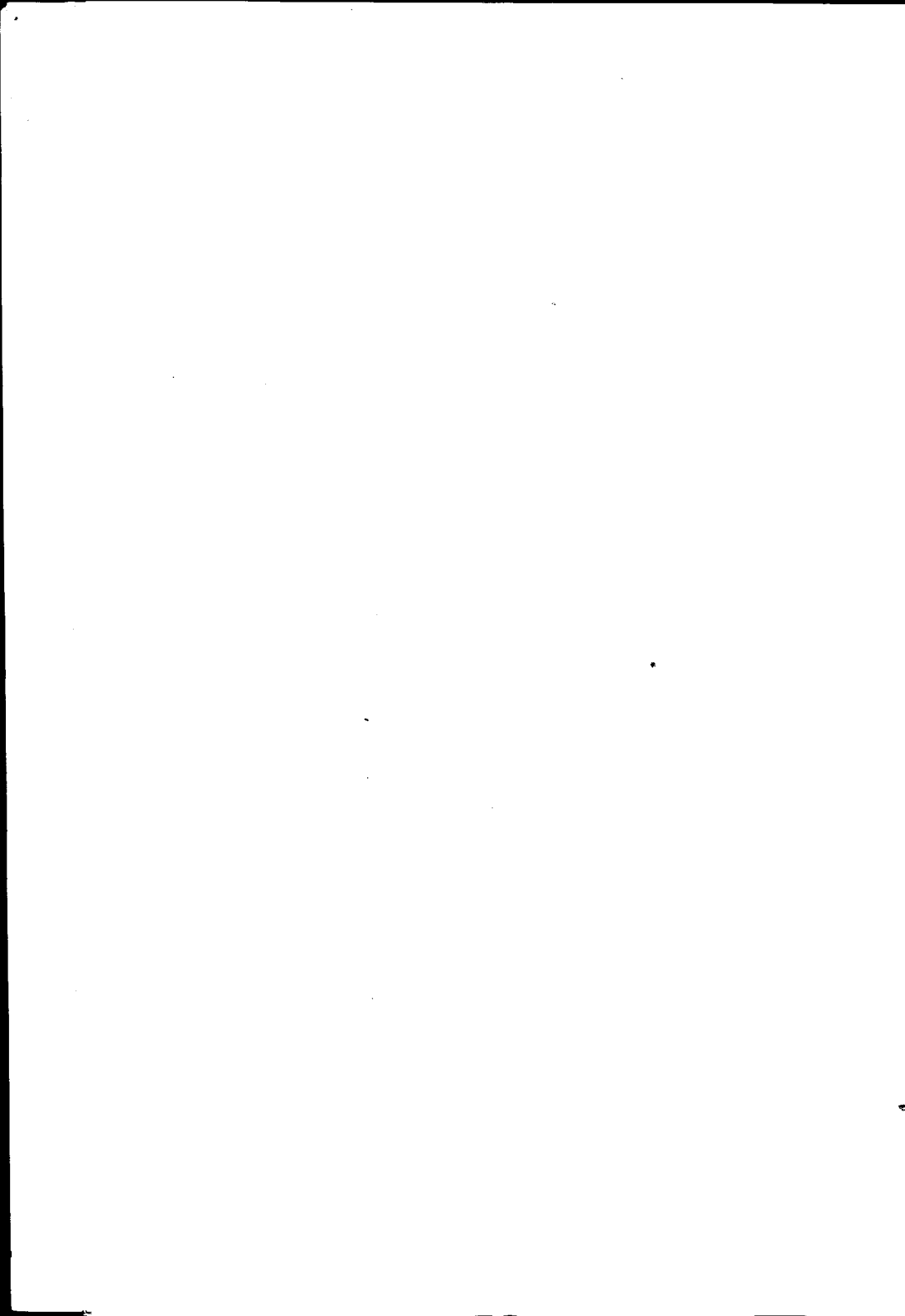
» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. AÑATA

» FRANCISCO DE VEYGA

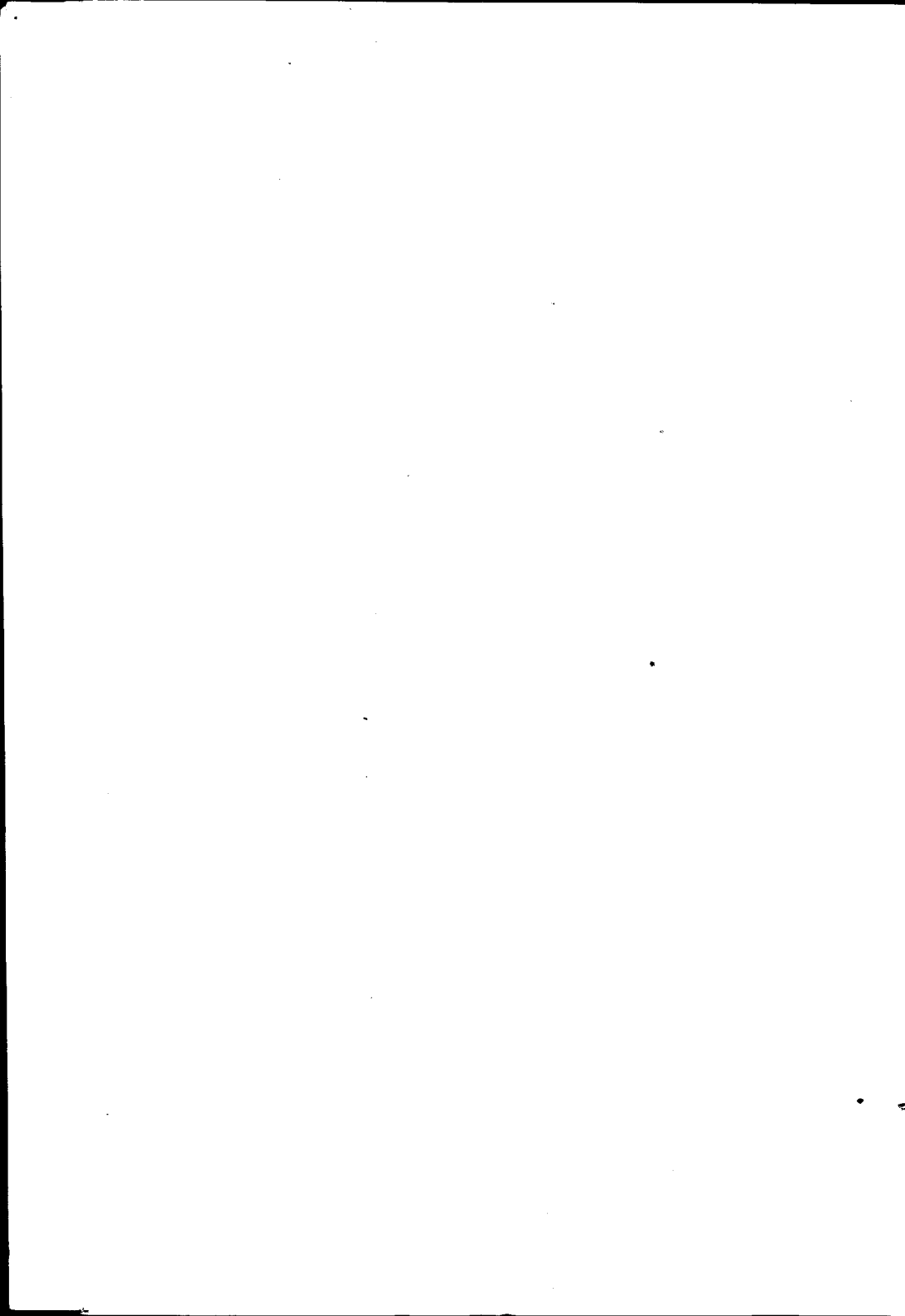
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» (Vacante)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



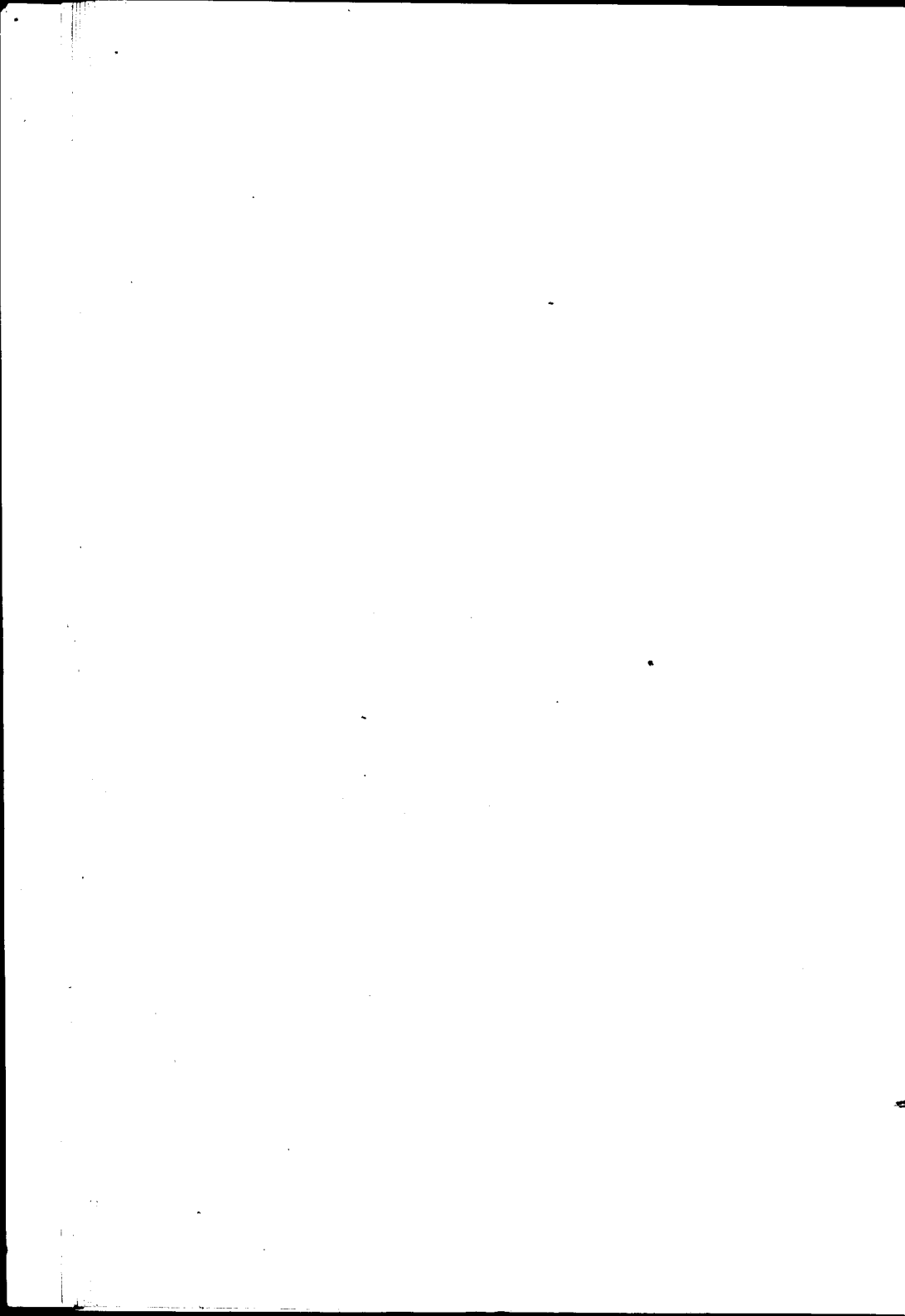
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALICANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMIN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

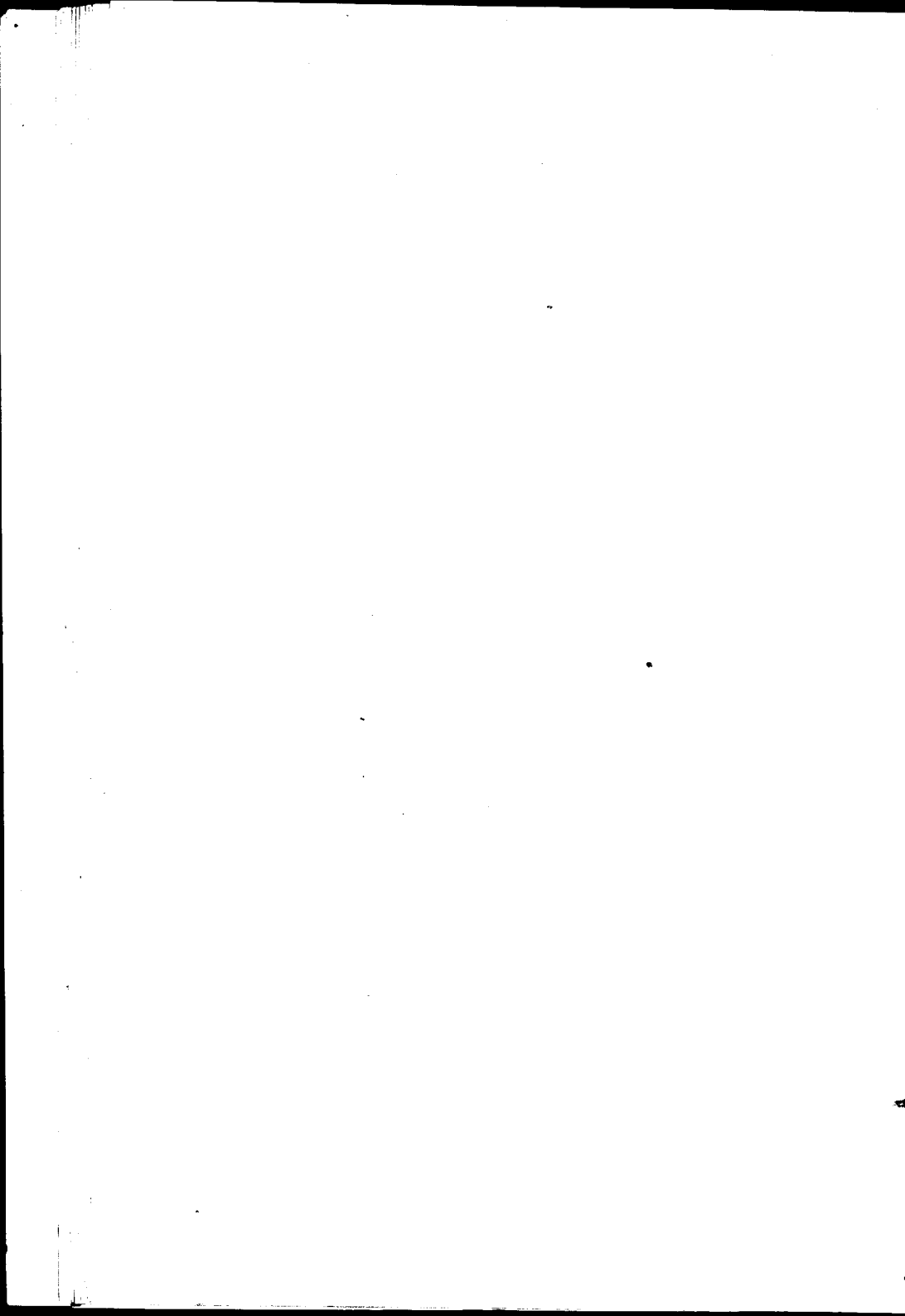
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva.....	» EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anat. Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clinica Oftalmologica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
» oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
» Quirúrgica.....	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
» Médica.....	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» RAUL R. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal.....	» JAVIER RRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año.....	Vacante
Segundo año.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año.....	DR. FANOR VELARDE

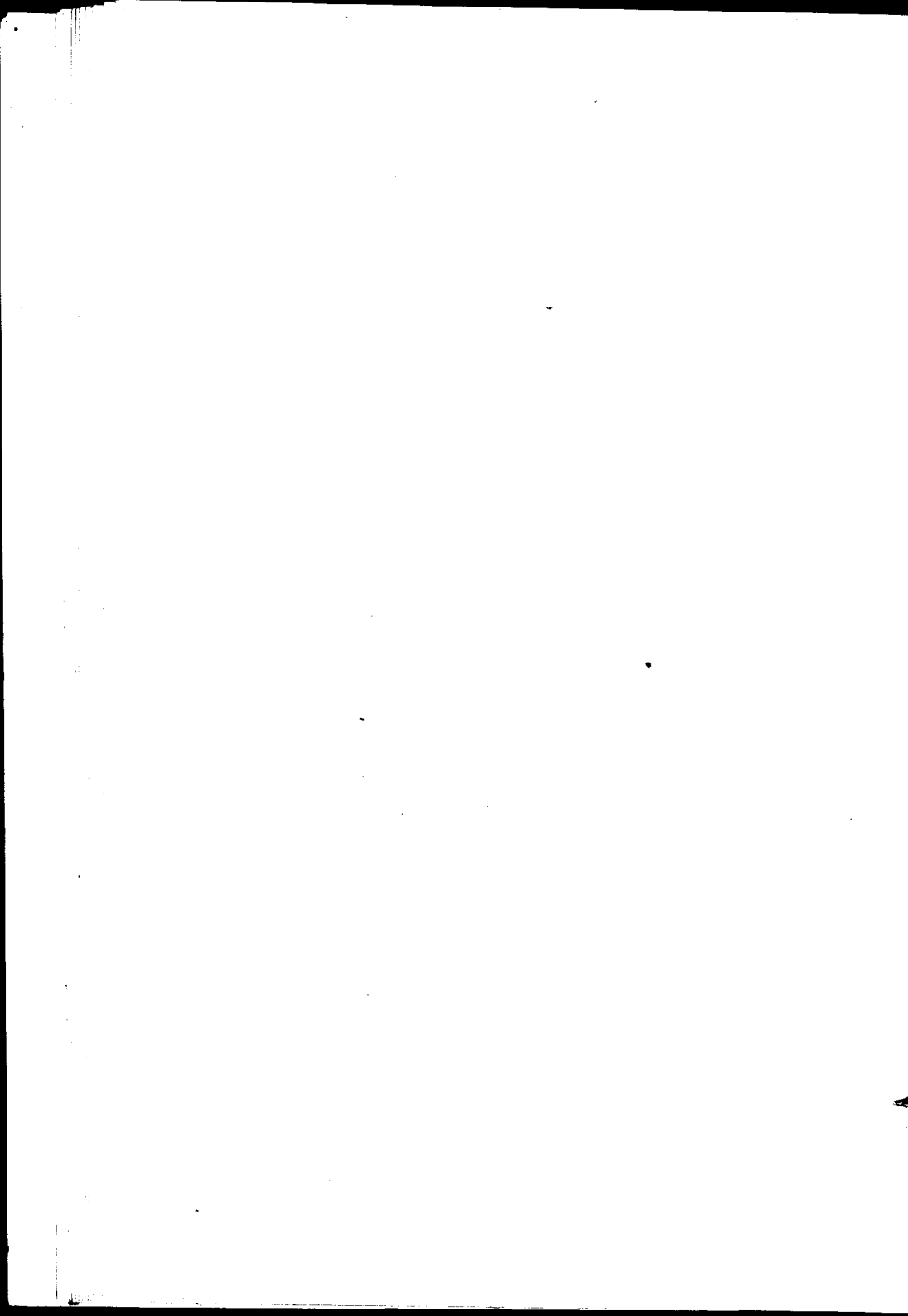
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Segundo año.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Tercer año.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

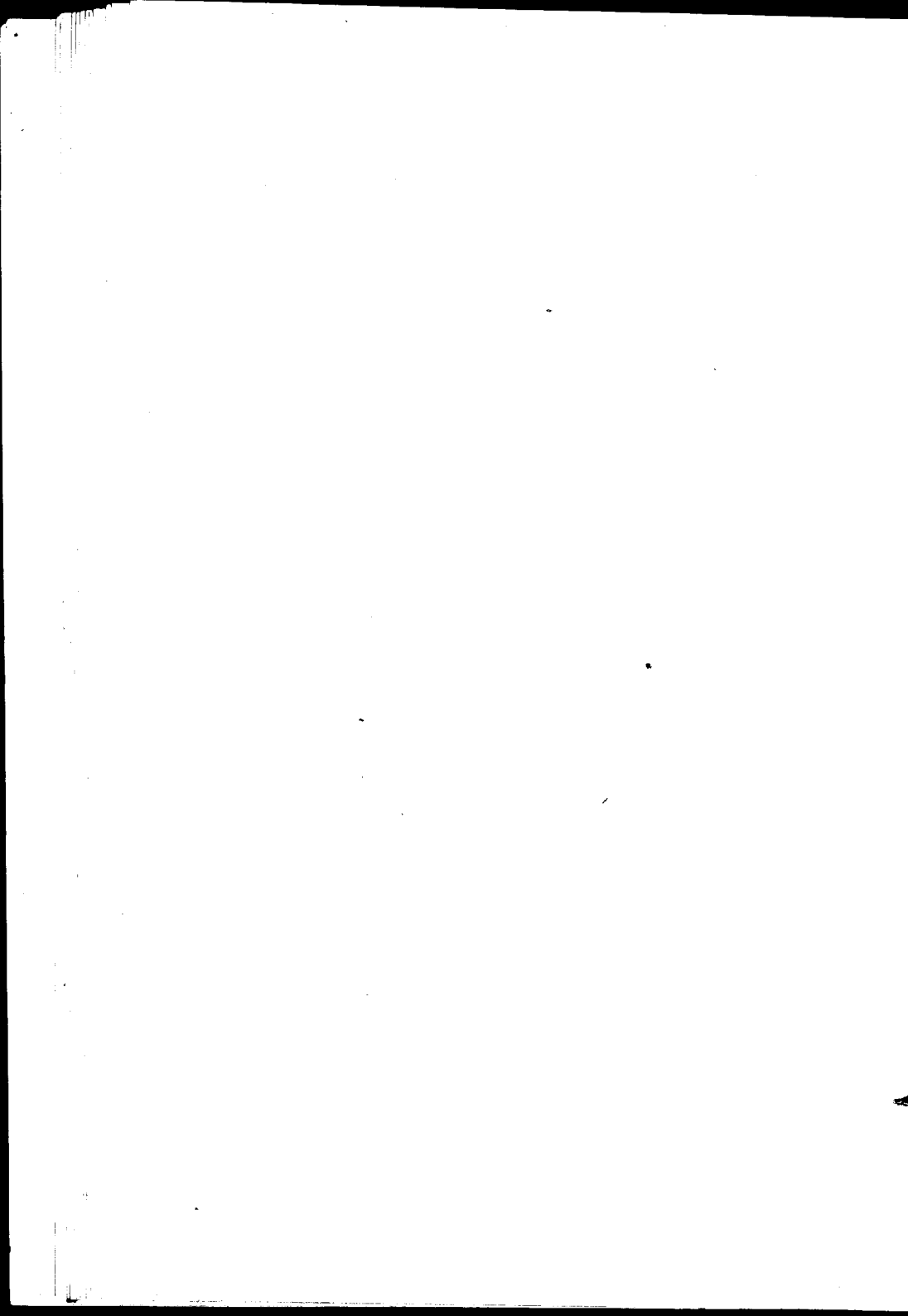
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

DOCTOR EUGENIO A. GALLI

Profesor suplente de anatomía descriptiva en la Facultad de Ciencias Médicas



A MIS BUENOS PADRES

RESPECTUOSO RECONOCIMIENTO A SU SACRIFICIO



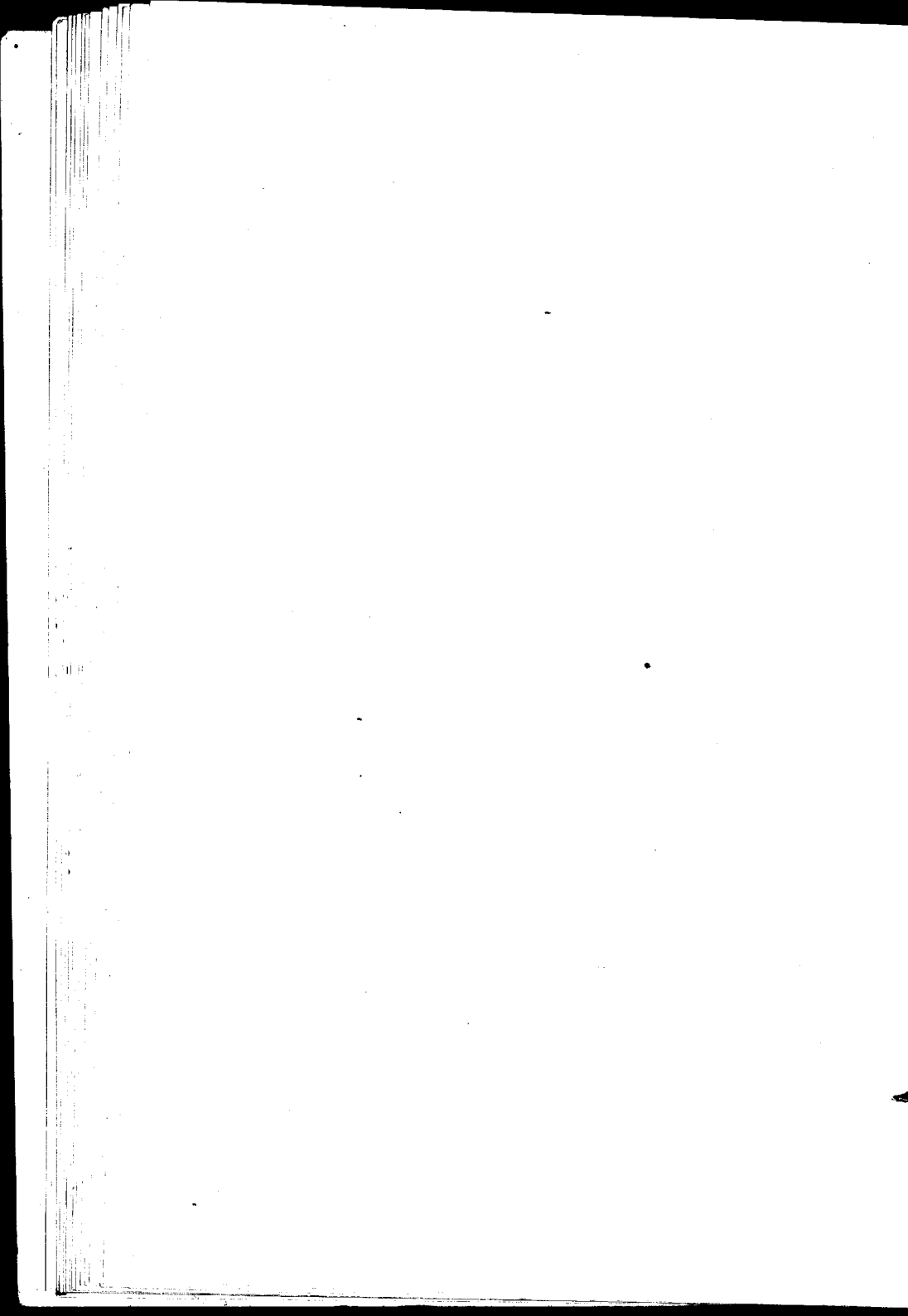
A MIS HERMANOS

AGUEDA, PEDRO, TOMÁS Y MERCEDES

CARIÑO



A LOS MIOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Con la satisfacción del que ha conseguido su ideal, someto á la consideración de vuestro indiscutible criterio médico, este trabajo en calidad de tesis inaugural sobre «Colitis sintomáticas», cumpliendo así con la disposición reglamentaria que á ello obliga.

Sencilla prueba, como que no es el resultado de larga experiencia durante muchos años de práctica médica, sinó el modesto fruto de las enseñanzas diarias de la cátedra y de mi observación personal, aguzadas necesariamente por el estímulo de vuestra ciencia. En ese sentido, vaya en esta página mi agradecimiento, especialmente a mis maestros los Drs. Marcelo Viñas y Francisco Sicardi, quienes con la claridad de sus lecciones me han inculcado útiles conocimientos.

A mi padrino de tesis Dr. Eugenio A. Galli, que con su

habitual gentileza y sabios consejos ha ayudado y guiado mis primeros ensayos de clínica médica y que tiene la deferencia de acompañarme en este acto, mi sincero reconocimiento.

A mis jefes de sala, Drs. Antonio Agudo Aguila y P. Amilcar Luzurriaga, que con su caballerosidad y distinción encomiables obligan mi gratitud.

A mis camaradas del Hospital Militar Central, de quienes llevo inolvidables recuerdos de vida íntima de internado, para ellos mi ostensible manifestación de arraigados afectos.

CAPITULO I

COLITIS SINTOMÁTICAS

Definición.—La colitis mucomembranosa es una afección ó mejor un síndrome mórbido que se caracteriza por dolores más ó menos fuertes en el trayecto del cólon, con infección microbiana de flora variada, con expulsión de mucus en forma y tamaño diferentes y por un adelgazamiento del enfermo paralelo á la intensidad de la lesión (Dr. Mendez).

Las mucomembranas constituyen el único signo característico, á tal punto que si se excluye los casos en que sean producidas artificialmente por agentes físicos ó químicos, como ser, enemas demasiado calientes ó irrigaciones con agua conteniendo tanino ó nitrato de plata, esas membranas pueden ser consideradas como patognomónicas.

Además, la mayoría de los autores incluyen la constipación como síntoma característico de esta afección; en la

anterior definicion no se menciona este síntoma, á mi juicio con razon, puesto que él solo existe en el periodo crónico de la enfermedad, de suerte que según la definicion de los autores, el diagnóstico no podría ser establecido sino en dicho periodo y desconocido antes.

Ahora bien, y dejando de lado las definiciones que dan los distintos autores de las colitis mucomembranosas, quiero delinear un concepto de lo que debe entenderse por colitis sintomáticas, motivo de mi tesis.

En general, las colitis mucomembranosas deben dividirse en dos clases: 1.º Las menos numerosas que se llaman idiopáticas ó primitivas y 2.º las sintomáticas ó secundarias. Entre las primeras figuran las colitis que parecen presentarse con modalidad y evolucion propias, sin que á veces sea posible deslindar una lesión orgánica ó funcional que explique su producción.

Los dolores y la emision de membranas se presentan repentinamente y los otros síntomas que luego se observan, abatimiento nervioso y dispepsia estomacal, al parecer son secundarios, á tal punto que hacen decir á Lyon que las enterocolitis tienen necesariamente su iniciacion en una primitiva perturbacion del sistema nervioso.

Sabiendo que no existe ningún germen específico productor de esta enfermedad, y que es ella la resultante de una infección microbiana, pienso que esas colitis llamadas primitivas ó idiopáticas tienen que desaparecer englobadas entre las sintomáticas, pues creo que ellas son sólo un síndrome, y que si se las clasifica de idiopáticas es

porque no se ve al simple examen la dispepsia estomacal ó la intoxicación alimenticia, ó bien porque pasa desapercibida una ligera infección causante de la afección que evolucionando sobre un terreno favorable de artrítico, presenta de lleno el cuadro clínico; es en estos casos en que no se ve sino la influencia directa de la herencia, constituyendo entonces una enfermedad familiar y teniendo á menudo por base una enteritis de la infancia, actuando sobre un fondo neuropático.

Algunos casos existen en que la afección comienza de un modo paulatino y en los que es difícil investigar si es primitiva ó secundaria la constipación; estos son casos insidiosos á toda prueba, en que el paciente no se molesta mayormente con su enfermedad porque ella se revela poco á poco, ó bruscamente con ocasión de falta de régimen ó á causa de otra enfermedad intercurrente.

A estar á lo que opina German See, estas clases de colitis serían siempre primitivas, y en ellas las perturbaciones gástricas y la dilatación estomacal tan frecuente serían secundarias y debidas, según él, al reflujo de gases detenidos en el intestino hacia la cavidad gástrica.

Hoy se conoce que si bien hay casos evidentes en que el estómago se enferma secundariamente, éstos son los menos numerosos, pues por regla general el estómago duodeno y páncreas, con los malos funcionamientos de sus fermentos, preparan desde luego un medio de cultivo inmejorable para el desarrollo de los gérmenes saprofitarios del tubo intestinal.

En la segunda clase, que es la más importante, encuadran la mayoría de los casos.

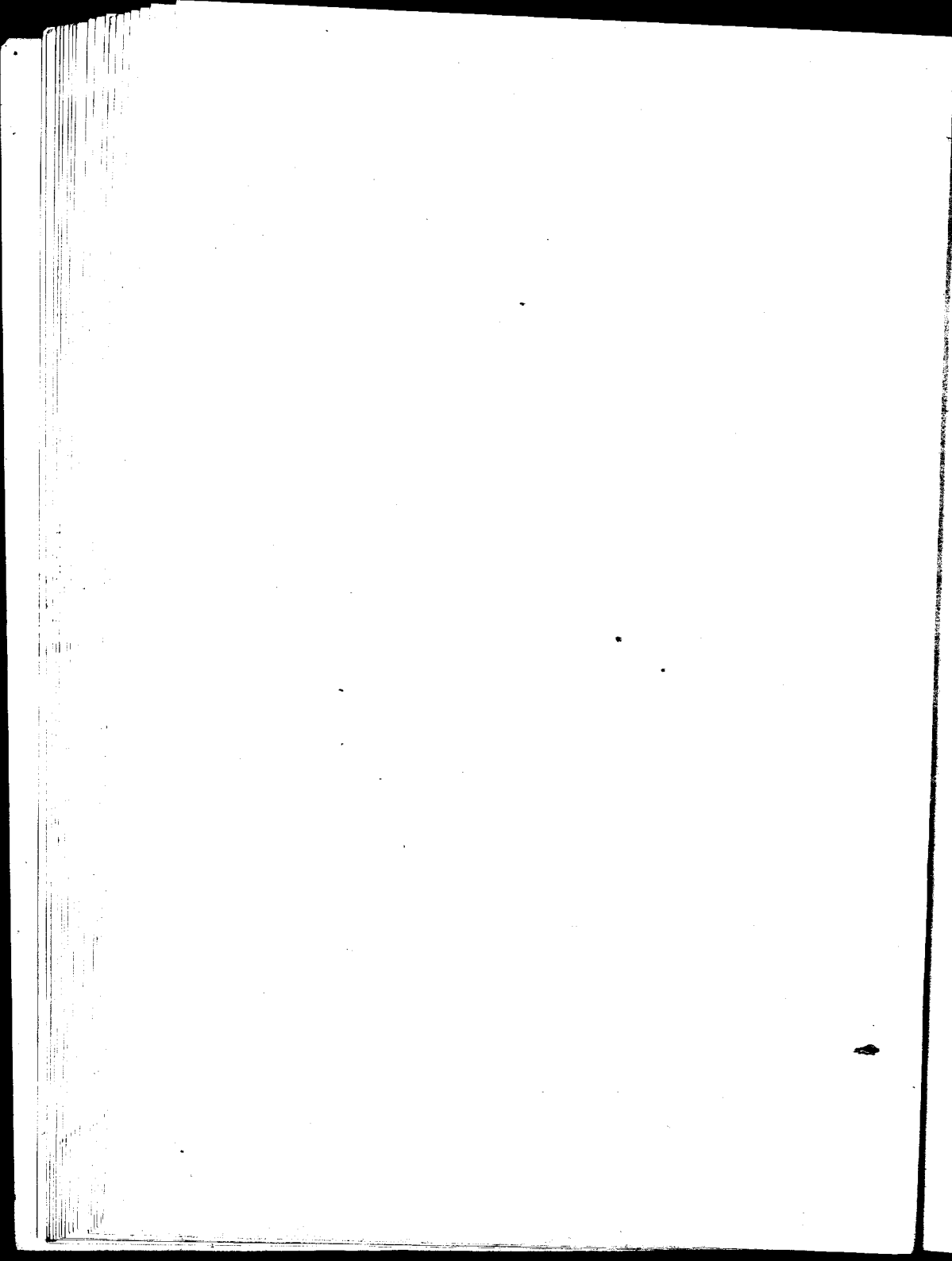
En estos enfermos se ve claramente la afección, siendo secundaria y consecutiva á otra ú otras dolencias y ligadas estrechamente á lesiones orgánicas ó funcionales, ya sea de órganos pertenecientes al aparato digestivo y en su inmediata relación, como ser el hígado y páncreas ú otros órganos distantes de él, como los del aparato génito-urinario, especialmente en la mujer, corazón, pulmones, etc., etc.

La colitis depende entonces en absoluto de la enfermedad que la provocó, su duración está en relación directa de la enfermedad inicial y siendo desde luego un requisito indispensable la curación de ésta para obtener la desaparición de la colitis con tratamiento adecuado la generalidad de las ocasiones y otras, bastando tan solo esa misma curación, para que desaparezca por completo, siempre que un régimen adecuado permita a la flora intestinal de recuperar su normalidad.

A este respecto es bueno recordar las palabras de Lasegue, que decía, hablando del tratamiento de las colitis: «cualquiera que sea la terapéutica, en la inmensa mayoría de los casos, la enfermedad se prolonga indefinidamente, volviéndose una humillación para el médico y para el enfermo una tristeza y un disgusto perpetuos.» Al transcribir la palabras del sabio profesor francés, interpreto su pesimismo para tratar una colitis rebelde a toda terapéutica de esas que yó llamo sintomáticas, pues trataba el

síntoma á base de astringentes ó laxantes según la forma, de otra enfermedad general cuyo asiento principal no estaba precisamente en el cólon.

Esto es lo que en mi concepto debe entenderse por colitis sintomática así delineado a grandes rasgos, y que en el curso de mi tesis trataré de hacer detenido estudio aportando casos clínicos de importancia y de indiscutible enseñanza, anticipando desde luego que no debe confundirse un síntoma con una enfermedad, condición *sine qua non* para un diagnóstico y tratamiento adecuados.



CAPÍTULO II

ETIOLOGIA

La enteritis mucomembranosa que hoy ocupa un amplio lugar dentro de la patología intestinal, no es un estado mórbido bien definido y no merece ser considerado como una entidad clínica, se sabe que á ella le falta base anatómica.

Varias son las fuentes que con su acción refleja originan las colitis mucomembranosas y para ir de lo más próximo á lo lejano comenzaré por estudiar las enfermedades del estómago.

Estómago.—Una de las fuentes más importantes de la colitis, radica en el estómago y casi sin temor á exagerar puede decirse que es la principal. Las dispepsias, cualquiera que sea su naturaleza, y su causa, son capaces de repercutir sobre los demás órganos, sobre sus funciones y

sobre el estado general; son desde luego causantes de un gran número de afecciones derivadas que guardan sin embargo bajo el punto de vista de su diagnóstico y tratamiento la marca de su etiología.

Se concibe que los alimentos que han sido imperfectamente quimificados en un estómago enfermo, provoquen por su contacto perturbaciones de la digestión intestinal.

El intestino posee notables cualidades de suplencia que puede ejercer durante un lapso de tiempo más ó menos largo, cualidad que no cede sino en presencia de un surmenaje funcional prolongado ó bien ante una irritación personal, dependiente de otra causa extra estomacal.

De esta manera pasan muchas dispepsias sin ser conocidas mucho tiempo y no dándose á luz sino con ocasión de un desfallecimiento fortuito del intestino.

Las más importantes entre las repercusiones de las dispepsias sobre el intestino, son: la apendicitis, la diarrea, las hemorroides, las colitis mucomembranosas; me ocuparé únicamente de estas últimas.

La enterocolitis mucomembranosa complica á menudo la hiperestenia gástrica con hiperclorhidria. En estas formas hay una especie de inhibición del intestino en sus funciones.

Esta inhibición se explica fácilmente si se tiene en cuenta que la segunda digestión en el intestino no puede hacerse sino en un medio completamente alcalino y que pasando los alimentos al intestino con exceso de acidez y sin que puedan ser neutralizados con la alcalinidad biliar,

trae los trastornos funcionales consiguientes, poniendo obstáculos á toda acción de los fermentos segregados por el pancreas y la mucosa del intestino delgado.

Esta acidez exagerada reconoce por causa á la hiperclorhidria, pero á menudo ella también es debida á los ácidos orgánicos, de manera que las fermentaciones estomacales poseen igualmente una influencia patógena manifiesta.

Las materias fecales, ácidas, endurecidas, son origen de fermentaciones irritantes que actúan sobre la mucosa intestinal, la que se ve obligada á hacer su reacción de defensa segregando mucus; éste, en contacto con los ácidos fecales sufre modificaciones, cambiando su aspecto y consistencia y coagulándose en parte.

Si el enfermo es un neuro-artrítico, lo que no era al comienzo sino un acto de protección reaccional, se convierte en una localización mórbida. Es así como el intestino continúa segregando mucus por su propia cuenta y sufre en ciertos puntos como la S ílica y cólon transverso espasmos dolorosos, alternando con relajamiento que modifica su calibre, impidiendo así, el curso de las materias fecales y produciendo verdaderas crisis dolorosas; así la colitis mucomembranosa se constituye.

Estas colitis por repercusión gástrica son perfectamente clásicas y caracterizadas por la expulsión penosa de materias fecales ennegrecidas y duras, rodeadas de concreciones membranosas que se presentan bajo distintas formas, ya como cintas vermiformes blanquecinas

apelotonadas ó ya simplemente como masas de la apariencia del blanco de huevo, más ó menos mezcladas de una sustancia mohosa. -

Los otros síntomas, son: estado saburral de la lengua, frecuente fetidez de aliento, anorexia, constipación atónica ó espasmódica, dolor habitual en las fosas ilíacas y arco del cólon, con sensaciones de constricción del vientre, etc.

Estos enfermos tienen marcadísima dificultad para mover su vientre, hacen esfuerzos exagerados provocados por deseos de evacuar, terminando unas veces por defecar poca cantidad de materia dura envuelta en mucus, y otras veces produciendo la prociencia de la mucosa rectal, circunstancias que sumen al paciente en un estado de sobreexcitación ó de neurastenia verdadera.

A menudo la constipación alterna con flujos diarreicos y esta alternancia, esta imposibilidad de regularizar su vientre es un carácter sobre el cual insisten los enfermos.

Sin llegar á ser verdaderas diarreas, las evacuaciones están constituidas por un líquido espumoso, mucilaginoso, fétido, en medio del cual existen pedazos de materia endurecida; son simplemente débacles pasajeras provocadas por la secreción más abundante de mucus.

La evolución de estas colitis es lenta, con crisis dolorosas, de apariencias paroxísticas y á menudo violentas, ya sea localizadas en una región del cólon ó generalizadas á todo el abdomen, acompañada de sensaciones de

desfallecimiento ó lipotimias y estado nauseoso; suelen también acompañarse de accesos febriles bastante irregulares que son las causantes en la mayoría de las oportunidades de los errores de diagnóstico.

El estado general de los pacientes está á veces bastante atacado pues la afección intestinal, viene á agregar sus efectos á los que ya desde luego produce la dispepsia causal.

Los éxtasis estomacales é intestinales obran de un modo análogo, favoreciendo las fermentaciones y exaltando por consiguiente la virulencia de los microbios de la putrefacción, al mismo tiempo que disminuyendo los medios de defensa del organismo.

La éxtasis estomacal se produce en casos de estrechez del píloro, sea por cicatrices, compresión por algún tumor ó brida cicatricial fuera del estómago, tumor pilórico ó en casos de espasmo del mismo píloro.

En estos casos es evidente que una operación adecuada es el único medio de curar la colitis.

Las mismas causas se producen en la éxtasis del intestino, ya sea por espasmos, por compresión ó por mala formación. El frío que favorece las indigestiones y el calor por la ingestión exagerada de líquido que provoca y el impulso que da á las putrefacciones, puede ser causa de fermentaciones que luego por el mismo mecanismo engendrarán la colitis.

Se ha discutido mucho sobre la patogenia de esta clase de colitis.

Siredey y Perroud por ejemplo opinan de que se trata en estos casos de una neurosis especial del intestino que desde luego determinaría la secreción de mucus y siendo la constipación fenómeno secundario.

Otros autores, como Williams, Simpson, Le Bret, etc., piensan que es intervención exclusiva del herpetismo. Vannebroucq cree que se trata de una inflamación de la mucosa intestinal y sus glándulas con proliferación de elementos conjuntivos que obstruyen las mismas glándulas, impidiendo la secreción de ciertos principios, razón por la cual la coagulación de las mucosidades se hace rápidamente.

Morau, sostiene que es á consecuencia de una irritación vagino-uterina propagada al intestino por el sistema linfático. Potain y G. Sée piensan al contrario diciendo que es la constipación el síntoma que primitivamente se establece y que las irritaciones de la mucosa tienen un origen mecánico.

Finalmente Dieulafoy sostiene que debe existir una relación de causa á efecto entre la arenilla intestinal y la enteritis mucomembranosa. Según él, la arenilla tendría su origen intestinal, constituiría una manifestación artrítica y engendraría la colitis á título de complicación. Robin, argumentando á Dieulafoy, dice que hay muchos casos de arenilla sin enteritis y, lo que es más significativo, hay muchas enteritis sin arenilla. Aunque en muchas observaciones de enterocolitis mucomembranosa coincida con la coprostasia, no parece que esta en-

terocolitis sea debida unicamente á la constipación.

Se debe entonces invocar otro factor, la hiperestenía gástrica con hiperclorhidria, que por la extrema acidez del quimo, altera las condiciones normales de la digestión intestinal, crea una constipación con coprostasis y agrega una irritación química á la irritación mecánica producida por las materias fecales endurecidas.

Higado.—Descartando los casos en los cuales la enfermedad hepática es secundaria á cualquiera infeccion intestinal, la mayoría de las veces el hígado es el órgano que se enferma primeramente. Muchas enfermedades hepáticas y en particular la litiasis vesicular, traen aparejadas, en calidad de sintomáticas, colitis rebeldes en extremo, con toda la apariencia de colitis primitiva; el médico que atiende, indica al paciente tratamiento de tal, y es solamente teniendo en cuenta lo infructuoso del mismo, que obliga á detenerse y buscar otro factor, otra causa.

Conozco varios casos de sujetos que han estado durante mucho tiempo asistiéndose de colitis diagnosticada por distintos facultativos hasta que apareció repentinamente un cólico hepático, con todo su cuadro sintomático, dolor localizado, ictericia etc., etc.

La litiasis biliar, especialmente la vesical y en las mujeres sobretodo, es una afeccion que evidentemente tiene su predileccion por el cólon. No debe nunca dejarse de pensar en litiasis biliar cuando se está en presencia de esas diarreas inopinadas, rebeldes al tratamiento, mucho

más aún si agregan al cuadro clínico algunos otros signos, como por ejemplo inapetencia, estado nauseoso, molestias de todo género durante la digestión y el ligerísimo tinte amarillo de la tez.

No se debe dudar cuando hay ó ha habido manifestaciones de parte de la vesícula, ya sea bajo la forma de cólico vesicular ó ya en forma de cistalgias ó cuando esos dolores comienzan dos ó tres horas después de las comidas, es decir, cuando la flucción biliar se inicia.

Estas reacciones son mucho más manifiestas cuando aparte de la litiasis hay procesos de proliferación de los tejidos vecinos, es decir, cuando se ha formado verdaderas pericistitis. En estos casos la intensidad del fenómeno dolor está aumentado en relacion directa con la extension y la cronicidad de la afeccion.

En estos casos un tratamiento adecuado del régimen alimenticio, especialmente á base de farinaceos y la administracion de la codeina y belladona á dosis convenientes da excelente resultado.

Al lado de éstos, tenemos otros enfermos en los que el tratamiento indicado anteriormente no da resultado y en ellos hay que decidirse prontamente por una intervencion, previniendo la posible infeccion posterior ó cualquier otra eventualidad.

Dos modos de pensar explican como la litiasis biliar con ó sin obstruccion es productora de esas colitis sintomáticas, ó bien es una simple coincidencia, pues esta afeccion y la colitis mucomembranosa parecen ser patri-

monio de los sujetos artríticos, ó es que al pasar los calculos por el intestino, provocan una irritacion, irritacion que á fuerza de repetirse engendra necesariamente la colitis mucomembranosa con sus clásicas deposiciones diarreicas.

En los demás casos y considerando siempre el hígado como primitivamente enfermo, la bilis es segregada con una toxicidad más o menos elevada, la vesícula se ingurgita, se pone tensa, el excedente sigue pasando por su vía normal al intestino, bilis irritante ó infectada que necesariamente tiene que comunicar al intestino su irritacion ó infeccion y la colitis mucomembranosa queda constituida por simple contaminacion.

Conozco dos casos muy interesantes; uno de ellos se trata de un hombre de 49 años que acusaba en sus antecedentes lejanos un ataque de litiasis; ha sido colítico desde su adolescencia y en la época que me refiero estaba en pleno ataque de colitis aguda con toda su sintomatología, temperatura de 39°, vómitos, síncope, dolores violentísimos con espasmos del cólon localizados en su ángulo derecho sobretodo; durante este ataque el hígado estaba hipertrofiado, palpándose su borde inferior á dos dedos por debajo del reborde costal, como así mismo la vesícula biliar muy agrandada y dolorosa aún á la palpacion suave; sus deposiciones mucomembranosas tenían arenilla y eran teñidas fuertemente de pigmentos biliares, especialmente de biliverdina, dando un olor muy fétido. Pasado su ataque el enfermo mejoró y sigue actualmente

un régimen dietético y adecuado tratamiento. El otro caso es muy semejante.

Páncreas.—Iguales consideraciones que para el hígado debe hacerse para el páncreas, órgano glandular anexo del tubo digestivo y que interviene directamente en el funcionamiento regular del mismo.

El páncreas, embriológicamente considerado, deriva del intestino y aún después de individualizado, sigue siendo su tributario, pues por intermedio de sus canales excretores, vierte al nivel del duodeno un líquido, el jugo pancreático, dotado de poderosas propiedades digestivas sobre las clases de alimentos.

La digestión pancreática se hace generalmente en presencia de la bilis vertida por el canal colédoco igualmente al nivel de la ampolla de Vater y en presencia del jugo duodenal. Esta digestión sucede á la digestión estomacal, que se hace primeramente en medio ácido y lleva mucho más lejos la desintegración molecular que precede á la absorción intestinal.

La acción del jugo pancreático se ejerce sobre los diferentes alimentos con los que entra en contacto, actuando sobre los hidrocarbonados, las grasas, los albuminoides; aparte de todo esto, el jugo pancreático tiene también una acción antitóxica y antimicrobiana, pues Hearn por un lado y P. Carnot por otro lado, han demostrado *in vitro* que los microbios después de un contacto prolongado con el jugo pancreático perdían la afinidad

para las materias colorantes y *in vivo* la rápida alteración de los micro-organismos inyectados en el páncreas.

Se debe recordar que por su funcionamiento las glándulas digestivas están tan íntimamente unidas, que muchas veces se suplen entre ellas desde que es tan importante la asimilación nutritiva del tubo digestivo. Sin embargo, y dada esa misma solidaridad funcional, es fácil comprender cómo una alteración cualquiera, del páncreas por ejemplo, tiene necesariamente que repercutir sobre los otros órganos y en el intestino sobre todo, desde que es en él donde se efectúa la sección funcional del páncreas. Y así tenemos esas diarreas frecuentes durante un proceso patológico del páncreas, diarreas también llamadas salivación abdominal ó diarreas pancreáticas.

Otras veces, al contrario, es la constipación la que llena el cuadro y en la mayoría en los casos alterna ésta con diarreas profusas, constituyendo el único síntoma de la afección glandular.

Según el estado del hígado y de la secreción biliar, las deposiciones son más ó menos pálidas y en ocasiones completamente blancas. La diarrea contiene grasas fácilmente reconocibles, ya materias aceitosas que sobrenadan en el líquido, ya pedazos concretos solidificados por el enfriamiento.

Riñón.—Otra fuente importantísima productora de colitis mucomembranosa es el riñón. Estudiando la nosología de este importante órgano de la economía y sobre

todo la fisiopatología del mismo, se ve claramente la estrecha relación que tiene con el aparato digestivo general y sobre todo con el intestino.

Hay entre ellos una solidaridad funcional evidente y Saunders en una notable obra ha establecido perfectamente que esa solidaridad también existe en el terreno de la patología, á tal punto que sería cuestión difícil, por no decir imposible, disociar en los procesos patológicos, sobre todo de infección é intoxicación, estas dos vísceras, empuñados naturales del organismo que necesariamente marchan paralelamente, sea confundidos sea dependiendo uno del otro.

Son las nefritis de formas clínicas distintas esas nefritis á veces ignoradas, á las que no se puede ciertamente atribuir una etiología y las ptosis del riñón los dos procesos renales principales que traen fenómenos de colitis y que sólo se rebelan cuando el fracaso del tratamiento obligan á profundizar más el estudio del enfermo.

Sabido es que la uremia, esa enfermedad tan clásicamente conocida, afecta múltiples formas clínicas y que esas formas variadas atacan otros tantos distintos órganos. El aparato digestivo puede ser perfectamente herido desde un extremo á otro de su recorrido, constituyendo lo que se conoce con el nombre de uremia digestiva ó uremia gastro-intestinal; aislados ó reunidos, solitarios ó asociados á otros síndromes tóxicos, se pueden observar desde los accidentes buco-faríngeos hasta los accidentes gástricos é intestinales.

La diarrea de estas colitis mucomembranosas es tenaz, recidivante, y algunas veces incoercible, ya serosa é hidrorreica, cargada de carbonato de amoníaco ó ya mucosanguinolenta y disenteriforme.

A veces ella se acompaña de ulceraciones de la mucosa del duodeno, ileo y colon, pudiendo llegar en ciertos casos á perforarse y producir consecutivamente una peritonitis difusa, rápidamente mortal.

La forma ulcerosa evoluciona especialmente en la última porción del intestino grueso, colon y ciego, con una gravedad á veces alarmante, supuesta la eventualidad de las perforaciones primero y luego por las posibles estenosis cicatriciales que pueden ser su lejana consecuencia.

Su localización electiva al nivel del intestino grueso se explica por el hecho que es allí donde se realiza el contacto más prolongado de las materias fecales, permitiendo entonces mucho más fácilmente las infecciones secundarias por los gérmenes intestinales.

Sentado el criterio de la solidaridad funcional normal, del riñón é intestino, fácil será comprender ese mismo paralelismo para sus estados anormales.

Claudio Bernard y Barreswill habían ya en 1847 probado esta íntima relación, demostrando una función evidentemente vicariante de la mucosa intestinal, después de hacer en el perro la ligadura doble de los uréteres ó la nefrectomía doble.

Modernas investigaciones y las observaciones de la clínica, confirman hoy en día este rol vicariante de la mu-

cosa intestinal en la uremia, agregando que esa diarrea se ejerce sobre todo por la eliminación de los cloruros y de la úrea.

Este rol supletorio no se efectúa impunemente, sino que se acompaña de lesiones de la mucosa intestinal y que, como ya dejo señalado más arriba, van desde el simple catarro mucoso hasta las verdaderas ulceraciones, muchas de las cuales son mortales.

En estos casos el tratamiento es otro elemento elocuente de discernimiento, pues póngase á esos colíticos en tratamiento de renales, ya sean ellos retencionistas clorúricos ó uréicos, y curarán seguramente de su diarrea incoercible y rebelde.

He dicho que la ptosis del riñon también produce la colitis, mucomembranosa. Efectivamente, en las formas graves de colitis, especialmente en las mujeres, es excepcional que falte la enteroptosis ó la nefroptosis. Según un estadística de Mathieu, de 95 mujeres afectadas de colitis, 54 están afectadas de riñon flotante.

Esta coexistencia de las dos afecciones no es obligada, como parecía á primera vista, pero el hecho es que en las formas graves de colitis el relajamiento de la pared y la ptosis del riñon son constantes. Ahora bien cabe preguntar ¿la ptosis es primitiva ó es consecutiva á la colitis? Glenard, sostiene y para ello abunda en casos de observación, que la ptosis sería la causante de las dispepsias y de las colitis. Por el descenso del colon transverso y la formacion de ángulos agudos en su unión con el colon

ascendente y descendente, se produciría la colitis mecánicamente con acumulación de materias en la parte media del transverso, que precisamente tendría que dilatarse en esa parte. El mismo fenómeno pasaría en el ciego y cólon ascendente.

En una sesión de la Academia de Medicina de París (29 de Abril de 1897), Glenard después de hacer un prolijo estudio sobre la patogenia de la ptosis, sostuvo en conclusion que la infeccion en la colitis era consecutiva á la ptosis misma.

Por consiguiente curada ésta, se facilitaba la curacion de la colitis, agregando que ese tratamiento era indispensable.

Que la ptosis es primitiva, tenemos la prueba en lo que pasa en los niños. A diario se observan niños que han sido dispépticos con una pared abdominal relajada, el vientre de batracio que, colocados en decúbito dorsal, el vientre se aplasta y reborda a los costados.

Si estos niños continúan siendo gordos, pueden evitar la colitis, si ellos se adelgazan aparece casi fatalmente ésta, por descenso de los órganos.

Según Tuffier, la enteroptosis y nefroptosis y muy especialmente la del riñon derecho, el cual está unido al cólon ascendente por el ligamento superior del ciego, produciría un estiramiento de los filetes nerviosos en la estacion de pié, de lo que resultaría una verdadera neurosis de los plexos abdominales, una hiperestesia con perturbaciones neuromotoras y secretorias.

En semejantes casos el tratamiento de inmensas luces sobre la patogenia y etiología de estas colitis, pues el decúbito dorso-horizontal, la contension del riñon por medio de un vendaje á propósito ó bien la nefropexia hacen desaparecer los dolores, que son seguidos de la curacion de la enterocolitis.

Si el riñon es la única víscera en ptosis y desde luego el único factor de la colitis membranosa, la curacion se efectuará después de una intervencion adecuada.

Weber, relata el caso de una señorita que á consecuencia de una caída violenta tuvo una ptosis del riñon y fué inmediatamente atacada de una enterocolitis aguda; operado de nefropexia curó espontáneamente á los diez días de su colitis.

Organos gènito-urinaris. — La accion refleja ó directa que por vecindad trae sobre el cólon las lesiones anexiales de la mujer, son perfectamente conocidas. Todas las afecciones de la zona genital, vajinitis, metritis, salpingo-ovaritis, perimetritis, hipertrofia del cuello del útero, etc., etc., tienen manifiesta tendencia á complicarse de colitis mucomembranosa.

Este principio no es fatalmente cierto, pues basta citar ejemplos de mujeres afectadas de la zona genital sin que presenten colitis. Hay algunos autores que sostienen que las afecciones útero-ováricas serían la causa exclusiva y etiológica de la colitis mucomembranosa; esta creencia falla completamente con el solo hecho de recordar que

los hombres también padecen de colitis mucomembranosa.

Monod, Pichevin y Letcheff, explican esta coincidencia de las dos afecciones, diciendo que las conexiones linfáticas que existen entre el recto y la parte inferior del cólon descendente con los órganos genitales, propagarían con sus anastomosis la infección de unos órganos á los otros. Otra explicación que admite la propagación de los gérmenes por los linfáticos y los capilares venosos que corren á lo largo de las adherencias que tan a menudo se forman, uniendo entre sí los órganos abdominales, está más en conformidad con los datos que suministra la anatomía patológica, pues es sabido que el hecho sucede para las trompas, los ovarios, el apéndice, pudiendo propagarse la infección de uno de los primeros al segundo y vice-versa.

El sistema nervioso, por otra parte, tiene también su intervención, y su influencia repercute sobre todos los órganos abdominales.

Es del conocimiento general que las mujeres colíticas crónicas tienen sus exacerbaciones durante los períodos menstruales. Hay enfermas que con ocasión de sus períodos ó de abortos reanudecen su colitis, afección que en muchas de ellas es inveterada, datando de muchos años.

En la «Société de Therapeutique» en Octubre de 1897, Mondel señaló las relaciones que existían entre las afecciones ginecológicas y las colitis. Según él, las secreciones de mucus y de membrana se realizan preferentemente en la S ilíaca y son producidas especialmente en los ca-

sos de retroversión y retroflexión del útero ó bien en las lesiones anexiales inflamatorias con adherencias.

Por el tironeo de los plexos nerviosos abdominales, los centros tróficos de la nutrición y de la secreción del intestino se irritan, y por su irritación producen el síndrome colítico. Por idéntico mecanismo la repercusión que tendrían sobre el intestino, el prolapso uterino, las anteversiones, anteflexiones y la nefroptosis.

Ch. Sauleyre, ocupándose en su tesis inaugural de las neuropatías genitales de las mujeres y al desarrollar su tema de que el origen frecuente de las neurastenias y de la histeroneurastenia es en ellas debido á lesiones patológicas y funcionales de la zona genital, coloca el enterocolitis mucomembranosa como una complicación secundaria de las más comunes. Los tumores de útero ú ovarios tienen también una influencia manifiesta sobre el intestino, en cuanto á su fisiología se refiere. Sabido es que toda causa que comprima el intestino y reduzca su luz es capaz de provocar un ataque de enterocolitis por estancamiento de materias fecales, ataque que puede ser más ó menos duradero. Si en la parte superior á la compresión las materias están líquidas, los microorganismos puestos como en un vaso cerrado, pululan, la putrefacción comienza: se reabsorben las toxinas, aparece la fiebre, el dolor y todo el cortejo de un ataque agudo.

Iguals consideraciones se pueden hacer del embarazo, pues el aumento del tamaño del útero, provoca compresiones como si se tratara de un tumor de grandes propor-

ciones. En estas enfermas un tratamiento ginecológico adecuado las mejora enormemente de su colitis, pero á veces es necesario hacer, á la par que éste, un tratamiento á su colitis.

Las cistitis, las prostatitis y las inflamaciones de las vesículas seminales en el hombre son otros tantos factores etiológicos de la enfermedad que me ocupa, hecho que sigue explicándose por la vecindad de los órganos en cuestión y la propagación de los gérmenes infecciosos por los vasos linfáticos.

Neurastenia, surmenage é histeria.—Existe, según muchos autores, entre otros Combe, una enterocolitis muco-membranosa, afección intestinal y una enteroneurosis muco-membranosa, afección completamente nerviosa. Contra esta última el tratamiento debe dirigirse hacia el sistema nervioso (sobre alimentación, psicoterapia, sugestión, persuasión, etc.) En estos enfermos no hay infección, la coproestasis no es por contractura, sino más bien por relajación de las paredes intestinales, atonía verdadera, en la última parte del intestino. El tamaño de las materias fecales es enorme, produciendo dolores intensos en el ano durante su expulsión por la gran cantidad de heces y á veces gran cantidad de membranas. En esos enfermos no hay fermentaciones intestinales, sobre todo las producidas por los microbios de la putrefacción.

Hay enfermos neurasténicos en los que encontramos vientre flácido, las ansas intestinales que se dibujan á

través de la pared abdominal. Estos atónicos, distendidos y en los que aparte de sus fenómenos nerviosos, vértigos, temblores, astenia, etc., su estado general queda bueno; pero en cambio hay algunos enfermos que alternan en sus manifestaciones esos ataques que llamaré amicrobianos con verdaderos ataques de colitis por autointoxicación. Según eso, se puede perfectamente pensar que esta forma no es sino un modo especial y pasajero de la colitis mucomembranosa, sucedida en ciertos y determinados sujetos, la mayoría de ellos histéricos y nerviosos.

Parece que es una condición necesaria para que se produzca esta enfermedad un fondo neuroartrítico. La otoñía intestinal y la ptosis consecutiva, producen entre ambas la estasis de materias estercoreales, de donde deriva en un tiempo más ó menos largo la irritación del intestino y por consiguiente la hipersecreción del mucus.

Por los estiramientos del plexo abdominal, el nervio simpático entra en reacción produciendo una serie de reflejos de donde derivan los dolores y los espasmos que á su vez repercuten sobre el mismo sistema nervioso y hacen que el enfermo gire en un círculo vicioso y vea su enfermedad agravarse cada día. Sin embargo, esta no es una ley fatal, pues hay muchos atónicos que no hacen su colitis mucomembranosa.

La dispepsia de los neurasténicos con todos sus fenómenos complejos, como son los borborigmos, flatulencias, lentitud de las digestiones, congestiones del rostro y del cerebro, etc., se complica siempre de irregularidades de

la defecación. Lo mismo sucede con los sujetos que han hecho un desgaste exagerado de fuerzas físicas y psíquicas que han entrado en franco *surmenage*. En ellos es muy general encontrar fenómenos gástricos, digestiones irregulares é incompletas, cansancio correspondiente al desgaste efectuado y como lógica consecuencia la repercusión de todo este mal funcionamiento, el intestino se resiente, se irrita y viene la hipersecreción de mucus. A veces la constipación pertinaz alterna con las debacles diarreicas y las alternativas de acolia y de hipercolia indican la participación del hígado, y poco á poco la enterocolitis está constituida, coincidiendo á veces en las mujeres con las dismenorreas membranosas.

La neurastenia verdadera primitiva es á menudo precursora del tabes ó de la parálisis progresiva ó de cualquier otra afección nerviosa grave, resulta que la colitis suele asociarse tarde ó temprano con varios procesos mórbidos de esta naturaleza.

Por otra parte no se debe olvidar que los colíticos y artríticos á la vez, por su fondo neuropático, por sus preocupaciones sobre el estado de salud y su mala nutrición, concluyan por ser neurasténicos y se constituya entonces un círculo vicioso, la neurastenia secundaria reaccionando en forma favorable sobre su enfermedad. Este es un hecho de observación diaria, todo colítico llega necesariamente con el tiempo á hacerse acreedor de alguno de los estigmas de la neurastenia.

No pasaré por alto sin mencionar la influencia que

tiene la histeria sobre el funcionamiento intestinal. Es sabido y yá lo he dicho antes, que el sistema nervioso influye de una manera poderosa sobre todas las secreciones y son bien conocidas las diarreas nerviosas, sea por miedo sea por alguna excitación pasional.

Algunas neurosis, algunas lesiones del eje cerebro-espinal, la misma enfermedad de Basedow, el tabes, se suelen acompañar de crisis nerviosas que pueden llegar hasta las colitis mucomembranosas si una infección se agrega á este estado. Hay ciertos asmáticos que presentan á cada ataque de asma, crisis diarreicas; parecería que el mismo elemento neuropático determinara al mismo tiempo el espasmo de los bronquiolos y los del intestino. Según esto, la gran neurosis, la histeria será indudablemente uno de los grandes factores de la colitis membranosa, la que cesará sin duda con los medios que se emplean para curar la enfermedad inicial.

Tuberculosis.—Ciertas enfermedades generales y entre ellas especialmente la tuberculosis, tienen repercusión sobre el tubo intestinal, siendo á veces primera y única manifestacion.

No quiero aquí referirme á la tuberculosis intestinal que trae otra clase de síntomas, sinó á la tuberculosis pulmonar, que tiene sus manifestaciones intestinales.

La tuberculosis no solo ataca el pulmón, sinó que también hace sentir su dañosa influencia sobre todas las vísceras del organismo, sea mediante la difusion accidental

de los bacilos, sea mediante la intoxicación general.

En los tísicos son frecuentes los disturbios intestinales; éstos como los estomacales llaman preferentemente la atención del médico. Dependen de múltiples causas y es por eso que su valor semeiológico no es único. Son caracterizados clínicamente por diarreas, dolores abdominales, disturbios de la digestión intestinal y de asimilación. Según la causa que produce la lesión intestinal, este síntoma varía mucho y puede ser acompañado de hemorragia intestinal, como en la misma tuberculosis del intestino ó de tumor como en la tifitis tubercular.

Estos fenómenos son debidos á una enteritis no bacilar, á congestiones del intestino con diarrea profusa llamada nervomotora semejante á la que se produce en los enfermos sometidos á la sobrealimentación, de las que son un accidente.

La enterocolitis de los tuberculosos fué descrita primeramente por Girode, que la explicaba por la acción directa de las toxinas tuberculosas (enterocolitis tóxica).

Esta enteritis, como ya lo he dicho, puede preceder á todos los demás síntomas clínicos de la tuberculosis pulmonar, pero más á menudo coexiste con ella sobre todo en su faz de tuberculosis abierta.

Está caracterizada por una infiltración leucocitaria del estrato mucoso y en la zona periglandular; los vasos capilares están turgescientes; el epitelio de las glándulas prolifera ó degenera, los cuerpos glandulares se hiper-

trofian, dando nacimiento á especies de vegetaciones polipiformes ó de adenomas.

La enteritis tuberculosa provoca una diarrea mucosa no sanglante, á menos que coexistan ulceraciones tuberculosas, dispepsia intestinal, cólicos, dolores á la simple presión del vientre y meteorismo. Las materias fecales contienen mucus, restos alimenticios no digeridos, especialmente los granos amiláceos.

La degeneración amiloidea es el último fenómeno del período cavitario y se manifiesta con una diarrea, sin dolor, vientre indoloro é insensible á la presión. En las diarreas neuromotoras y congestivas que aparecen de improviso y transitoriamente, las heces son constituídas especialmente por productos de exudación serosa, son muy líquidas y contienen poco mucus. La sobrealimentación á que se somete un enfermo con fin terapéutico y especialmente cuando no está bien instituída, trae fenómenos de intolerancia que son verdaderas indigestiones intestinales, acompañadas de diarrea biliosa, dejando trás ellas un embarazo gástrico algo persistente.

Aparte de los casos en que hay una lesión anatómopatológica del intestino, existen enfermos en los que los desórdenes intestinales son puramente funcionales y dependientes de la intoxicación tuberculosa, desórdenes que pueden ser representados por la diarrea unas veces y por la constipación otras.

Hallos, llama la atención de los médicos diciendo que la constipacion habitual y pertináz cuando va acompaña-

da de otro síntoma funcional que pueda ser admitido en relacion con un estado de intoxicacion tuberculosa, puede ser considerada como posible expresion de la tuberculosis, ya sea ésta ganglionar ó pulmonar.

De consiguiente no será exagerado aconsejar á que se busque sistemáticamente lesiones de tuberculosis en presencia de una colitis cuya causa es imposible determinar.

La causa de esta localización intestinal, seguramente está en relación con dos consideraciones: 1.º, á la acción que las toxinas tendrán directamente sobre el aparato intestinal considerado como un emontorio, y 2.º, á lo que traerá indirectamente sobre las vías digestivas, trastornando las funciones normales.

Aparte de la tuberculosis, muchas otras formas generales y en especial las infecciones agudas, son susceptibles de provocar ó dejar como reliquia una enterocolitis mucomembranosa. La malaria, el sarampión, la disentería, la viruela, la tifoidea, la influenza, etc., provocan á menudo infecciones secundarias, á tal punto que se ha llegado á pensar que muchas de ellas eran productoras directas de ciertas afecciones, cuando en realidad no hacen más que reagudecer un proceso ya antiguo; así por ejemplo, después de una infección aguda cualquiera empieza un empuje tuberculoso ó bien se reagudece un reumatismo que se creía ya curado. Muchas afecciones producen putrefacciones intestinales y por consiguiente facilitan por lo menos los *poussés* agudos de enterocolitis mucomembranosa.

Combe, ha podido comprobar que algunas de esas afecciones, la influenza y el sarampión entre otras, se acompañan de una hipoleucositosis polinuclear notable.

En la fiebre tifoidea durante el tercer septenario y en la rubeola al comienzo, en la pneumonía en su período de resolución, etc., en todas ellas hay una disminución de leucocitos polinucleares. Esto significa que en esas afecciones hay un momento, durante el cual la defensa del organismo se encuentra considerablemente disminuída, dejando campo libre á los gérmenes patógenos para producir infecciones secundarias, circunstancia que explicaría los ataques de colitis mucomembranosa que á menudo se constatan después de estas enfermedades agudas.

Este convencimiento es el que obliga al médico vigilar mucho la convalecencia de esas enfermedades, sobre todo en lo que se refiere á la higiene de la dietética del paciente y de la desinfección intestinal. En una palabra, hay que tratar de aumentar los medios de defensa del organismo, evitando lo que pueda favorecer las fermentaciones gastrointestinales.

M. Londe, en la «Société Médicale des Hopitaux», en 1899, comunicó una observación de un hombre de 23 años de edad, que después de una fiebre tifoidea tuvo una infección estreptocócica secundaria, que se tradujo por una colitis mucomembranosa, una angina aguda, un eritema polimorfo, hemorragia intestinal, púrpura y zona lumbo-abdominal; el tratamiento arsenical produjo la

curación en breve tiempo. Esto se explicaría porqué en la lucha antimicrobiana los leucocitos han disminuído muchísimo ó porqué la presencia de toxinas y antitoxinas, alteran su quimiotaxia y los desorienta con respecto á los gérmenes que están en su presencia.

Otros factores.—Intoxicaciones alimenticias.—(Exceso, mala calidad ó preparación, falta de régimen, de masticación, bebidas).—La higiene alimenticia es de un rol importantísimo para el buen funcionamiento del aparato gastrointestinal; la no observancia de sus principales preceptos es un gran factor principal de su alteración funcional y patológica.

La alimentación defectuosa demasiado fuerte y abundante, junta con las preocupaciones de la vida moderna por demás agitada, y por otra parte el artritismo patrimonial más exclusivo de las clases acomodadas, tienen directa repercusión sobre el intestino que reacciona bajo la forma de colitis membranosa muy dolorosa.

Esta clase de colitis se acomoda más á las ciudades y grandes centros de población, siendo excepcional en la campaña; las mujeres están más expuestas que los hombres, por lo menos en una proporción de dos á uno. Su nervosismo, la constipación más habitual, la influencia de las enfermedades de los órganos de la zona genital, los embarazos y su vida mucho más sedentaria, explican el porqué de esa predilección.

La ingestión de alimentos de mala calidad, por ejemplo

las conservas, carne de cerdo conservada (chorizos, salame, etc.), las cremas, carne cansada, etc., pueden producir el botulismo agudo que se acompaña de colitis membranosa. Esas infecciones por carnes de animales enfermos, al producir las neteritis agudas más ó menos graves, son á menudo el punto inicial de la infección agregada que se convierte pronto en la colitis membranosa.

De paso y como dato ilustrativo daré la división que Fischer admite en cuanto se refiere á intoxicación alimenticia bacteriana: 1.º El botulismo agudo, intoxicación debida á la toxina del bacilo *botulinus*, anaerobio que se desarrolla en el interior de las conservas, jamones, salchichas, cuya toxina se destruye á la temperatura de setenta grados, (síntomas nerviosos y paralíticos); 2.º Infecciones debidas al desarrollo de las materias de la putrefacción en alimentos primitivamente sanos (afecciones gastro-intestinales, síntomas nerviosos, calambres); 3.º Infecciones verdaderamente gastro-intestinales con temperaturas escalofríos, vómitos, diarreas, calambres, debido á bacterias de la familia tifo-coli. En esta afección las deposiciones son nauseabundas con betas sanguinolentas y aparece un herpes labial y nasal.

El uso habitual de carne tiene una influencia nociva sobre la salud en general y sobre las afecciones intestinales en particular, lo mismo que el exceso de huevos y leche.

Combe de Lausanne, pretende que si la colitis membra-

nosa es más frecuente en las grandes ciudades, especialmente en Francia, Bélgica, Inglaterra, Rusia y es común á las clases acomodadas, el hecho es debido al abuso de la alimentación azoada, y dice que en Suiza es una enfermedad rara, no encontrándose sinó en los grandes centros como Ginebra. Cita en apoyo de su tesis la comunicación de Lucas de Championnière sobre las causas de la apendicitis. Enteritis, colitis y apendicitis, son infecciones de la mucosa intestinal que evolucionan distintamente merced á sus condiciones anatómicas, pero cuyo punto de partida puede ser único é idéntico.

Lucas de Championnière, en su comunicación atribuye al uso exajerado de la carne la causa de la apendicitis, al consumo prematuro en los niños y á que la carne es ingerida sin ser bastante cocida ó masticada; á ese régimen hace causante de las putrefacciones intestinales y aporta en prueba de ello algunos datos etiológicos de estadística, y así dice que en las cárceles donde se dá poca ración de carne, siendo el régimen casi exclusivamente vegetariano, hay solo un caso raro de apendicitis en mil detenidos por año. Cita el caso del Convento de Hermanas de San José de Verdun, donde desde 1888 no se ha observado un solo caso de apendicitis, pues su régimen es lacto-vegetariano, y por oposición menciona á las religiosas del Hotel de Dieu en París, cuya alimentación es esencialmente cárnea y entre las cuales se suceden varios casos de apendicitis por año.

Tales aseveraciones y tales datos producidos por un

maestro como Lucas de Championnière obligan á acatarlos, máxime si se tiene en cuenta la parte físico química de la digestión.

En efecto, se tiene que reconocer indudablemente que la alimentación cárnea es más susceptible que cualquier otra á producir ptomainas y leucomainas por las fermentaciones bacterianas y que en la orina de un carnívoro hay mucho más indicán y sulfo-éteres de la serie aromática que en la de un herbívoro; así como sus materias fecales contienen una proporción más elevada de indól y escatól.

De modo, pues, que resumiendo puedo afirmar que el régimen excesivamente cárneo y sobre todo en individuos de tara artrítica, es á menudo causa productora de la colitis mucomembranosa.

El abuso del alcohol, los envenenamientos químicos por ácidos ó alcalis que producen ó nó ulceraciones en el intestino, son punto de origen de una enteritis aguda que luego termina con una colitis membranosa. El mecanismo de esta colitis es sencillamente explicable; después de la enteritis aguda se establece la atonía intestinal, la mucosa que está lesionada funcionalmente pierde sus medios de defensa y entonces las putrefacciones intestinales se instalan, trayendo aparejada como consecuencia la colitis membranosa.

Se debe además notar que en estos casos de envenenamiento, la gastritis consecutiva del mismo impide la bue-

na elaboración del bolo alimenticio y desde luego es un nuevo factor agregado á la génesis de la colitis.

Vemos, pues, como las fermentaciones estomacales é intestinales, la mala elaboración del bolo alimenticio y la composición también defectuosa del quimo, suscitan desdoblamientos químicos y como resultado de la formación de ácidos y éteres, sulfoconjugados, indól y escatól por medio de los saprófitos anaeróbios que viven en simbiosis en el tubo intestinal con las bacterias útiles.

El frío, una excesiva comida, mala masticación, una emoción violenta, ó bien un exceso de trabajo durante las horas de digestión son suficientes para producir fenómenos tóxicos por inhibición nerviosa y traer la alteración de la mucosa intestinal con todas sus consecuencias.

Enfermedades nasales y laringofaríngeas.—Las enfermedades de la nariz y laringofaríngeas, tanto en los niños como en los adultos, sino causas primitivas, por lo menos son causas etiológicas coadyuvantes de la colitis mucosmembranosa sintomática, dignas de tenerse muy en cuenta.

El catarro crónico de la nariz, los pólipos, el ozena, la sinusitis maxilar, las amigdalitis, las vegetaciones adenoideas, etc., son enfermedades capaces de favorecer y provocar por sí mismas una infección gastro-intestinal. Los enfermos que padecen de estas afecciones, degluten las mucosidades y pús fétido, llenos de microbios, y en algunas oportunidades sumamente virulentos.

Esa deglución á que hago referencia se efectúa por

regla general durante la noche, mientras en el estómago no contiene el ácido clorhídrico, de manera que está en condiciones de receptividad desfavorables. Estas mucosidades y pús pasan al intestino, se mezclan con la flora normal del mismo, la alteran, el intestino reacciona segregando mucus y la colitis se establece casi fatalmente.

Hay que agregar que en los adultos, la caries dentaria cuando es muy extensa, además de provocar la dispepsia y las infecciones gastrointestinales por la defectuosa masticación de los alimentos, favorece corrientemente fenómenos de alteración intestinal con infección directa, siendo la saliva el vehículo de los gérmenes de la caries dentaria. Está demás decir que el tratamiento de esas afecciones será condición indispensable del éxito de la terapéutica dirigida contra el proceso intestinal. Por fin y después de haber hecho esta reseña nosológica de la mayoría de los padecimientos que pueden repercutir directamente sobre el cólon que reacciona sintomáticamente, indicaré toda la razón que tiene el cólon para expresar su invasión mórbida, cuando las lesiones radican en él mismo, como sucede con las afecciones neoplásicas malignas que en él toman asiento con relativa frecuencia y los parásitos intestinales que viven y se reproducen adheridos á la mucosa.

Los parásitos intestinales más comunes entre nosotros son los oxiuros, ascaris lumbricoides, tenias especialmente, y en algunas regiones como el Chaco, Misiones, Corrientes, el anquilostoma duodenal. Estos parásitos

aparte de la sintomatología y perturbaciones propias á cada una variedad, pueden desempeñar un papel importantísimo, si bien no en la génesis de la colitis mucomembranosa, por lo menos procurando de tiempo en tiempo ataques agudos.

Se comprende que las secreciones de estos vermes y los traumatismos que producen al fijarse en la mucosa intestinal, provoquen descomposiciones que favorezcan la virulencia de los saprófitos del tubo intestinal y que hasta las mismas paredes de éste se infecten por las partes traumatizadas.

Además, Bard, de Ginebra, ha demostrado que los cadáveres de esos parásitos pueden sufrir putrefacciones en el intestino y producir perturbaciones graves.

Volviendo á las neoplasias malignas, citaré el cáncer del intestino, que puede permanecer ignorado en período latente hasta que una manifestación inicial, la constipación pertinaz, pone sobre la vía del diagnóstico. En muchos, éste se manifiesta primeramente por una diarrea inicial, ya sea serosa, ya sanguinolenta; la diarrea se alterna con la constipación. Estos desórdenes intestinales se acompañan de dolores vagos ó bien localizados, continuos ó paroxísticos.

La exploración metódica del intestino, la eliminación de otra causa ó mejor aún el tacto rectal, iluminan el diagnóstico. Conozco un caso de colitis rebelde, donde se estrellaba toda terapéutica, no obstante coincidir todos los diagnósticos en colitis; faltaba en este enfermo el

tacto y él demostró la existencia de un cáncer del recto muy alto, que había escapado justamente por su posición á todos los exámenes.

CAPÍTULO III

FISIOPATOLOGÍA

Antes de continuar y para explicar las causas de los síntomas principales de la colitis mucomembranosa, he creído conveniente establecer cual es el mecanismo de los fenómenos que culminan en la enfermedad que me ocupa (diarrea, constipación, dolores, etc., etc).

Si se hace un recuerdo anatómico del intestino, se verá que la porción del cólon tiene además de todos los elementos que constituyen la contextura común á las otras partes intestinales (tejido epitelial, capas musculares, serosas, etc.) 1.º glándulas de Lieberkuhn sin células de Paneth, estas glándulas no son pues más que simples criptas de la misma mucosa que es espesa y resistente y, 2.º de folículos solitarios voluminosos:

El epitelio que tapiza estos folículos es de células

cilíndricas á platillo, sin ninguna célula caliciforme. Hacia los lados del vértice del folículo se pueden observar cantidad de agujeritos que perforan la célula y su platillo, agujeritos que parecen ser producidos por los linfáticos que van de la cavidad del folículo á la cavidad intestinal.

Esta disposición anatómica explica la infiltración de las glándulas y de la mucosa, que se observa en las autopsias, como así mismo el porqué de la penetración de la mucina en las glándulas ensanchadas. Las fibras del plexo de Meissner situadas superficialmente en las travéculas conjuntivas de las glándulas se anastomosan entre sí, reciben las impresiones irritativas de la mucosa y por su relación anatómica con las fibras motoras del plexo intramuscular, provocan pequeñas contracciones de la mucosa, que traen como resultante la expresión de las glándulas, cuya secreción está aumentada mecánicamente por los microbios pútridos, por sus toxinas y por su inervación trófica. Si la irritación sigue aumentando, las anastomosis numerosas que existen con el plexo de Auerbach, provocarán las contracciones de las dos tónicas musculares del intestino, de donde resultan los dolores y los espasmos en las zonas más ó menos extensas del cólon, zonas que corresponden á los puntos más irritados de la mucosa y provocan la constipación activa.

Con el andar del tiempo y según cada enfermo, esta irritación puede derivar en una paresia de las capas musculares, traer dilatación del intestino y de consiguiente

constipación pasiva, dilatación que se alternan en ciertos trechos con contracturas espasmódicas de las partes vecinas.

El origen común de los plexos de Meissner y de Auerbach en el gran simpático abdominal con los plexos solar y lumbo aórtico hipogástrico, explica las irradiaciones cuando la irritación es muy fuerte á la región lumbar, al hueco epigástrico y al bajo vientre. Del mismo modo se explicarán los reflejos del lado de la vejiga, de los órganos genitales internos, y en el hombre los dolores testiculares y las erecciones dolorosas que suelen acompañar á los cólicos de las colitis mucomembranosas.

Sintomatología. — No he de extenderme mucho en la sintomatología de la colitis, desde que en el capítulo «Etiología», al tratar de cada una de las afecciones que puede provocarla, he dado una idea particular á cada caso.

A parte de eso, es sabido que los síntomas de la colitis membranosa varían enormemente según la edad del sujeto y sus antecedentes personales, y sobre todo según el modo de evolucionar la enfermedad, ya sea aguda, subaguda ó crónica, que es casi imposible diseñar un cuadro clínico completo que abarque todas.

A pesar de todo, se pueden distinguir entre los síntomas dos clases: 1.º Los síntomas principales, casi podría decirse cardinales, que nunca faltan, y 2.º Los síntomas secundarios, que son inconstantes, pudiendo estar presentes ó nó.

Entre los síntomas principales están la constipación ó diarrea, las mucomembranas y los dolores.

Constipación y diarrea.—Estos síntomas son constantes por regla general; á pesar de esto, la constipacion es ignorada muchas veces, en el sentido de que el enfermo eva-cúa su intestino y cree que lo hace normalmente, pues no repara en la cantidad que es insuficiente. Entonces de vez en cuando, sin una causa aparente, sobreviene una crisis diarreica, que al final se acompaña de emisión de mucosidades y de tenesmo anal muy doloroso.

Se puede encontrar en las deposiciones arenilla intestinal y en general las materias son duras, amoldadas al intestino grueso, otras veces con ocasión de crisis aguda, las deposiciones son diarreicas, abundantes, serosas y conteniendo pedazos de materia endurecida con un tinte obscuro ó bien anaranjado subido ó amarillo y en ocasiones pueden teñirse de verde cuando hay hipercolia; indicando la interveución del hígado.

El olor de las materias es fétido, nauseabundo, y en todos los casos aparecen envueltas en mucosidades, en forma de falsas membranas, con algunas estrías sanguí-ñolentas y hasta gotas de sangre.

Membranas.—Hay casos de colitis en que las mucosi-dades únicamente constituyen las deposiciones bajo forma de colgajos, tiras, á veces pedazos grandes, tubos completamente cilíndricos, presentando en su superficie ester-

na los moldes de las estrías longitudinales que corren á lo largo del cólon y con señales de las partes estrechadas del intestino.

Estas mucomembranas son un síntoma característico de la afección.

En el tipo amorfo se parecen á la clara de huevo no cocida, muy trasparente, y en tipo membranoso afectan la forma de cintas; esta última es la forma más habitualmente observada en la colitis crónica.

Los cilindros membranosos presentan dos caras de aspecto diferente, una lisa, amarillenta es la parte interna, libre, y la otra, blanquizca, con vellocidades, que corresponde á la parte que está en contacto con el intestino.

Mucosidades y Membranas son dos aspectos de una misma materia, el mucus; la diferencia proviene de la pérdida de agua que han sufrido según el tiempo que han permanecido respectivamente en el intestino. Si el mucus es evacuado á medida que se produce, aparece bajo la forma de mucosidades en masas amorfas, pero si éste queda mucho tiempo, pierde agua, se solifica y amolda á las paredes del intestino, tomando el aspecto de tubo cilíndrico ó grandes colgajos. En ciertos enfermos la emisión es diaria ó varias veces al día, y en otros la emisión de membranas se realiza de tiempo en tiempo, siendo precedidas de dolores intensos parecidos á los cólicos que preceden á la emisión de cálculos renales ó hepáticos.

Dolores.—Este síntoma no falta nunca, siendo variable en cuanto se refiere á asiento é intensidad, así como por su carácter y el momento de presentarse. Pueden distinguirse dos casos: los agudos y los crónicos. En los primeros los dolores son vivos, continuos, y duran varios días, pueden ser generales á todo el vientre ó localizarse al ciego, al cólon ascendente, transverso, S ilíaca ó á los ángulos que forman el transverso con el ascendente y el descendente.

En estas crisis agudas, los dolores son continuos, no tienen remisiones, y los pacientes sufren en una forma cruel y comparan su dolor á una compresión con unas tenazas ó algo semejante.

En los casos crónicos, los dolores no son continuos, tienen intermitencias, y los enfermos comparan sus dolores á punzadas sordas, tironeos. Los dolores sobrevienen en ciertos individuos después inmediatamente de la ingestión de alimentos, y son precursores de una deposición blanda; ellos no se generalizan, comúnmente se localizan en los mismos sitios que en los casos agudos.

El estado crónico de la enfermedad puede fácilmente transformarse en ataque agudo con motivo de una falta de régimen ó exceso de bebidas alcohólicas, abuso de coito, de enfriamiento, en las mujeres, con ocasión de un aborto ó aparición de una menstruación dolorosa.

Signos clínicos.—Si á los tres síntomas principales que ya he mencionado, se agregan otros que resultan del

examen directo del enfermo, se completará el cuadro de la colitis mucomembranosa.

En las formas agudas ó violentas, el tinte del enfermo es amarillento, los ojos hundidos, ojerosos, tanto por el insomnio y padecimiento como por la fiebre más ó menos alta; en efecto, la temperatura puede llegar en algunos casos hasta cerca de 40° con subdelirio. La lengua es saburral, coloreada en los bordes y con papilas hipertrofiadas, recordando la lengua de los tifoideos, la sed es viva. Vientre abovedado y meteorizado, siendo imposible casi la buena palpación por el dolor que ella provoca; hay vómitos, escalofríos, tenesmos vesical, síntomas todos que, unidos á la localización del mayor dolor, hacen á veces pensar en apendicitis, afección que por otra parte no sería rara en calidad de complicación.

Cuando la afección es subaguda, el cuadro disminuye de intensidad, y lo mismo que la fiebre oscila alrededor de 37° $\frac{1}{2}$ á 38°, la facies del sujeto es menos alarmante; está algo adelgazado, nervioso, vista cansada y abatida, tinte ligeramente amarillento. El estado neurasténico ocupa una buena parte del escenario.

Cuando son enfermos crónicos, pueden afectar dos formas, ó bien son los que Combe ha llamado enteroneurosis ó bien son colíticos verdaderos, con su aspecto general de personas enfermizas.

En los primeros, la constipación es exagerada, pero en ellos no por espasmos, sino por atonía intestinal, las materias se acumulan y como están secas, no son susceptibles de putrefacción.

En estos pacientes el vientre está flácido, retraído, el umbilico llegando casi á tocar á la columna vertebral y se sienten los latidos de la aorta, circunstancia esta última que es motivo de constante preocupación para ellos.

Después de las comidas, sufren náuseas, erútos, y movimientos intestinales ruidosos. Cuando defecan, la deposición es de poca cantidad y de vez en cuando por la menor causa tienen un cólico localizado, con repercusiones genitales á la vejiga, después del cual y con un enema evacúan gran cantidad de membranas mezcladas con materias fecales.

Esas crisis se acompañan de fenómenos nerviosos, gritos, llantos, etc. Los otros enfermos, los colíticos verdaderos, tienen un tinte amarillento y generalmente se quejan de empujes, de forunculosis ó acné en el cuello, frente ó pecho. Más ó menos ojerosos, tienen el aspecto de personas cansadas, apáticas, con mal genio.

En general, su temperatura es más baja que la normal, se quejan de mal gusto en la boca y aliento desagradable, hasta fétido; su vientre es flácido, depresible, vientre de vatracio, especialmente en las mujeres que han tenido varios partos y hasta á veces llegan á dibujarse las ansas intestinales por debajo de la pared abdominal. Estos enfermos son por regla general inapetentes, á parte de que casi todos ingieren poca cantidad de alimento, lo que, unido al temor de los ataques agudos, los lleva forzosamente á la caquexia.

La vuelta del apetito es un signo de mejoría.

CAPITULO IV

DIAGNÓSTICO

La enterocolitis mucomembranosa puede dar lugar á errores de diagnóstico por algunos de los síntomas, sea en cualquiera de sus formas.

Así por ejemplo muchos enfermos vienen á consultar al médico especialmente porque al evacuar su vientre ven la presencia de membranas que piensan que son parásitos ó tenias, y si el médico no se detiene á hacer un exámen prolijo de las heces y solo se atiende á los datos que el paciente le dá, instituirá un tratamiento poco menos que nocivo.

Considero un solo caso y tan solo uno de los síntomas en el que el error de diagnóstico es posible, y paso por alto á todas las demás manifestaciones, ya sean primordiales ó infaltables ya sean simplemente accidentales, que

son susceptibles de provocar errores lamentables; paso entonces de lleno á ocuparme de la importancia del diagnóstico en sí, desde el punto de vista que he encarado este estudio, pues pienso que es de sumo interés, descubrir la existencia de otros órganos enfermos que repercuten su patología sobre el intestino grueso y de la que la colitis no es sinó un síntoma, para precisar un pronóstico en conciencia é instituir una terapéutica racional.

El término de colitis está hoy en día tan en boga que no hay lego en materia de medicina que no solamente lo conozca, sinó que también lo aplique como diagnóstico á cualquier proceso ó manifestación intestinal y, aún más, que establezca el ya consabido tratamiento bismutado ó laxante á base de la conocida fórmula, talco, creta preparada y magnesia calcinada.

El diagnóstico de colitis está tan generalizado que la gran mayoría de las alteraciones intestinales y sobre todo las que se manifiestan por diarreas profusas ó constipación pertináz están comprendidas en él, de modo que abarca todas las variedades de trastornos, haciendo entonces una clasificación bastante reducida.

De modo que todas las manifestaciones intestinales que traigan desde las deposiciones líquidas y frecuentes hasta las que se acompañan de constipación obstinada de varios días de duración, están comprendidas dentro de esa clasificación nosológica.

Cuando se tiene un enfermo en cuyo intestino se averigua cualquiera de estos procesos, por otra parte

demasiado comunes, y si esos mismos procesos se constatan durante algunos días, esto basta y sobra para hacer el diagnóstico de colitis mucomembranosa ó bien de colitis seca. Es sobre esto casualmente que quiero llamar la atención, pues, a pesar de la facilidad con que generalmente se hace diagnóstico de colitis, todos han de venir conmigo en que si hay un tema vasto, mal conocido y por demás fecundo en teorías, es sin duda el que se refiere á la patología intestinal.

Quiero llamar la atención de algo que pasa desconocido habitualmente y que es causa de los fracasos tan frecuentes que se obtienen, ya sea con uno ú otro de los tratamientos que antes ó ahora han tenido ó tienen su apogeo. Me refiero á que muchas veces se hace diagnóstico de colitis é instituye un tratamiento de tal, cuando en realidad no se ha hecho sino diagnóstico de un síntoma de una afección que no tiene precisamente su asiento en el cólon sino en otro órgano distante ó no de él y que por su relación directa repercute su patología sobre el intestino grueso.

Hacer diagnóstico de colitis no es hacer diagnóstico etiológico; decir que un enfermo es colítico porqué mueva su intestino varias veces al día, sean sus deposiciones con mucosidades ó membranas ó no las contengan, es hacer algo que está incompleto, algo que seguramente no lo llevará al médico á un triunfo diagnóstico ni al enfermo hacia una curación rápida y radical á pesar del mejor tratamiento que se haya instituído.

Hay necesariamente que tener en cuenta muchas cosas, entre las cuales citaré las siguientes: 1.º, que el cólon es sólo una parte, la parte terminal del tubo digestivo; 2.º, que el cólon es un órgano que tiene que estar por fuerza bajo la influencia directa de los actos reflejos que puedan provocarle, en primer lugar, los órganos que tienen con el aparato gastro-intestinal una inmediata relación, entre los cuales son el hígado y el páncreas los principales; en segundo lugar, los órganos que se hallan distantes de él, pero que lo cuentan como uno de sus emontorios, el riñón por ejemplo y en tercer lugar, los órganos como los del aparato genital, sobre todo en la mujer, y órganos lejanos como el corazón y órgano central nervioso; 3.º, que es un órgano que debe sufrir y efectivamente sufre los defectos del funcionamiento del resto del aparato digestivo que están sobre de él, especialmente el estómago y el intestino delgado secundariamente; 4.º, finalmente que sobre el cólon repercuten muchas enfermedades generales, especialmente la tuberculosis.

Es teniendo en cuenta todas estas consideraciones que están en el criterio general de todos los médicos, que pienso que es ilógico achacar al cólon los resultados de la actuación de cualquiera de estas causas que tienen su asiento fuera de este órgano á quien se le quiere atribuir el poder de suplir todo lo que está distante de él y sobre de él. Así pues no se hará nunca ni un diagnóstico exacto, ni un tratamiento eficaz cuando se empeñe en considerar

como causa lo que es sencillamente una resultante ó un mero síntoma, y por el contrario se obtendrá siempre el fracaso ó la cronicidad de la afección como único resultado evidente.

En el curso de estas páginas he dejado apuntadas todas las afecciones que (por ejemplo del hígado, estómago, sistema nervioso, riñón, etc.), traen serios trastornos del cólon y que dan á los enfermos que las padecen, aspecto de colíticos. Así por ejemplo en los casos de colitis en que aparece tomado también el estómago, búsquese escrupulosamente los defectos de las funciones estomacales y se encontrará con seguridad la verdadera causa de la colitis.

Los excesos de alimentación, en cantidad y calidad, masticación imperfecta, abuso de alcohol, etc., son causas de colitis, como ya he demostrado.

Ahora bien, es posible culpar solamente el cólon de estos trastornos? ¿Es lógico admitir que un producto elaborado imperfectamente en el estómago venga recién en la terminación del aparato digestivo á ocasionar molestias? Bien entendido que los procesos de fermentación se van agregando á medida que los elementos avanzan, y ellos mismos entonces constituyen excelentes caldos de cultivos para las evoluciones microbianas que dará como consecuencia alteraciones en las secreciones de la mucosa, espasmos dolorosos, que por su carácter tienen que imponerse en el cuadro y consiguen entonces enmascarar la causa inicial.

Lo mismo podría decir de litiasis biliar, de las afeccio-

nes pancreáticas, de las nefritis, tuberculosis, etc., etc., pero solamente las menciono, pues en el capítulo «Etiología» he tratado con detención de todas ellas y estudiar aquí nuevamente en detalle sería incurrir en repetición.

Antes de terminar este importante capítulo, quiero estudiar, aunque sea de poco, un punto de interés y actualidad reconocidos, quiero expresar algo sobre el diagnóstico entre colitis y apendicitis.

En el año 1907 el prof. Dieulafoy protestó ante la Academia de Medicina de París contra los abusos operatorios de los casos de apendicitis, haciendo notar que en muchos casos los enfermos después de operados continuaban con sus desarreglos intestinales y por otra parte el examen del apéndice extraído no justificaba tal operación, y concluía que esos eran casos de enterocolitis arenosa ó membranosa simplemente. Consiguientemente sostuvo que el diagnóstico entre colitis y apendicitis debía ser muy esmerado, y aprovechó la oportunidad para declarar que los colíticos casi nunca tienen apendicitis.

A pesar de la autorizada opinión del sabio profesor francés, todos los médicos conocen casos de colíticos crónicos que un día ú otro hacen su apendicitis, y como prueba práctica, ahí está el consejo de que el mejor modo de evitar una apendicitis es cuidar que no se infecte el intestino. Dieulafoy pretende que los casos de colitis apendiculares son simples coincidencias y, en cambio, Le Dentú Richelot Cornil, sostiene que la enterocolitis complicada de apendicitis es frecuente y que la primera siempre pre-

cede á la segunda. Para ellos, la llamada coincidencia por Dieulafoy se realizaría en las dos quintas partes de los casos de apendicitis.

Richelot cita casos en que la apendicitis siendo primitiva, el intestino se enfermó secundariamente y en prueba de ello la colitis curaba después de la apendicectomía, y agrega finalmente que aún en el caso de operar de apendicitis á un colítico se le hacía un favor pues se le pone al abrigo de las graves complicaciones de apéndice que podría haberle acarreado su colitis.

Yo creo con los profesores Richelot, Cornil, Le Dentú que muchos colíticos llegan por lo menos á la apendicitis crónica. Cornil, cuya autoridad en esto es innegable, hace notar como prueba histológica que la estructura del ciego y apéndice son idénticas y de consiguiente el apéndice debe participar, en la mayor parte de los casos, de los estados morbosos del ciego. Trae á colación que en la tuberculosis intestinal, en muchos casos el apéndice es sitio de granulaciones y ulceraciones tuberculosas.

De modo que, si bien es justo hacer diagnóstico diferencial exacto, vemos que estas dos afecciones en muchos casos están juntas y que decir este enfermo es un colítico crónico es ponerse en prevención de su probable complicación, la apendicitis.

Volviendo nuevamente sobre la importancia que tiene hacer un diagnóstico etiológico y no sintomático, he de insistir en que no se debe conceder al cólon una independencia mórbida ni tampoco dar mucha extensión al térmi-

no colitis, pues lo mismo que no se puede llamar colítico á un enfermo de fiebre tifoidea porque tenga deposiciones líquidas, abundantes y fétidas, no se debe atribuir al cólon los desarreglos intestinales que provocan la litiasis biliar, las dispepsias, las nefritis, la tuberculosis, etc., etc., dando á este órgano una culpabilidad que no la tiene.

De consiguiente, antes de hacer un diagnóstico de colitis, es de recomendable prudencia investigar si la lesión radica propiamente en el cólon ó proviene del mismo aparato digestivo colocado por sobre de él, ó de cualquiera otro órgano que tenga con él una relación de vecindad, simpática ó funcional.

En estos últimos casos estaremos en presencia de una colitis sintomática, y á ella no se le dará sinó el valor de síntoma, debiendo la preocupación del médico concretarse á buscar la verdadera causa, la verdadera enfermedad, para luego instituir un tratamiento, que desde luego depende de la afección causal.

A este respecto recordaré lo que ya he dicho al tratar de cada una de las enfermedades que pueden producir fenómenos de colitis, que la curación de la enfermedad primitiva trae como lógica consecuencia la normalidad del cólon. Por lo tanto, y para concluir, diré que no se debe hacer nunca el diagnóstico de colitis con tanta facilidad como comunmente se hace, pues si bien eso satisface enteramente el paciente, puede ser, y es por lo general, un motivo de constante preocupación para el médico en ra-

zón de la tenacidad de los fenómenos patológicos, aún en presencia de una terapéutica esmerada.

Pronóstico.—Pocas palabras tengo que decir referente al pronóstico de las colitis sintomáticas en general, desde que se comprende fácilmente que el dependerá y será el mismo que el que se ha hecho para la afección causal, é inicial. He aquí nuevamente la razón del porqué la importancia del esmerado diagnóstico. Sin embargo, no está ausente de mi mente el hecho de que esta enfermedad síntoma, si así puede llamarse, afecta en su calidad de tal, varios aspectos, y entonces cada uno de ellos necesitará un renglón por separado que señale su evolución.

Así puede ser una constipación inveterada de muchos días de duración y al cabo de los cuales se produzca la característica deposición de materias duras y fétidas con mucomembranas, ó bien ser una crisis aguda de diarrea profusa, deposiciones líquidas serosas, sanguinolentas ó biliosas, ó bien alternarse ambas formas con pocos días de intervalo.

Las colitis constipadas, duran muchas semanas y aún meses y los enfermos evacuan su vientre gracias á los laxantes en grandes cantidades que toman y con mucho esfuerzo, y en ellos el régimen alimenticio y dietético tiene muy buena influencia.

Hay otros casos de colitis seca también, pero en los cuales la constipación no es tan pertinaz, y después de algunos días la diarrea se establece y llena de cuadro sin-

tomático. Las crisis agudas de diarrea profusas duran de tres á quince días, para constituir cuando llegan á este último término un proceso casi puede decirse crónico, con gran tenesmo anal que molesta mucho á los pacientes.

En estos enfermos se debe atender durante sus crisis este síntoma, y luego determinar á fuerza de un exacto diagnóstico el asiento de la causa, el estado avanzado ó no de la afección dentro del órgano enfermo, y luego recién en posesión de todos estos datos importantes, pensar en hacer un pronóstico de conciencia.

Tratamiento.— Semejantes consideraciones corresponden al hablar de los tratamientos que se ha de instituir, pues pienso que la terapéutica tiene necesariamente que ser variada y radicar dentro de la esfera del órgano enfermo.

Al tratar el capítulo «Etiología» he recorrido todas las afecciones que en una ú otra forma influencian sobre la anormalidad del cólera y son capaces de provocar la colitis mucomembranosa, y ahora debo completar esas observaciones agregando que el tratamiento de todas esas colitis sintomáticas debe comenzar por atacar la enfermedad inicial, es decir, la verdadera causa.

Así, por ejemplo, si estamos en presencia de colitis por dispepsias estomacales, serán tratadas prolijamente con una dietética y régimen apropiados, y lo mismo haremos cuando sea la litiasis biliar la causa. Cuando sea el riñón

el afectado, se instituirá el régimen lácteo ó el régimen declorurante, infusiones ó decocciones diuréticas vegetales, reposo, y provocar la mayor actividad de la piel con fricciones secas al guante de crin ó de alcohol, etc.

Cuando se haya diagnosticado histeria ú otra enfermedad nerviosa, se hará el tratamiento por el aislamiento, cura sugestiva, electricidad, masaje, balneoterapia, etc.

Las ptosis serán corregidas por el reposo en cama y las fajas *ad hoc*, y en último caso por las intervenciones quirúrgicas.

Los tumores, torsiones intestinales, las afecciones genitales, especialmente en la mujer, serán objeto de intervenciones quirúrgicas, y en caso de embarazo, el parto será el único tratamiento que concluirá con la colitis.

Se procurará igualmente la curación de las afecciones de la garganta y nariz, lo mismo que expulsar los vermes intestinales si se hubiera comprobado su existencia.

Es solamente así, variando la terapéutica, que se consigue curar las colitis sintomáticas que pueden, como sabemos, tener múltiples etiologías, al menos esa es la enseñanza que he sacado de mi observación de los casos que he visto. Sin embargo, encuadra dentro de este trabajo, indicar, aunque sea someramente, el tratamiento que á menudo debe emplearse para curar todos ó cada uno de los síntomas principales ó cardinales.

Contra el dolor, se empleará los baños tibios, ó si no simplemente las compresas húmedas calientes mojadas

en una infusión de tilo, manzanilla ó agua pura, y cubiertas con tela impermeable. Se podrá poner antes sobre la piel una pomada de belladona ó bálsamo tranquilo; en muchos casos la cataplasma de harina de lino es eficazísima. En los enfermos crónicos y si hay hiperclorhidria, una copita de agua de Vichy tibia surte buenos efectos.

En cuanto á medicamentos, el opio y la morfina son analgésicos reconocidamente insuperables, tienen aquí también su aplicación, pero reportan el inconveniente de provocar ó exagerar la constipación, y entonces se debe recurrir á la belladona, que es el medicamento antiespasmódico por excelencia. Se le empleará en forma de tintura de X á XX gotas ó en píldoras, prescribiendo: Extracto de belladona, polvo de raíces de belladona. a. a. 0,20 centigramos, para una píldora, á tomar 3 ó 4 diarias; si el dolor fuese muy vivo, la codeína puede asociarse á la belladona.

Contra la constipación se usará en el periodo agudo las mismas píldoras de belladona, pero si no dieran resultado, como sucede á menudo, se recomendará supositorios huecos de glicerina, y en caso negativo se dará aceite de ricino en pocas dosis, pues es el único purgante activo permitido, á condición de no repetirlo mucho.

De todos los tratamientos de la constipación, el mejor es, á mi modo de ver, los lavajes intestinales de aceite. Ablanda las materias, calma la irritación, lubrifica la pared intestinal é impide el roce de las materias duras y al

mismo tiempo facilita el deslizamiento de las heces y membranas. Este tratamiento fué introducido á la práctica por Kussmaul y Flamel, que recomendaban aceite puro, fresco, sea de oliva, de sésano ó de amapola calentado á 40°, alrededor de 400 á 500 cm.³ para los adultos y 50 á 150 en los niños.

El lavaje se da por medio de un irrigador con una sonda intestinal de caucho de calibre ancho, el enfermo estando acostado sobre el lado derecho, las caderas ligeramente levantadas y respirando ampliamente con la boca abierta. El fondo del recipiente estará á 25 ó 30 centímetros arriba del nivel del ano, de manera que el líquido penetre lentamente más ó menos en 15 minutos.

Si la defecación no se ha producido después de las cuatro horas, se hará un enema de agua tibia que bastará para provocarla. Estos lavajes serán repetidos diariamente hasta que las deposiciones se hagan espontáneamente y en buena cantidad.

Si como suele suceder, los lavajes producen tenesmo, se emplearán otros laxantes, como ser la cárcara sagrada, el podofilino, el aloes, gotas de tintura de nuez vómica, etc., etc., que provocan las contracciones musculares y favorecen las secreciones intestinales.

En los casos que se trate de constipación atónica, el masaje, la gimnasia, el remo, unidos á la hidroterapia fría, suelen dar buenos resultados.

Algunos enfermos mejoran mucho pasándose de noche

sobre el abdomen una esfera de plomo de 6 á 8 kilos de peso durante unos diez minutos.

Los enemas medicamentosos pueden emplearse, si bien con mucha restricción, pues el abuso que de ellos se haga ayuda poderosamente á aumentar la dilatación intestinal y su paresia.

Como tratamiento eléctrico, la galvano y faradización actínicas y la galvanización directa del recto producirán excelentes resultados. Finalmente, hay que insinuar al paciente la observancia de una perfecta regularidad de la hora de la defecación, pues esto como costumbre tiene una marcada importancia.

Contra la diarrea, se someterá al paciente á un régimen de purés de legumbres, tapioca, sémola ó arroz; se suprimirá la fruta ó verdura que dejan residuos de celulosa; se privará el tabaco. Si la diarrea es dolorosa, los polvos de Dower á la dosis de 0,20 centigramos dos ó tres veces al día, es recomendable.

Cuando no sea dolorosa, los lavajes con astringentes como el nitrato de plata al 1/4000 ó de tanino al 1 %, tienen resultado. Al interior se puede administrar el tanígeno 0,50 centigramos, dos ó tres veces al día; la tanalbina á las mismas dosis, el bismuto, ya sea el benzoato, subnitrato ó salicilato á dosis altas de 10 á 20 gramos, el dermatol, la bismutosa, el seroformo á dosis de 0,30 á 0,50 centigramos, son los medicamentos más usados y de mejores resultados.

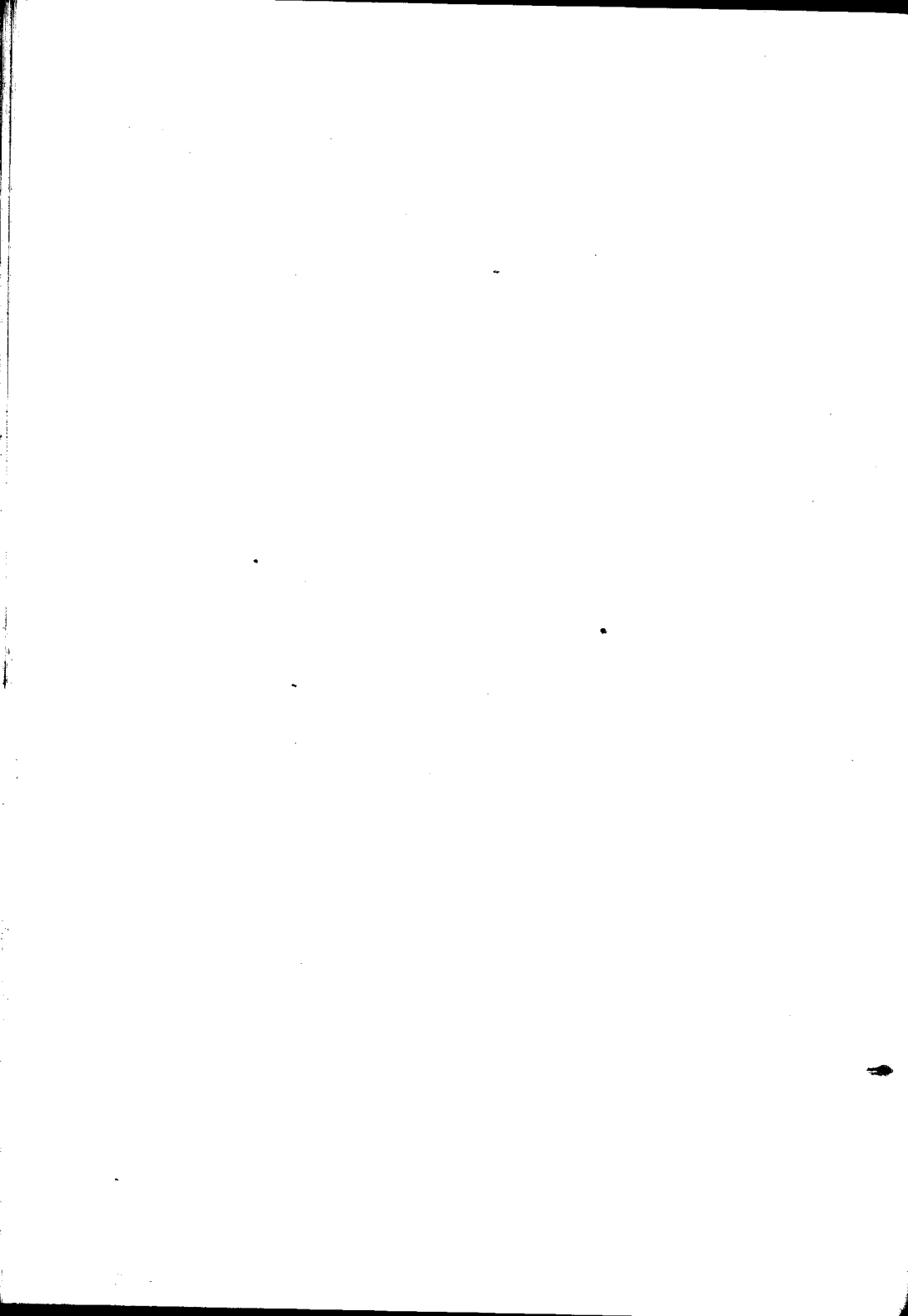
Finalmente, no es extraño que muchos pacientes mal ali-

mentados, debilitados moral y físicamente, lleguen á la astenia nerviosa. Para ellos, aparte de la climato y balneo-terapia y del tratamiento moral, deben recomendarse algunos medicamentos que ayudan y estimulan el sistema nervioso, regularizan su nutrición y facilitan el intercambio celular.

El extracto fluido de condurango, de colombo ó de genciana á la dosis de XX gotas, repetidas dos ó tres veces al día, serán preferidas á las gotas Beaumé y á la nuez vómica que á veces no son bien toleradas.

Los arsenicales y el hierro son mal soportados, pues al eliminarse irritan la mucosa; sin embargo durante los períodos de acalmia, unas cuantas inyecciones de caco-dilato, prestan buenos servicios. Hay casos en que es necesario aumentar las fuerzas, excitar la nutrición, elevando la presión sanguínea y al mismo tiempo que se facilita la diuresis se lava la sangre desintoxicando el organismo. Para eso se prescribirán las inyecciones de suero fisiológico en cantidad de 200, 300 y hasta 500 cm³.

Aparte de esto, existen otros medicamentos estimulantes del sistema nervioso, como la lecitina en píldoras ó inyecciones aceitosas, la fitina, principio fosfoorgánico de los semillas vegetales, en sellos y en número de 3 á 4 diarios; la alexina granulada, los hipofosfitos, los glicero-fosfatos, etc., etc., bien entendido que todos ellos deben ser bien reglamentados y estudiados por médicos prácticos, de acuerdo con la tolerancia del enfermo.



CAPÍTULO V

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

M. I., 34 años de edad, casado, empleado. Desde tres años atrás padece de crisis diarreicas que le duran varios días y que alternan con períodos de constipación. Ha disminuído mucho de peso, y dentro de las molestias que más le anonadan, están sus crisis hiperclorhídricas, frecuentes, especialmente después de las comidas.

Ha tenido asistencia médica con distintos facultativos, habiéndole clasificado de colitis crónica. Ha efectuado tratamiento del régimen de alimentación y medicamentoso (talco, creta, magnesias; agar-agar, bismuto), resultado nulo, ligeras mejorías.

Es sometido al régimen lácteo inicial y luego al de

harinas á base de leche; luego sopas espesas, huevos, pastas, compotas. Medicamentoso: mixtura Robin antes de la alimentación y polvos de saturación después.

En quince días desaparecieron sus trastornos gástricos, por completo, y su funcionamiento cólico se regularizó.

Patogenia: exceso de acidez gástrica no alcanzada á saturarse por la alcalinidad biliar, de ahí reacción ácida en el medio alcalino intestinal, y su consecuencia lógica, la enterocolitis sintomática de una afección gástrica descuidada.

Observación II

F. M., 38 años de edad, casada.

Hace próximamente tres años, tiene períodos de constipación que alternan con diarreas profusas; sus principales molestias estriban en trastornos gástricos; malas digestiones, traducidas por pesadez de estómago, eructos, acidez á las dos ó tres horas de las comidas, y en algunas oportunidades vómitos biliosos.

Fué tratada insistentemente y sin resultado por su colitis; otros facultativos opinaron que se trataba de una dispepsia y se la sometió al régimen alimenticio severo, tuvo alguna mejoría. Hace próximamente un año, tuvo fenómenos no muy marcados de cólico hepático, siguiendo siempre con sus molestias intestinales y desórdenes gástricos; se diagnostica litiasis biliar, se interviene y se encuentra una vesícula llena de cálculos.

Cura por primera intención y no ha tenido hasta la fecha otros fenómenos cólicos ni gástricos.

Observación III

R. G., marinero, de 22 años de edad.

Sufre desde hace mucho tiempo de colitis rebelde. De paseo por el Tigre, hizo una comida más abundante que lo habitual, con abuso de alcohol; se presentan vómitos intensos por la noche y diarreas profusas sin temperatura.

Se le hacen los tratamientos habituales á base de bismuto y tanalbina, etc.; los vómitos ceden fácilmente con la dieta, pero las deposiciones diarreicas si bien disminuyen en número, continúan profusas; se ordena un análisis de orina, que revela una nefritis intensa, con buena proporción de albúmina, cilindros hialinos y granulados.

Este enfermo había tenido una escarlatina fuerte hacía cinco años. Sometido á un régimen severo, lácteo y de cocimientos de cereales, mejoró rápidamente y hasta la fecha han pasado seis meses sin que haya tenido ningún otro trastorno cólico.

Su orina presenta ahora solo vestigios de albúmina y de urobilina.

Observación IV

E. R., 56 años de edad, casado, empleado.

Hace un año y medio, ha comenzado á tener diarreas que alternaban con constipación, esta última fué desapareciendo poco á poco, dejando únicamente las diarreas profusas, algunas veces con sangre, abundantes mucosidades y á veces membranas.

Ha hecho peregrinación por los consultorios.

Se hizo tratamientos habituales y lavaje de tanino con láudano; ligera mejoría. Pensamos en la misma afección: colitis, pero la persistencia y la rebeldía de su afección y su demacración acentuada, indujo á practicar un tacto rectal que reveló un cáncer vegetante del recto en su parte superior, que por su misma situación había escapado antes. á todo examen.

Observación V

F. C., 48 años de edad, casado, militar.

Hace ocho meses se inician sus trastornos intestinales, con diarreas, mucosidades en gran cantidad y, salvo algunos períodos de alcámía, ha continuado en el mismo estado

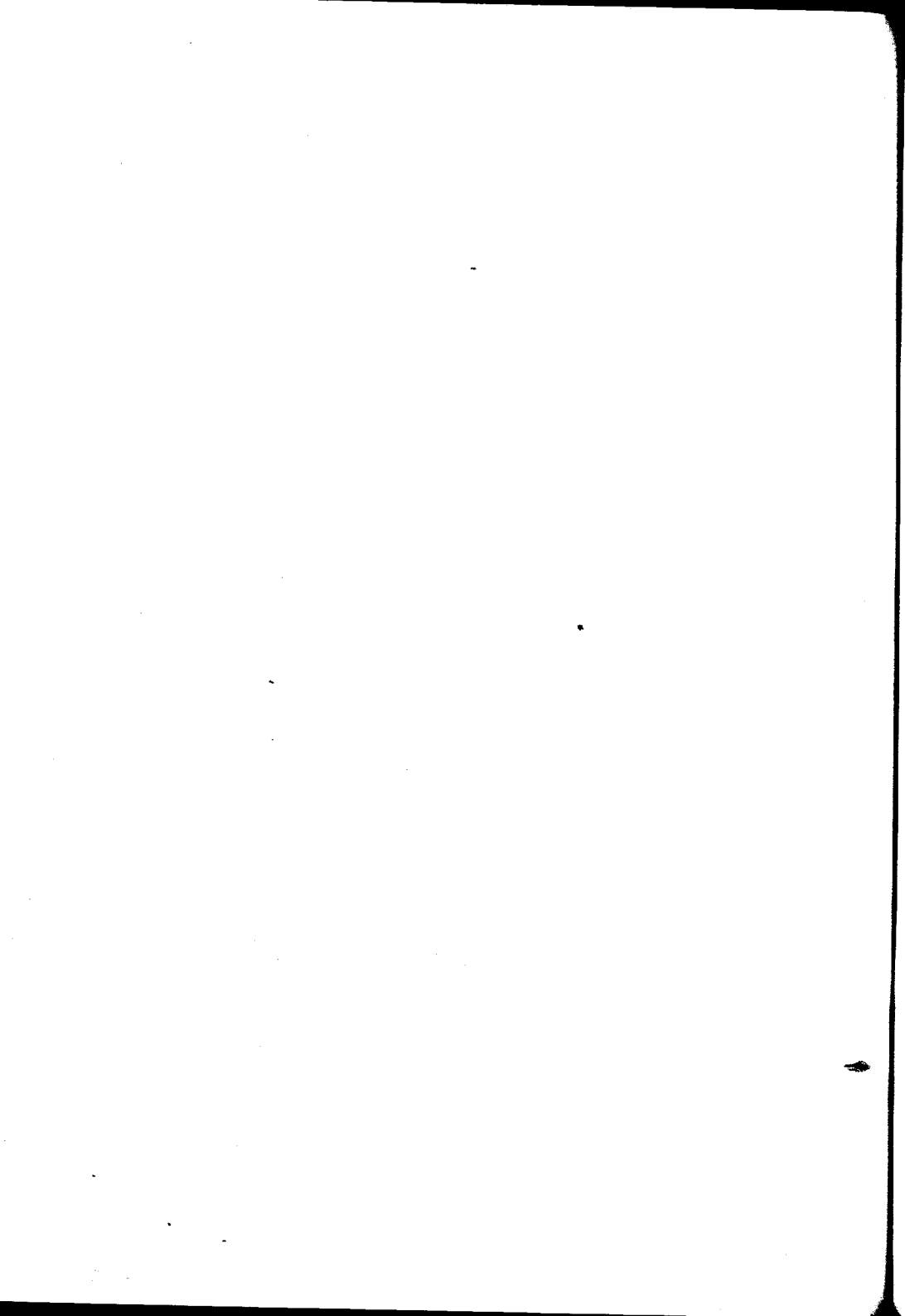
Hacen cuatro meses que ha comenzado á tener deposiciones sanguinolentas, que atribuyó á hemorroides internas ulceradas; por la calidad de éstas y su constancia y gran demacración.

Efectuado un tacto rectal, se constata un grueso carcinoma del recto, que toma especialmente la cara posterior del mismo.

Se lo había tratado hasta entonces por colitis.

La causa aquí, en estos dos últimos casos que he observado, es manifiesta, porque está ahí localmente en el mismo cólon, y su investigación se impuso ante la rebel-
día de los dos casos, al tratamiento mejor instituido.





CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo que en el curso de estas páginas se analiza y estudia, creo conveniente para terminar, extractar el objeto de mi tesis en unas cuantas conclusiones:

1.º No debe darse tanta extensión al término *colitis*, evitando confundir un síntoma con una enfermedad.

2.º El cólon es un órgano que está necesariamente bajo la influencia directa de los actos reflejos que pueden provocarle, los órganos que tienen con él, una relación funcional ó de vecindad.

3.º El diagnóstico de la afección primitiva y su estado avanzado ó nó dentro del órgano enfermo, tienen

una elevadísima importancia para hacer un pronóstico en conciencia.

4.º La terapéutica tiene que ser varia y radicar dentro de la esfera del órgano enfermo.

CARLOS GAUNA

Buenos Aires. Marzo 22 de 1915

Nómbrese al señor Consejero Dr. Abel Ayerza, al profesor extraordinario Dr. Patricio Fleming y al profesor suplente doctor Pablo Morsaline, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES

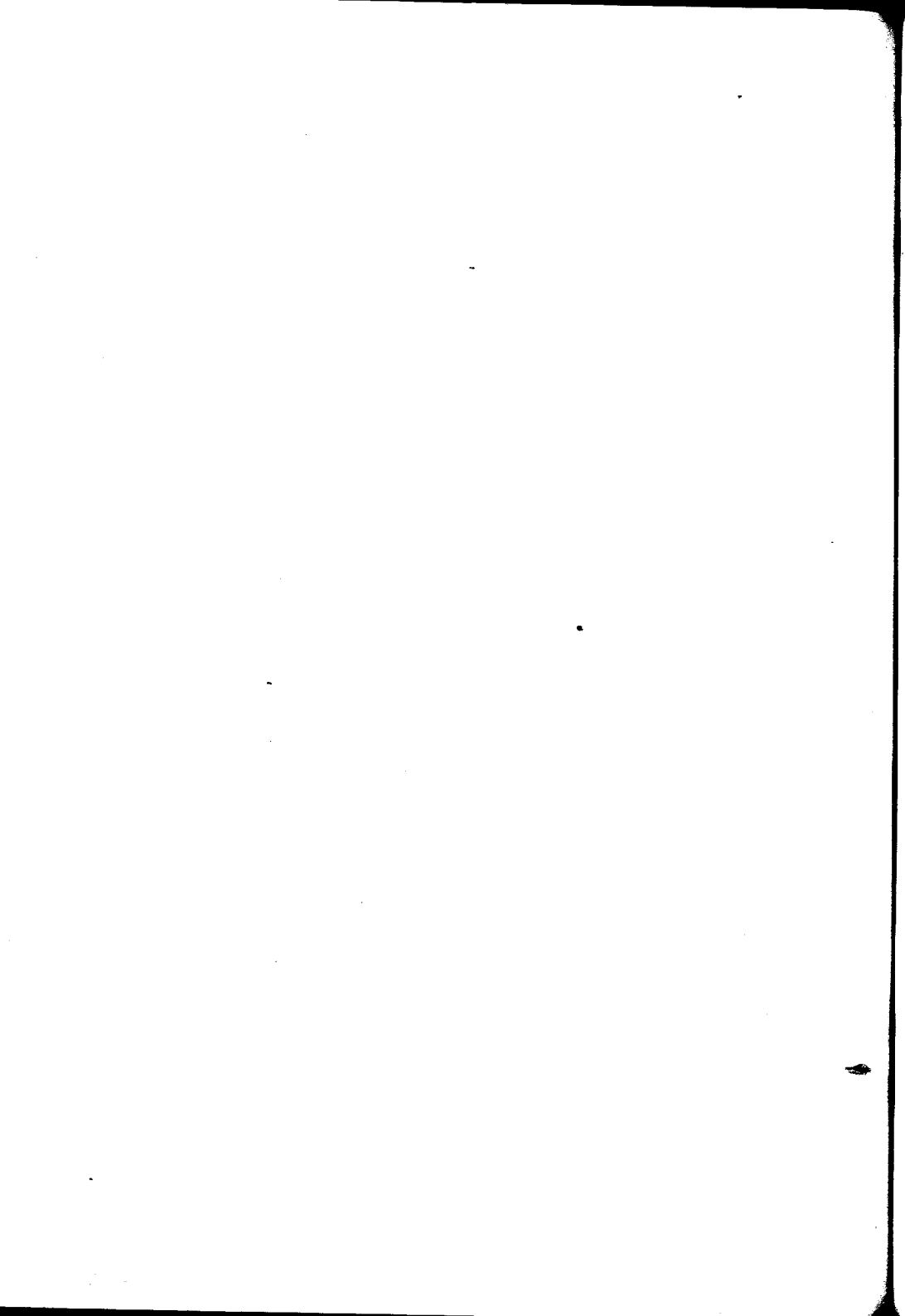
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires. Abril 7 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2922 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La colitis muco-membranosa, es una enfermedad ó bien un síndrome?

A. Ayerza.

II

Diferenciación de una colitis por neoplasia, una colitis tuberculosa y una colitis simple ulcerosa.

P. Fleming.

III

¿Puede una litiasis biliar ser secundaria y haber sido provocada por una colitis de origen dispéptico?

P. Morsaline.

30517

