3059

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLITIS MUCO-MEMBRANOSA

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS E. VIACAVA

Ex practicante menor y mayor por concurso del Hospital San Roque (1894 · 1898

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLITIS MUCO-MEMBRANOSA

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS E. VIACAVA

Ex practicante menor y mayor por concurso del Hospital San Roque (1894 - 1898)

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535

1898

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano	Doctor	Enrique E. del Arca
Vice-Decano	»	Pedro Mallo
Académicos Titulares	»	Leopoldo Montes de Oca
» »	»	José T. Baca
» »	»	Rafael Herrera Vegas
» »	»	Pedro Mallo
» »	»	Jacob de Tezanos Pinto
» »	»	Eufemio Uballes
» »	»	Juan R. Fernandez
» »	»	Enrique E. del Arca
» »	»	Pedro N. Arata
» »	»	Manuel Blancas
» »	»	Roberto Wernicke
» »	»	Pedro Lagleyze
» »	»	José Penna
» »	»	Luis Güemes
» »	»	Eliseo Cantón
Académicos Honorarios	»	Ernesto Aberg
» »	»	Pablo Marenco
» »	»	Eduardo Wilde
» »	»	Martín Spuch
» »	»	Telémaco Susini
» »	»	Emilio R. Coni
» »	»	Edmundo Nocard
Sceretario Titular	»	Luis M. Acuña
Pro-Secretario	»	Zenón Aguilar.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Dr.	Juan José Naón
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfer'des de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
Enfer'des de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro - en europa
Clínica Médica	»	Gregorio N. Chaves Luis Güemes Abel Ayerza Francisco Sicardi
Obstetricia y Clínica respectiva	Dr.	Samuel A. Molina
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez
Enfermedades Génito-urinarias	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Química Analítica	»	Atanasio Quiroga
Física médica	»	Jaime R. Costa
Zoología médica	»	Eliseo Cantón
Toxicología	»	Juan B. Señorans
Enfermedades venéras y dermatología	»	Baldomero Sommer
Laringología, otología y rinología	»	Eduardo Obejero
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernandez
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda
Botánica Médica	»	Martín Spuch
Dentistería operatoria	»	Leon Pereira

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Dr.	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histología (teórico-práctica)	»	Samuel de Madrid
Fisiología general y humana	»	(Vacante)
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología general y ejercícios clínicos	Dr.	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	Dr.	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	»	José Badía
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	Alfredo Lagarde José T. Molinari
Enfermedades de niños y Clínica Pediàtrica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Dr.	Benjamín T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo Diógenes Decoud
Clínica Médica	»	Julio Mendez Ignacio Allende
Física Médica	Dr.	Juan B. Galliano
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal	Dres.	F. de Veyga Domingo Cavia
Toxicología	Dr.	Juan Alba Carreras
Botánica mèdica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	(Vacante)
Farmacia práctica	»	(Vacante)
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
Dentistería operatoria	»	(Vacante)

PADRINO DE TESIS

Académico: Doctor ROBERTO WERNICKE

A mis padres

A mis hermanos

Á MIS DISTINGUIDOS AMIGOS

DOCTOR JACOBO Z. Y JOSE A. BERRA

AFECTO, GRATITUD

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Entre las múltiples afecciones que tienen su asiento en el colon, ninguna reviste la importancia de las colitis.

Es al estudio de la variedad muco-membranosa que están destinadas las páginas siguientes, en las que no me ocuparé de la ulcerosa catarral y disentérica, sino incidentalmente, cuando esté forzado á ello para establecer los caracteres en que se funda el diagnóstico diferencial.

La colitis muco-membranosa no es una enfermedad nueva, se la conoce desde hace mucho tiempo, ya Morgani hablaba de ella como de una curiosidad patológica.

Posteriormente fué estudiada por Van Swieten, Good, Whitehead, Da Cosca, Clemens, Nonat con los nombres de *diarrea glutinosa*, *diarrea tubular*, *afección mucosa del intestino*, *enteritis membranosa*, *crup intestinal* y *enteritis glerosa*.

Es á Nothnagel al que corresponde el honor

de haberla elevado á la categoria de entidad mórbida en un erudito trabajo publicado bajo el título de *colitis colica mucosa*.

Largos años transcurrieron después sin que los autores se ocuparan de ella. Los estudios recientes de MATHIEU y GLENARD la han sacado del olvido en que nunca debió caer.

Durante mi internado en la Clínica del Hospital «San Roque» he tenido oportunidad de seguir varios casos de colitis muco-membranosa; es esta circunstancia la que me ha decidido á adoptarla como tema de tésis, deseando—ya que no me era posible presentar nada que fuera digno de vosotros—hacer por lo menos un trabajo basado en la observación personal.

Soy el primero en reconocer que la breve monografía que someto á vuestro ilustrado criterio, sin otra pretensión que cumplir con las prescripciones reglamentarias que exigen esta prueba final como coronamiento de los estudios universitarios, dista mucho de ser completa. En ella hay puntos apenas esbozados, faltando otros que no me han sido posible tratar dado el poco tiempo de que he debido disponer.

Consta de cuatro capítulos:

El 1° se refiere á la sintomatología.

En el 2° se estudia la marcha y complicaciones.

El 3° comprende el diagnóstico y pronóstico y:

El 4° el tratamiento.

Señores:

Al descender de esta tribuna lo hago animado de un sentimiento de gratitud hacia los distinguidos catedráticos que con sus lecciones y consejos han sabido dirigir mis estudios.

Quiero, también hacer público mi profundo reconocimiento hacia el Dr. Julio Mendez, bajo cuya competente dirección ha sido hecho este trabajo y al lado de quien he formado mi educación médica.

Al Dr. Roberto Wernicke cuya compañia me honra en este acto, mi agradecimiento.

I

Es frecuente en los autores que se ocupan de esta cuestión agrupar los síntomas propios de la colitis muco-membranosa á aquellos de la ulcerosa ó disenterica. Separarlos, interpretarlos en su verdadero valor é importancia constituirá el objeto de este capítulo, teniendo que recurrir para esto á un estudio analítico de cada uno de ellos, estudio que se impone tanto mas cuanto que es difícil encontrarlos reunidos en un mismo enfermo y que en la inmensa mayoria de los casos se presentan de un modo tan vedado que solo su conocimiento profundo nos librará de errores de diagnóstico por demás frecuentes.

Se está de acuerdo en que los síntomas sobre los que se basa el diagnóstico de la colitis muco-membranosa son tres: EL DOLOR, LA CONSTIPACIÓN Y LA CLASE Y FORMA DE LAS MATERIAS FECALES.

Hay un cuarto no menos importante que los anteriores, citado por todos pero sin asignarle el valor que á nuestro entender encierra y que bas-

ta muchas veces por sí solo para ponernos en la verdadera vía del diagnóstico: nos referimos al ADELGAZAMIENTO acentuado que sufren estos enfermos, hecho que hemos podido constatar en todos los nuestros y sobre el que insistiremos á su tiempo.

Al lado de estos síntomas que podríamos llamar cardinales hay otros que aunque menos constantes son dignos de tenerse en cuenta porqué bien observados constituyen para el clínico un recurso nada despreciable; son los *reflejos sobre el corazón y estómago, neurastenia* etc.

Pasemoslos en revista.

—

EL DOLOR es provocado por las contracciones peristalticas anormales del colon, desde donde irradia, cuando es muy intenso, á otros órganos alejados.

No se presenta con igual intensidad en todos los enfermos y puede revestir las formas mas variadas.

Unos los traducen por un dolor vago, simple incomodidad ó molestia, sensación de pesantez, tensión ó presión.

Otros los comparan á movimientos reptoideos, sensación de arco ó cinturón, tironamientos etc., y que no titubean en llamar retortijones tan pronto como se les explica el significado de este término.

Los hay en fin, que sufren verdaderos cólicos acompañados de todos los trastornos que le son inherentes, palidez, escalofrios, desvanecimientos, sudores frios, zumbidos de oidos etc. En algunos estos cólicos adquieren tal intensidad que simulan perfectamente el ataque de tetania. Es en medio de ellos que los enfermos se entregan á actos de desesperación.

Potain cita el caso de una mujer que sufría estos ataques y que pretendia atentar contra su vida cada vez que le aparecian.

Al dividir los dolores en las categorias que anteceden, no queremos con esto decir que deban siempre presentarse así; entre las formas descriptas caben todas las gradaciones imaginables.

Con la espulsión de las membranas cesan, no pocas veces los dolores.

Algunos enfermos localizan sus dolores en el estómago, al rededor del ombligo, fosas iliacas, espaldas etc., otros se declaran incompetentes y señalan todo el abdomen expresando su padecimiento por esta frase que hemos oido á casi todos nuestros enfermos: «intranquilidad interna.»

En los tratados clásicos antiguos se encuentran descriptos con el nombre de «dolores del bajo vientre» todos estos fenómenos, á los que daban gran importancia pero sin saber establecer la relación que existe entre ellos y la afección que nos ocupa, que por otra parte conocian muy poco.

No todos los enfermos sufren á la misma hora ni durante el mismo lapso de tiempo.

Mientras en unos los dolores son continuos, en otros duran breves instantes, después de los cuales todo vuelve al estado normal, repitiéndose estos ataques á intervalos cortos.

Algunos sienten los dolores dos ó tres horas después de la injestión de alimentos, otros inmediatamente después de las comidas.

Finalmente, no son pocos los que se despiertan en medio de la noche presa de violentos cólicos.

Favorecen la provocación de los dolores el aire frío, los desarreglos de alimentación, la constipación, el estado nervioso, siendo en esto los estados depresivos lo que tienen un rol más importante.

Aparte de los dolores, antes descriptos, y que podríamos llamar habituales, algunos enfermos sufren de tiempo en tiempo, ordinariamente después de largos períodos de constipación, crisis paroxisticas que duran varios días y aun semanas.

Durante estas crisis las contracciones peristalticas anormales son más enérgicas y por lo tanto los dolores se exacerban. Todos los fenómenos concomitantes se acentúan en estos poussée agudos.

Nosotros no hemos observado sino una sola vez este fenómeno, que duró día y medio y fué completamente apirético.—Observación II.

Las crisis son por lo general sin elevación de

temperatura, sin embargo se citan casos en que el termómetro ha ascendido á 39° y aun 40°.

Mathieu publica la observación de un caso de colitis muco-membranosa que en medio de una crisis alcanzó á 41° de fiebre, representando durante algunos días el cuadro de una septicemia intestinal á forma tifoidea y donde el diagnóstico entre esta enfermedad y el de colitis presentaba serias dificultades.

En los niños las crisis paroxisticas son más frecuentes que en los adultos y van casi siempre acompañadas de fiebre (Comby y Hutinel).

No escapará á nadie la importancia que tiene el saber diagnosticar estas crisis, que pueden confundirse fácilmente con la oclusión intestinal, la fiebre tifoidea, los cólicos hepáticos, etc., etc., así como el cuidado que debe tener el médico para no tomar por gástricos enfermos que se quejan y se creen afectados del estómago, no siendo en realidad todas estas alteraciones otra cosa que reflejos que parten de un colon enfermo.

Volveremos sobre este punto en el capítulo del diagnóstico.

—

La constipación es la regla en todos los enfermos de colitis, sea ésta muco-membranosa, ulcerosa ó disentérica; siempre es pertinaz y prolongada.

Comienza generalmente en la niñez ó en la

adolescencia. Casi todos los enfermos declaran que sus defecaciones han sido siempre irregulares, que han pasado tres, cuatro ó seis días sin mover el vientre y que cuando lo hacían no era expontáneamente sino recurriendo á medios artificiales.

Dicen igualmente que á varios días de constipación suceden otros de diarrea, falsa diarrea, pues si bien hay frecuencia de deposiciones no hay aumento de materias fecales, y si examinamos las deyecciones, que algunas veces son tan poco abundantes que podrían caber en una cuchara, encontramos trozos duros de materia fecal, scibalas, que son el índice de una constipación real encubierta en este caso por una diarrea aparente.

El mecanismo por el cual se produce la constipación en los enfermos de colitis es completamente distinto á aquél que la origina en el constipado vulgar. En este es la atonía intestinal la causa, en aquél es el espasmo del colon.

Hasta hace pocos años se creía que el bolo alimenticio ó fecal al excitar la pared del intestino producía en éste un movimiento vermicular que se extendía desde el estómago hasta el recto.

Numerosas hipótesis se habían ideado para explicar este fenómeno.

Los estudios de Nothnagel sobre los movimientos intestinales han relegado al olvido todas estas teorías.

Basándose en estudios experimentales (potasa, carmín) ha demostrado cómo el elemento muscular y nervioso intervienen casi independientemente y que la contracción intestinal fisiológica es peristáltica, lenta y hasta cierto punto localizada al segmento intestinal excitado por el bolo alimenticio.

Un excitante patológico cualquiera, el traumatismo producido por un alfiler, por ejemplo, origina una contracción circunscripta, brusca, del intestino, anulando ó estrechando fuertemente su calibre, sin tendencia á peristaltismo alguno y que persiste durante un tiempo variable según la intensidad de la excitación y la presencia del agente provocador del espasmo.

Con estos datos, suscintamente expuestos, nos será fácil explicarnos el mecanismo de la constipación en enfermedades que, como la que nos ocupa, están caracterizadas por contracciones peristálticas patológicas.

Cuando los enfermos de colitis ingieren cualquier clase de alimento, líquido ó sólido, se produce en un punto aislado del intestino, ó en varios simultáneamente, un movimiento peristáltico patológico y comò consecuencia el intestino sufre una disminución circunscripta en su calibre, quedando la papilla alimenticia allí aprisionada, enclaustrada, como cerrada entre dos ligaduras, por un tiempo que varía según sea más ó menos largo el espasmo.

Este contacto prolongado de la papilla alimenticia con la mucosa intestinal produce necesariamente alteraciones en su epitelio, alteraciones aun no bien conocidas en su naturaleza íntima.

Para algunos autores la presencia del mucus y de los «pellejos ó telitas» con que aparecen envueltas las materias fecales es indicio cierto de que es un proceso inflamatorio el que tiene lugar en este punto.

G. See es de esta opinión pero cree que este proceso es sumamente débil dada la poca cantidad de fibrina que se encuentra en las materias fecales.

Nothnagel atribuye la presencia de mucus en las materias fecales á un aumento de secresiones rectales normales.

Otros, Langenhagen entre ellos, creen que las membranas no son otra cosa que mucus intestinal que habiendo permanecido algún tiempo en el intestino se ha concretado.

La papilla alimenticia, amoldándose al calibre que tiene el intestino en los momentos del espasmo, toma la forma con que la vemos aparecer más tarde en las deyecciones que es de lo que pasamos á ocuparnos.

—

La clase y forma de las materias fecales, lo hemos dicho antes, es otro de los síntomas que

esclarece el diagnóstico de la colitis muco-membranosa.

Las materias fecales son duras, secas y su característica es acompañarse de mucus y membranas.

El mucus y las membranas pueden también encontrarse en las deyecciones de los constipados vulgares, pero siempre es en mucha menor cantidad.

La forma de la materia fecal de estos enfermos difiere de la de los colíticos. En los primeros se presenta bajo la forma del estiercol caprino, pequeños bolos duros en número variable, casi todos de igual tamaño y reunidos entre sí.

En los enfermos de colitis muco-membranosa debido á las contracciones parciales del intestino que son las que imprimen la forma á la materia fecal esta representa algunas veces, la de husos lisos á extremidades redondeadas. Los bolos no son raros solo que aqui son grandes, separados y de distintos tamaños, caracteres que los diferencian de aquellos del constipado. La brillantez que tiene la materia fecal se la dá los pellejos ó telitas que la recubren. En las deposiciones se encuentran masas más ó menos considerables de mucus.

En otros casos toman el aspecto de cintas aplanadas, membranas de forma y dimensiones variables. Si la membrana permanece intacta, lo que es raro, se asemejan á un cilindro más ó menos largo y

de calibre variable haciendo recordar á las que espulsan los enfermos de bronquitis pseudo membranosa. Si lo que es más frecuente estas membranas se fragmentan en trozos de regular extensión simulan vermes con los que se le confunden por los enfermos y hasta por médicos poco atentos. Cuando los trozos son más pequeños es con los ascarides ú oxiuros que la confusión debe evitarse.

Estas membranas que los enfermos llaman pellejos ó telitas son para muchos autores un signo incontestable de colitis y según estén más ó menos íntimamente mezcladas, la prueba de que la alteración está por arriba ó debajo de la S iliaca.

Esta apreciación está lejos de ser exacta pues á parte de que en las deyecciones de los constipados vulgares se encuentran con frecuencia membranas, también se las observa en las materias fecales de las personas nerviosas ó histéricas, que como sabemos están sujetas á contracciones intestinales. Si aun no fuera esto suficiente para quitar todo el valor que se le ha querido dar á estas membranas, diremos que se citan casos de personas completamente sanas que tienen secreciones mucosas debido á su acumulación en el intestino producida por una eliminación insuficiente.

Marchand en apoyo de esto último relata el caso de un amputado que falleció por inanición y que presentaba en el intestino membranas exac-

tamente iguales á las que se encuentran en la colica mucosa.

La cantidad de las materias fecales es ordinariamente poca, unas veces el enfermo las expulsa en medio de cólicos violentos, otras sin dolor alguno. El mucus que generalmente sale mezclado á las materias fecales puede hacer su aparición cuando éstas han sido ya arrojadas.

—

Una de las alteraciones que más llama la atención en los enfermos de colitis muco-membranosa, por poco intensa que esta sea, es la agravación del ESTADO GENERAL.

Son raros los enfermos que la soportan sin adelgazarse. En la inmensa mayoría de los casos el adelgazamiento es un hecho constante.

En algunos es un fenómeno por demás curioso el que se observa. Después de un desarreglo cualquiera en la alimentación pierden súbitamente tres ó cuatro kilos en pocos días, que son recuperados con la misma rapidez.

Otros adelgazan progresivamente, notan que pierden peso diariamente, se ponen débiles y si consultan la balanza se sorprenden al ver que han disminuido hasta diez y ocho y veinte kilos en un espacio de tiempo relativamente corto (pocos meses). Visitan el médico y ante una desnutrición tan acentuada no es difícil que este crea encontrarse frente á uno de esos enfermos atacados

de lo que ha dado en llamarse, discrasia constitucional.

Los hay, finalmente, que llegan á un grado de postración suma, son verdaderos tisicos; se tienen en pié con dificultad, la marcha y aun los movimientos más ligeros les producen desvanecimientos, etc.

Después de un exámen atento, ante la ausencia de lesiones, es frecuente que el clínico diagnostique una tuberculosis latente ó un neoplasma que no puede localizar, pero de cuya existencia casi no duda dado el grado de aniquilamiento en que encuentra á su enfermo.

Numerosos son los enfermos de colitis que vagan por los consultorios con diagnóstico de enteritis tuberculosa. Con el transcurso del tiempo, en vista de la ausencia de lesiones en otros órganos por una parte, la constipación, la localización y caracteres del dolor, y sobre todo la marcha de la enfermedad por otro, hacen ver claro y atribuir justamente como causa de todas estas alteraciones, á una de esas colitis latentes que no se pudo ó supo diagnosticar, trayendo á la vez el convencimiento de que la caquexia si bien rara en esta afección no deja de venir algunas veces.

Es tal la desnutrición rápida en algunos enfermos de colitis que puede parangonarse en este sentido á la tuberculosis aventajando en mucho al mismo neoplasma.

Entre los múltiples inconvenientes que trae este

estado general y que no es nuestro ánimo detallar, no pasaremos adelante sin señalar uno que no es por cierto el menos importante: la impotencia en que coloca al médico para poder instituir un tratamiento conveniente. En efecto ¿qué podria hacerse á estos enfermos que llegan al último grado de aniquilamiento cuando la administración de un simple laxante puede causarles un síncope mortal?

Pero dejemos esta cuestión que será tratada á su tiempo y digamos dos palabras sobre los sintomas accesorios que aunque de menos valor que los estudiados hasta aquí, adquieren algunas veces tal intensidad que dominan por sí solos la escena.

—

Debemos colocar en primer lugar los *reflejos sobre el corazón y estómago*.

El corazón sufre frecuentemente alteraciones tan marcadas que pueden hacernos desviar del verdadero diagnóstico si no estamos prevenidos.

No son las colitis más acentuadas,—aquellas que se manifiestan francamente,—las que originan trastornos más graves al corazón, muy al contrario, son las leves, las que se encuentran en estado latente, las que escapan fácilmente á la investigación del médico, las que repercuten más fuertemente sobre este órgano.

Los reflejos sobre el corazón se traducen por

intermitencias, falsos pasos, falsas anginas de pecho, etc. Hemos observado un caso donde estos reflejos simulaban el cuadro completo de la miocarditis.

Las palpitaciones que son tan frecuentes en las afecciones renales, hepáticas y uterinas no las hemos observado nunca en los enfermos de colitis y creemos que podrían tomarse como signo para el diagnóstico diferencial entre estas lesiones de órganos abdominales.

Las alteraciones cardiacas desaparecen muchas veces bruscamente, despues de una evacuación estercoracea ó de emisiones gaseosas.

Siendo tan íntimas las relaciones entre el estómago é intestino no debe estrañarnos que los enfermos portadores de colitis antiguas presenten alteraciones gástricas.

Estas se manifiestan generalmente por eructos, pirosis, falta de apetito, nauseas y aun vómitos.

La distención estomacal, que es frecuente, así como los fenómenos de dispepsia son trastornos secundarios y no tienen por lo tanto un valor preponderante en la sintomatologia de la colitis, en la que solo representan manifestaciones accesorias, hecho que debemos tener muy en cuenta para no tomar por gástrico á un enfermo de colitis y saber remontarse al travez de estas manifestaciones á la verdadera causa que las producen.

Ante la frecuencia con que coexisten estas dos enfermedades, *neurastenia* y colitis parece que

estas necesitarán,como condición casi indispensable para su desarrollo, un estado nervioso especial.

No es difícil constatar en los antecedentes de estos enfermos una marcada predisposición neuropática hereditaria.

Estos desórdenes nerviosos pueden permanecer ocultos hasta la aparición de los desarreglos intestinales; una vez manifestados estos, aquellos se exaltan y agravan como si solo esperaran esta circunstancia para salir del estado latente en que han permanecido durante largo tiempo.

Los que ya eran más ó menos neurastenicos antes de contraer la colitis pueden llegar á tener verdaderas manifestaciones de enagenación mental. La tendencia al suicidio es de las que más atormentan á estos enfermos. Otros son melancólicos, hipocondriacos, etc.

Presentando como presentan estos enfermos el cuadro propio de la neurastenia vulgar, no tengo para que entrar en descripciones que se encuentran, más completas y mejor de lo que podríamos hacerlo, en cualquier tratado de enfermedades nerviosas.

Las enfermedades genitales en enfermas de colitis es un hecho atestiguado por todos los escritores. Nosotros nunca las hemos observado.

Como consecuencia del adelgazamiento, de la constipación y del estado nervioso, la orina sufre alteraciones muy dignas de ser tenidas en cuenta y que se manifiestan por un aumento de la

urea que refleja el estado de desnutrición; aumento de cloruros y fosfatos que son la expresión de la anemia y neurastenia.

Siempre se encuentra indican. Esto no es sinó una confirmación á la regla general. En todo constipado *matemáticamente* se encuentra indican en las orinas (MENDEZ).

—

Despues de haber expuesto los síntomas, pasemos á estudiar los signos que nos proporciona el exámen directo del enfermo.

Lo primero que llama la atención al observador es que aquellos enfermos, donde la colitis ha tenido sus comienzos en la infancia, son individuos chicos, diminutos, verdaderos entecados, si es que se nos permite este término consagrado en la ciencia veterinaria á los animales que se presentan en estas condiciones; y ya que la ocasión se nos presenta diremos, lo que hemos pensado más de una vez: si no sería posible aceptar que fuera una misma lesión anatomica la que produce esta falta de desarrollo en el hombre y en el animal.

Nos conformamos con apuntar la idea dejando que otros con mayor caudal de conocimientos puedan dilucidar esta cuestión que consideramos más importante de lo que á primera vista parece.

La cara en los coliticos es de un color terroso cobrizo y presenta un grado de adelgazamiento

muy marcado que no guarda relación con el del cuerpo. Bajo la influencia de los dolores á que continuamente están sometidos, la facie toma una expresión sui generis, que se conserva siempre igual y que algunos autores describen como un tipo intermediario entre la faz del abdominal y la del genital.

Segun algunos autores, la lengua seca y saburral asi como el mal aliento son signos que se encuentran constantemente en los enfermos de colitis muco membranosa. No somos de este parecer, para nosotros esas alteraciones nada tienen que hacer con la colitis y solo dependen del estado gastrico. Si este se conserva bueno la lengua está limpia, humeda. Observaciones II y III. Cuando se altera y es comun que esto suceda, entonces si presenta los caracteres antes descriptos, observaciones I, IV y V.

En uno de nuestros enfermos la lengua estaba completamente seca y requebrajeada, las encias cubiertas de fuliginosidades presentando la boca todos los caracteres de la de un agónico. Todos estos fenomenos no dependían de la colitis debiendo imputarse, solamente, al estado de desnutrición en que se encontraba el paciente.

Es del exámen del abdomen que sacaremos los mejores datos que nos conducirán al diagnóstico de esta afección.

La pared abdominal está casi siempre flacida, el abdomen depresible hasta el punto de permitir-

nos efectuar la palpación del colon, hecho importante que ha sido señalado por GLENARD y MATHIEU con el nombre de *cuerda cólica*. Se lo conoce también con el de *signo de Mathieu*. Reclamamos la prioridad para la clínica de San Roque donde, mucho antes que fuera descripto por los autores citados, ya en 1894, era buscado y anotado como un elemento precioso para el diagnóstico de las colitis.

La palpación de la cuerda cólica es facil y podemos decir que no recordamos caso alguno de colitis donde no lo hayamos podido tocar.

El mejor procedimiento para practicar esta palpación es el siguiente: El enfermo debe estar acostado en decúbito dorsal tratando de tener su vientre tan flacido como le sea posible; el médico se coloca á la derecha del lecho y con ambas manos extendidas toca el plano resistente del hueso iliaco izquierdo cerca de la cresta y á poca distancia de la espina antero-superior. Se hunden profundamente las yemas de los dedos siguiendo el plano oseo y acercándose por lo tanto á la línea media del abdomen. Bien pronto un cordón duro pasa bajo los dedos para escaparse en seguida haciendo la impresión de una cuerda que atada por sus dos extremidades hubiera sufrido una vibración. Si en el momento que llegamos al colon, encorbamos las falanges, podemos engancharlo y y desplazarlo en una cierta extensión. Al llegar sobre la cuerda el enfermo acusa dolor que si

bien no es tan agudo como para hacerle proferir gritos, es lo suficiente para que lo exprese por visages que nos ahorran todo interrogatorio.

Otro punto donde la palpación del colon se hace con facilidad es al nivel del angulo formado por el colon transverso y el descendente, y es aquí donde el dolor suele ser mas agudo.

El grosor del intestino varia con el grado de intensidad de la lesión, pudiendo oscilar entre limites muy variables, desde el de un simple cordel hasta aquel de un dedo gordo y aun más.

Al tacto nos produce la impresión de un cordón duro, retraido, con abollonaduras y depresiones. Raras veces puede percibirse, al travez de sus paredes, materias fecales blandas y gorgoteo.

II

Nada más dificil que establecer el momento preciso de aparición de la colitis. Es generalmente en la niñez que esta enfermedad comienza, permaneciendo después durante largos años en estado latente.

Estos casos de colitis latentes son más frecuentes de lo que se cree. Conocemos varios y entre ellos uno típico. Se trata de una señora que hace contraste con los demás miembros de su familia, mientras todos son robustos y bien constituidos ella es pequeña. presentando el tipo del entecado. Mucho tiempo ese aspecto enfermizo quedó sin explicación. Ha visitado un gran número de consultorios con los diagnosticos más estravagantes. Hoy ante la explosión de síntomas aparecidos ultimamente podemos afirmar que se trataba de una enferma de colitis latente.

La colitis que aparece en los primeros años de la vida, de la que no nos ocuparemos por no entrar en el plan que nos hemos trazado al confec-

cionar este trabajo, lo hace de un modo sub-agudo. Fuera de estos casos es siempre una enfermedad cronica *d'emblee*, de larga duración y expuesta á frecuentes residivas, en las que tienen influencia los desarreglos alimenticios, el aire frio etc. etc.

Esta enfermedad á la que no escapan los niños ataca por igual á los hombres y mujeres. Es en la edad adulta donde causa mayores estragos.

En la vida genital de la mujer presenta alternativas por demás interesantes.

Todas las enfermas de colitis sienten recrudecer sus síntomas en los periodos menstruales. Algunos pocos días antes de las reglas se agravan, otras durante ellas y finalmente son las menos las que sufren estos poussée agudos una vez terminada la menstruación.

Nosotros hemos observado en todas nuestras enfermas estas alternativas y no ha dejado de llamarnos la atención el no encontrarlas citadas en ninguno de los autores que hemos consultado.

Otro tanto debemos decir del embarazo que tiene una influencia favorable sobre las colitis. Muchas de nuestras enfermas han gozado de un interregno de bienestar durante la gestación, volviendo á sufrir las molestias intestinales – en algunos casos con mayor intensidad – despues del parto.

Entre las complicaciones de la colitis muchos autores citan las hemorroides como una de las más frecuentes.

Langenhagen en un erudito y muy completo estudio sobre la enteritis muco-membranosa publicado en la «Semaine Medicale» del 1º de Enero del corriente año, lo afirma de un modo absoluto.

Nosotros que seguimos un minucioso método en el exámen de los enfermos, que impera en la clínica desde hace ya varios años, solo las hemos encontrado en aquellos que á más de ser colíticos son constipados vulgares.

La constipación es, sin duda alguna, la causa más frecuente de las hemorroides; el hecho de ser constipados los enfermos de colitis no implica que deban tenerlas y esto es tanto más claro cuanto que el mecanismo que produce la constipación en los colíticos es completamente distinto al que la origina en el constipado vulgar.

En estos, en efecto, hay atonia intestinal, distención del recto por la acumulación de materias fecales en su ampolla y extasis venoso consecutivo, encontrándose el reflejo dificultado hacia las venas pélvicas internas; en el enfermo de colitis nada de esto sucede y la constipación se efectúa por un mecanismo diferente, sobre el que no tenemos para que insistir después de lo dicho en el capítulo de la sintomatología.

Creemos, pues, que cada vez que se encuentra esta complicación debe atribuirse á la constipación vulgar que puede existir conjuntamente con la colitis y si se nos permitiera diriamos que dada su frecuencia en la primera de estas afecciones y la

ausencia en la última podrían tomarse como un elemento para el diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades, signo que no carecería de importancia sobre todo en los comienzos de las colitis cuando solo son caracterizadas por irregularidades en la defecación.

Los reflejos sobre el corazón adquieren algunas veces tal intensidad que constituyen una verdadera complicación y no de las más leves. El conocimiento de estos reflejos nos salvará de innumerables errores de diagnóstico, evitando que tomemos por verdaderos cardíacos á enfermos de colitis.

Debemos saber, igualmente, distinguir los reflejos sobre el estómago á fin de dirijir nuestro tratamiento á la lesión intestinal y no perder el tiempo queriendo combatir un estado gástrico que no es otra cosa que una consecuencia.

Glenard fué el primero en señalar la enteroptosis como la complicación más importante de las colitis.

Vientre flácido, atono, relajamiento de los musculos abdominales, caida del intestino, nefroptosis, gastroptosis etc., son trastornos que forman parte de la colitis, de tal manera como si estas dos enfermedades formaran una sola, dice el autor citado.

Esta idea que durante mucho tiempo fué admitida por todos, ha dejado de serlo ultimamente; y no podía suceder de otro modo desde que la enteroptosis no se encuentra solo y exclusivamente

en las colitis pudiendo observarsela en otras afecciones.

Raros son los enfermos de tuberculosis ó neoplasma que sufriendo una desnutrición acentuada no presenten enteroptosis.

Para nosotros esto debe considerarse, nó como una complicación de la colitis, con cuyas lesiones no guarda relación alguna, sino como un hecho dependiente del adelgazamiento á que estos enfermos están sujetos.

El adelgazamiento, aisladamente considerado constituye otra de las complicaciones serias de las colitis puesto que pone al enfermo en condiciones bien desventajosas para luchar contra cualquier afección y en inmejorables para adquirirla.

Deliberadamente he dejado para el fin la complicación más temible de la colitis, la que se refiere al estado nervioso. Es en los enfermos de clase acomodada y sobre todo en aquellos que se dedican á trabajos profesionales donde sus efectos son más marcados.

Para estos enfermos, neurastenicos en alto grado, no hay halagos en la vida desde que la pasan en medio de la desilución más completa, la existencia es una carga de la que desearían desembarazarse, pierden el amor al trabajo y concluyen por convertirse en el tormento de la familia.

Conocemos dos casos donde esta complicación ha revestido suma gravedad. Uno es el de un alto funcionario público que antes no dejaba de

asistir á su oficina un solo día y que hoy la abandona durante semanas. En este enfermo han aparecido ultimamente manifestaciones de enagenación mental.

El otro es el de un distinguido médico que vive alejado de la sociedad,—en la que estaba llamado á figurar en primera línea por su talento—consagrando todos sus momentos á la meditación de la enfermedad y en rechazar las ideas de suicidio que constantemente lo atormentan.

III

El diagnóstico de la colitis muco-membranosa no presenta dificultad cuando existen todos los síntomas principales y algunos accesorios. En el capítulo de la sintomatologia nos hemos ocupado de cada uno en particular y no volveremos sobre ellos.

Más, son numerosos los casos de colitis latentes, colitis que persisten durante años sin manifestaciones ostensibles y de cuya existencia el medico—aun el más atento—solo puede sospechar por la presencia de uno ú otro de esos síntomas secundarios á menudo de orígen reflejo. Es por estos fenómenos alejados—algunas veces tan intensos que encubren la verdadera enfermedad—que se debe llegar al diagnóstico de una lesión oculta que ha vivido ignorada.

Como se comprenderá es en estos casos donde se lucha con dificultades y donde los errores son frecuentes.

Los reflejos sobre el estómago y corazón así

como el adelgazamiento, el relativo sobre todo, son los síntomas secundarios que más ayudan en la investigación de las colitis latentes.

Sabiendo en lo que se basa el diagnóstico de la colitis muco-membranosa hablemos de los caractéres que la diferencian de las otras variedades: disentérica y ulcerosa catarral.

Pasaré por alto las ulceraciones específicas del colon (tuberculosas y sifilíticas) porque, aparte de no presentar una sintomatologia propia, no es fácil confundirlas si se tiene en cuenta que conjuntamente existen lesiones en otros órganos que no pueden pasar desapercibidas en un exámen prolijo.

Tanto la disenteria aguda como la afección que nos ocupa están caracterizadas por cólicos al rededor del ombligo y en todo el trayecto del intestino grueso. Pero en la disenteria estos afectan caractéres de localización especial que los distinguen perfectamente de los cólicos de la colitis muco-membranosa.

Los pujos ó falsa necesidad de defecar son frecuentes en la disenteria; tienen su punto de partida en el hipogastrio, se extienden hacia arriba á lo largo del colon ascendente llegan al lado izquierdo y descienden por la S iliaca hasta el recto y el ano. Esta sensación adquiere su máximum cuando llega á este último punto y entonces la necesidad de defecar se hace insoportable.

Las deposiciones que al principio de la disenteria tienen un aspecto bilioso se hacen más tarde viscosas con grumos amarillentos estriados de sangre. Luego desaparece el pigmento bilioso y el olor fecal.

En un período más avanzado se asemejan á la clara de huevo manchada por vetas sanguinolentas. COURTOIS SUFFIT compara estas deyecciones á los huevos de rana en los que se hubiera hecho salpicar sangre y MATHIEU á los esputos del primer grado de la neumonia por la viscosidad, transparencia y el color rojizo.

Cuando las lesiones alcanzan su mayor intensidad se parecen al agua de carne; se hacen sumamente fétidas, encontrándose en medio de ellas despojos de mucosa intestinal y pus.

El dignóstico diferencial entre la disenteria aguda y la colitis muco-membranosa se basa, pues, en los pujos que tan constantes en la primera nunca existen en la segunda, y en la forma y clase de las materias fecales que es completamente distinta en ambas enfermedades.

En la disenteria crónica, como en la aguda, á los cólicos que son bastante semejantes á aquellos de la colitis, acompañan el tenesmo y los pujos.

Lo mismo que la colitis, la disenteria crónica está caracterizada por irregularidades de vientre que se manifiestan por alternativas de diarrea y constipación. Los disentéricos pasan grandes tem-

poradas en las cuales la materia fecal es normal, esto no lo observamos en los colíticos.

Las deyecciones del disentérico crónico rara vez tienen sangre, solo se le encuentra cuando está en medio de un ataque agudo. Ordinariamente son negruzcas y purulentas estando muchas veces constituidas por sustancias alimenticias apenas digeridas.

El adelgazamiento es tan marcado en una como en otra enfermedad.

Los abcesos hepáticos constituyen un signo de gran valor para este diagnóstico diferencial. Son la complicación más frecuente de la disenteria crónica; en los enfermos de colitis, si alguna vez pudieran encontrarse, es solo á título de simple coincidencia no habiendo relación entre estas dos enfermedades que por otra parte evolucionarían independientemente. No así en la disenteria crónica donde con frecuencia se les encuentra.

En los pujos, tenemos, en la forma y clase de las materias fecales y en la presencia de abceso hepático debemos hacer estribar el diagnóstico entre la disenteria crónica y la colitis.

En la colitis ulcerosa catarral los dolores son bastante semejantes á los de la muco-membranosa. La constipación, es otro sintoma que les es común. Lo que aclarará el diagnóstico son: los pujos que rara vez dejan de existir en la ulcerosa y la naturaleza de las materias fecales. En esta última toman la forma de bolos duros que

nadan en una sustancia blanda parecida á la clara de huevo teñida por sangre

No debe confundirse la colitis muco-membranosa con la constipación vulgar, enfermedades en las que se encuentra: irregularidad en las deposiciones, materias fecales de consistencia igual revestidas por pellejos ó telitas y alteraciones gástricas y nerviosas.

Al lado de estos caractéres que hacen algo engorroso el diagnóstico diferencial encontramos otros que lo dilucidan.

En efecto, el dolor lumbar designado por el vulgo con el nombre de «dolores de los riñones» tan frecuentes en la constipación que casi podríamos decir es patognomónico no lo hemos observado nunca en las colitis. Se manifiesta bajo la forma de pesantez ó molestia más ó ménos continua haciendo intolerable la permanencia del enfermo en el lecho. Estos dicen que se encuentran como si hubieran sido apaleados.

La distensión de vientre malestar que los pacientes traducen por sensación de peso plenitud, compresión, etc., y que es semejante á la opresión experimentada por los gástricos después de las comidas acompaña al dolor lumbar casi siempre.

También se observa en la constipación, puntadas que aparecen y desaparecen repentinamente, más frecuentes en el lado izquierdo pero pudiendo localizarse á cualquier parte del abdomen. Son

provocadas, generalmente, por los movimientos activos, equitación, etc.; tienen su causa en el desarrollo rápido de gases, su enclaustramiento, la distensión intestinal brusca y la contracción espasmódica inmediata.

Los cólicos son excepcionales en la constipación vulgar.

En las materias fecales del constipado pueden encontrarse, algunas veces, los pellejos que son tan constantes en la colitis, pero siempre en poca cantidad.

No nos detendremos en los caracteres que distinguen la materia fecal del constipado de la del colítico, porque ya nos hemos ocupado de esto al tratar el síntoma constipación.

Finalmente, las hemorroides que constituyen una complicación frecuente en la constipación vulgar, son tan raras, que casi podríamos decir no existen en las colitis.

Cuando se examina un enfermo de colitis en crisis no es fácil formular el diagnóstico; la confusión con el cólico hepático, nefrítico ó saturnino es frecuente.

Debemos tener presente que el cólico hepático se caracteriza por un dolor agudo dislacerante, expulsivo que se exacerba por la menor presión al nivel de la vesícula. Este irradia hacia el epigastrio, hipocondrio, punta del omoplato derecho y hombro del mismo lado; es tan agudo que hace proferir gritos y los enfermos toman las posiciones

más variadas siendo las más frecuentes la de de cúbito lateral izquierdo con las piernas plegadas sobre el tronco ó la de decúbito dorsal con las rodillas elevadas procurando con ellas relajar las paredes abdominales. Siempre se acompañan de nauseas y vómitos primero alimenticios, luego biliosos. La intolerancia gástrica es absoluta.

El pulso por lo general, no sufre alteraciones, algunas veces se hace más lento.

La orina es clara, abundante, tomando el verdadero tipo de la orina nerviosa.

Ordinariamente estos cólicos pasan sin elevación de temperatura. Se citan algunos casos con accesos febriles (40°).

Durante mi internado no he tenido ocasión de observar ningún caso de cólico nefrítico, así es que me abstendré de formular el diagnóstico diferencial con esta enfermedad, que no podría establecer sino copiando lo que al respecto se encuentra en cualquier tratado de patología.

Distinguiremos la colitis del cólico de plomo porque en éste las paredes abdominales están fuertemente contracturadas, el vientre muy retraído y por los dolores que aunque se asemejan bastante á los de la colitis se amortiguan por la presión plana sobre el abdomen. Los antecedentes y las señales de saturnismo ayudan inmensamente al diagnóstico.

Después de lo que hemos dicho, anteriormente, no tenemos para que volver sobre la facilidad con

que son tomados los enfermos de colitis por gástricos ó cardiacos cuando los reflejos producen alteraciones en estos órganos.

El pronóstico de la colitis muco-membranosa no es grave si se tiene en cuenta que ella nunca produce la muerte; pero lo es por su larga duración, por las complicaciones y sobre todo por las residivas á que está sujeta.

El adelgazamiento favoreciendo la instalación de cualquier entidad mórbida, y las alteraciones nerviosas que pueden llegar hasta la misma enajenación mental son las complicaciones que hacen más sombrío el pronóstico.

No todos los autores están de acuerdo sobre la curabilidad de la colitis Mientras para unos es cuestión de tres ó cuatro años, para otros, más optimistas, podría curarse en pocos meses. No son pocos los que la hacen entrar en el número de las incurables.

Nosotros no queremos ser absolutos sobre este punto, pero creemos que la colitis muco-membrosa es una enfermedad larga, de difícil curación pero no incurable.

El tratamiento modifica notablemente las colitis. Tenemos casos que vienen siendo observados desde hace seis años y en algunos de ellos la mejoría es bien marcada, manifestándose actualmente la enfermedad por ataques de corta duración á intervalos muy alejados.

El colítico no debe ignorar que su enfermedad

es larga y sujeta á poussèe agudos para que en medio del tratamiento la aparición de estas crisis no sean motivos para hacerlo desistir de él.

IV

El capítulo que se refiere al tratamiento es el que tratan con mas extensión los que se han ocupado. en estos últimos años, de la colitis mucomembranosa, siendo la elección de los medicamentos uno de los puntos en que menos están de acuerdo.

Expondremos suscintamente el tratamiento que se sigue desde hace años en la Clínica de San Roque—al cual han sido sometidos nuestros enfermos—y de cuyo resultado no tenemos sino que felicitarnos. Mencionaremos de paso algunas indicaciones. terapéuticas preconizadas por los autores.

El régimen alimenticio goza en esta afección un rol preponderante. Al instituirlo no pretendemos disminuir el volúmen del bolo fecal—como quiere LANGENHAGEN entre otros—por la sencilla razón de que así se favorece la constipación que debemos combatir enérgicamente; ni aumentarlo, porque de este modo se hacen más violentas—produciéndose mayor contacto—las contracciones peristálticas patológicas que son las provocadoras del dolor, otro

síntoma que estamos obligados á modificar; lo que nos proponemos es hacerlo tan fisiológico como sea posible. Para conseguirlo debemos elegir los alimentos entre aquellas sustancias que tengan alguna influencia sobre la secreción patológica del intestino,—que es para algunos autores la causa de la enfermedad—no deben ser constipantes ni producir cólicos, deben estar dotados de un poder nutritivo capaz de mejorar el estado general y no favorecer en ningun caso las complicaciones.

La carne. el pescado, los huevos y la leche constituyen la base del nuestro.

No tenemos predilección por ninguna clase de carne, damos la de vaca. carnero ó blancas, ya sean hervidas ó asadas. No permitimos el asado á la parrilla porque en este la grasa de la parte superior derritiéndose imbibe completamente las fibras musculares haciéndolas intolerables para estos enfermos, en los que casi siempre existen alteraciones gástricas.

El pescado es muy bien soportado, así como los huevos que solo hay que prohibirlos en las crísis donde provocan cólicos violentos.

La leche que constituye un recurso precioso puede en algunos casos favorecer la constipación cuando es instituido como único alimento. Glenard la proscribe absolutamente. Mathieu solo la dá en los casos de embarazo gástrico. Nosotros creemos que únicamente debe dejarse cuando su poder constipante es manifiesto, siendo el alimento

por excelencia en los períodos de crísis, porque dando pocos resíduos excita débilmente las contracciones intestinales.

Para no agravar el estado gástrico debe prohibirse rigurosamente las grasas, el vino y el pan. El agua es la única bebida de que pueden hacer uso los enfermos de colitis; algunas veces aguas minerales adecuadas tienen aquí su indicación. La galleta debe reemplazar al pan.

A nuestros enfermos damos muy pocas legumbres tan preconizadas por CARRET y otros (Gazzetta des Hospitaux 4.98), porque si bien tienen la propiedad de dar gran cantidad de resíduos que favorecen la evacuación intestinal, en cambio aumentando el volúmen del bolo fecal excitan mas el intestino y provocan los espasmos.

MATHIEU (Societé de Theurapeutique, Seance 9 Junio 1897) solo las permite en muy pequeña cantidad preparadas en puré, siendo mas pródigo con las frutas cocidas ó en marmelada.

A medida que las lesiones intestinales van modificándose, permitimos la ingestión de otros alimentos y paulatinamente nos acercamos al régimen ordinario del que siempre excluimos las grasas y el vino.

VON NOORDEN en un reciente artículo sobre el tratamiento de la colitis cólica mucosa, aconseja un régimen que no discutiremos, porque lo que podríamos decir está ya escrito en lo que antecede.

Para él la colitis muco-membranosa no es otra cosa que una neurosis sensitiva y motriz; partiendo de esta base ordena una alimentación que tiene por objeto hacer tan abundantes como sea posible los resíduos intestinales. La manteca, las grasas y las legumbres, sobre todo aquellas ricas en celulosa, pueden ser tomadas á voluntad. Restringe el uso del pan del que solo consiente que tomen un cuarto kilo por día.

La electricidad, los baños y el masage completan su tratamiento.

De este último sobre todo, es decidido partidario. No puede desconocerse que es un buen recurso, pero desgraciadamente son pocos los enfermos que pueden utilizarlo á causa de la hiperestesia que frecuentemente acompaña á la colitis.

En su artículo no dice desde cuándo ha puesto en práctica este tratamiento ni los resultados obtenidos, que no pueden ser sinó desastrosos segun nuestro modo de ver.

Para combatir el estado nervioso prescribimos los baños calientes (de 35° á 40°) en invierno, frios, si son bien tolerados, en verano. Hasta hace poco tiempo á nuestros enfermos ordenábamos baños frios tanto en verano como en invierno. No hay razón para martirizarlos con baños frios en esta época desde que su acción sobre las fibras musculares es exactamente igual á la del caliente cuando este es breve (3 ó 4 minutos). En los sujetos que son muy sensibles al frio les ordena-

mos los baños calientes aún en verano, tan preconizados por MATHIEU.

En los colíticos muy excitables se aconseja además el uso del bromuro de potasio.

La vida y ejercicios al aire libre debe aconsejarse á estos enfermos, sobre todo á los niños, (CARRET).

Una de las condiciones que hay que llenar en el tratamiento de la colitis muco-membranosa, es combatir la constipación.

GLENARD ha sido el primero en llamar la atención sobre la necesidad que tienen estos enfermos de defecar diariamente.

Lo que procuramos al instituir el tratamiento, es hacer mas fácil la expulsión de las materias fecales, para esto empleamos sustancias que obren sobre el contenido reblandeciéndolo y sobre el intestino, regularizando sus contracciones.

Los drásticos deben proscribirse absolutamente por la congestión que traen y que viene á aumentar la hiperesitabilidad ya existente.

En el hospital donde no pueden usarse específicos, empleamos ordinariamente la podofilina en píldoras de 0.03 cts., que hacemos tomar todas las noches hasta que se regulariza el vientre y noche por medio ó á intérvalos mas largos una vez que las defecaciones son diarias, pero no tan abundantes como conviene. La cáscara sagrada á la dósis de 0.50 cts. para cada cachet, las usamos en la misma forma.

Mathieu aconseja dar todos los días aceite de ricino. de 1/2 á 1 cucharadita de café, diez minutos antes de tomar el desayuno; á fin de hacerlo más aceptable lo mezcla á jarabe de menta, café. etc.

Glenard es partidario del sulfato de soda ó magnesia (4 á 8 gr.) que debe darse todas las mañanas. Dice que el inconveniente que tienen estas sustancias de hacer demasiado líquidas las evacuaciones se corrige administrando 0.05 cts. de aloes todas las noches. que goza de la propiedad de aumentar la densidad de las deyecciones.

En los enfermos pudientes empleábamos hasta no ha mucho las frutas de tamarindo aprovechando la preparación que en el comercio se conoce con el nombre de «Tamar indien de Grillon», y donde cada una se encuentra cubierta de una capa de chocolate que la hace muy agradable, preservándola al mismo tiempo de la humedad. Hemos debido abandonarlas porque el tamarindo produce cólicos. Actualmente las reemplazamos ventajosamente por los « bombones laxantes de Gibson », que no tienen aquel inconveniente.

Aconsejamos igualmente la preparación de «Cascarina de Le Prince », con la que hemos obtenido buenos resultados.

Las píldoras de «Taurina de Erba », á base de aloes, preconizadas por algunos no deben emplearse por ser demasiado congestivas. pudiendo provocar en algunos casos el aborto.

Hemos usado con éxito el «Fernet Branca» á la dosis de 1 cucharada de sopa mezclada á media copa de agua. soda. etc., tomada antes ó después del almuerzo y antes ó después de las comidas.

Provoca una defecación abundante 12 ó 24 horas después; el uso no disminuye su efecto. En ningún caso ha habido necesidad de aumentar la dosis.

Nada podemos decir sobre las píldoras azules de calomelano muy preconizadas en un reciente artículo de la Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, por no haberlas puesto en uso nunca.

El enema es la medicación que usamos sistemáticamente en todos los enfermos de colitis. Este agente terapéutico tan preconizado por Lassegue es resistido por gran número de enfermos, ya sea por un pudor mal entendido, ya porque entre la alternativa de tomar una píldora ó una lavativa optan por lo primero, que no les causa molestia ni pérdida de tiempo.

Muchos médicos, entre ellos Malibran, son contrarios á los enemas, fundándose en que su uso prolongado produce la abolición de la sensibilidad refleja, lo que obliga á los enfermos á emplearlos continuamente. En nuestra práctica no hemos observado esto.

Algunos autores recomiendan los enemas de agua á los que le agregan glicerina, aceite ó sustancias aromáticas que tienen el inconveniente de que los aceites volátiles aumenten el peristaltismo.

En la clínica se emplean los enemas de agua á los que se le agrega ácido tánico (1 cucharada). Hasta hace poco también se les ponía borax. de cuya ineficacia nos hemos convencido, razón por l a que ya no lo empleamos.

Empezamos con 300 ó 400 gr. y aumentamos lentamente hasta llegar á 1000 ó 1500. El agua la usamos á la temperatura ordinaria.

Estos enemas con tanino. á más de corregir las irregularidades del intestino. tienen una acción tópica sobre la pared intestinal.

También usamos los enemas de aceite muy empleados en Alemania y que han adquirido gran voga con FLEINER. Empleamos, generalmente, aceite de sesamo que tiene la ventaja de ser barato y la de no contener substancias irritantes de descomposición tan comunes en los de olivos de marcas inferiores. Estas substancias irritantes obran sobre el intestino á la manera de exitante químico y provoca el peristaltismo.

Para evitar el mismo inconveniente el aceite debe estar á la temperatura del cuerpo.

Se practican del mismo modo que los de agua con un irrigador común que se coloca á 0.50 centímetros sobre el nivel del lecho á fin de que el líquido descienda lentamente; en la canula se adapta una sonda Nelaton N°. 18 ó 20 que se introduce en el recto para hacerlo llegar bastante arriba.

La posición gemo-pectoral es indudablemente la mejor porque en ella la presión interna es nega-

tiva, pero no puede usarse siempre por ser muy molesta. Nosotros colocamos los enfermos en la dorsal ó en la de Tredelenburg poniéndoles una almohada debajo de la pelvis. En esta última la presión interna disminuye y es lo suficientemente cómoda para ser soportada durante los 15 ó 20 minutos que se emplean para un enema de esta clase.

Los primeros dias los hacemos de 400 ó 500 gr. disminuyendo paulatinamente la cantidad á 300 y 250.

El aceite puro sale en la primera deposición, es solo en la segunda que aparece la materia fecal.

Con el objeto de desinfectar el intestino se han aconsejado enemas con substancias las mas variadas. El naftol. salol, ácido bórico etc., han sido usados sin mayor resultado. La mejor antisepsia es la evacuación intestinal tan completa como sea posible.

Los enemas con soluciones de biborato de soda al 1/5000, de salicilato de soda al 1/1000, de cloruro de soda al 1/5000 son ineficaces para el objeto á que se les destina, pues. el poder antiseptico de esas sustancias, en tales proporciones, es bien reducido, de modo que si alguna vez se obtiene resultado, es el mismo que se conseguiria con enemas de agua simple.

Las lavativas de cloruro de sodio al 5 % recomendadas por NOTHNAGEL tienen el inconveniente de ser muy irritantes.

No han faltado autores que trataran de buscar un medicamento que actuara directamente sobre el intestino.

G. See emplea el hidratis canadensis el cual tendría la propiedad de excitar la contracción de los nervios vaso-motores intestinales produciendo una descongestión del órgano. Asocia este medicamento á un purgante prefiriendo el de sen que tiene la ventaja de no provocar dolores. Lo administra bajo la forma pilular de las que da tres al día después de las comidas. Cada píldora contiene 0.10 cts. de extracto hidro-alcohólico de hidratis canadensis y 0.20 de hojas de sen lavadas en alcohol.

El medio más simple y mejor para calmar los dolores es la aplicación de compresas húmedas calientes sobre el abdomen. Estas que se usan en la clínica desde hace mucho no solo para las colitis sinó también para otras afecciones dolorosas del vientre han sido últimamente recomendadas por Mathieu y Langenhagen.

Para esto tomamos una franela plegada, la sumergimos en agua hirviendo, luego la retorcemos fuertemente hasta que toda el agua se escurra y bien calientes la aplicamos sobre el abdomen recubriéndola con gutapercha lamelada. La precaución que debe tenerse es que la gutapercha sobrepase á la franela, evitando de este modo una evaporación rápida. Si la compresa ha sido bien colocada conserva el calor durante horas y el enfermo, bien

abrigado puede tenerla toda una noche. Ya en los diez primeros minutos los dolores se alivian notablemente y el colítico concilia el sueño.

Es tan manifiesta la ineficacia de las fricciones sobre el abdómen con pomadas mercuriales ó de belladona. que no nos ocuparemos de ellas.

Cuando las crisis dolorosas son muy intensas, damos píldoras de extracto tebaico de 0.02 cts., al que asociamos el extracto de belladona á la dosis de 0.01 cts.

MATHIEU recomienda la codeina.

Las alteraciones gástricas las tratamos con ácido clorhídrico y extracto de nuez vomica 6 y 2 gramos respectivamente en 20 de agua. Les hacemos tomar 15 gotas después de cada comida.

Los tónicos están indicados todas las veces que se agrava el estado general.

Combatimos las crísis disenteriformes con los enemas de ácido tánico. CHARRIN aconseja las lavativas de nitrato de plata al 1/4000 y RIVILLIOD las de bismuto.

OBSERVACIÓN I (1)

Hospital « San Roque »

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL D^R^. JULIO MENDEZ

Hist. N°. 171. Arch. de 1896.

S. A., 38 años, argentino, vigilante, soltero. Entra á la sala I, cama núm. 1, en Septiembre 21 de 1896.

Diagnóstico—Colitis muco-membranosa.

Antecedentes hereditarios—Buenos.

Antecedentes personales—Ha sido siempre sano.

La enfermedad actual comenzó hace seis meses con fuertes dolores al vientre (retortijones) y diarrea, ésta duró pocos días, siendo seguida de constipación que aun persiste. Mueve el vientre

(1) Extractamos de las historias la parte que sólo se refiere á la colitis.

cada 8 ó 10 días. Pasa grandes temporadas sin sentir dolores. Algunas veces después de los cólicos sólo expulsa mucosidades. Tiene poco apetito. En estos últimos cinco meses ha adelgazado mucho.

Estado actual — Abdómen: Se palpa el colon descendente, engrosado, poco doloroso. En el resto del abdómen nada anormal.

Lengua—Ancha, saburral en casi toda su extensión, bordes rosados húmedos.

Octubre 14—Sale de alta muy mejorado.

OBSERVACIÓN 11

Hospital « San Roque »

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL Dr. JULIO MENDEZ

Hist. N° 181, arch. de 1896.

V. E. 18 años, argentino, sin profesión, soltero. Entra á la sala II, cama N° 24 en Septiembre 20 de 1896.

Diagnóstico: Colitis muco membranosa. Poussèe agudo.

Antecedentes hereditarios: No dá.

Antecedentes personales: Sietemesino. Desde hace muchos años todos los inviernos tiene tos con esputo abundante, blanco, espumoso; fatiga y sudores por las noches, asi como dolores al pecho que se exsacerban con los accesos de tos. Guarda cama durante casi toda esta estación.

La enfermedad actual data de varios años, no sabe precisar la fecha, comenzó con dolores al vientre algunas veces tan agudos que se caia.

Empiezan al nivel del ombligo y se propagan á la fosa iliaca izquierda (retortijones) no son continuos, más agudos antes que después de la ingestión de alimentos. Con frecuencia vomita después de las comidas. Después de estas tiene que desprenderse el pantalón, se fatiga si no lo hace.

Desde hace algun tiempo esputa sangre. Hace dos meses tuvo una epistasis (1 palangana). Después ha tenido dos más, no tan abundantes.

Apetito bueno; come mucho, se ha adelgazado considerablemente. Es habitualmente constipado; no ha tenido diarrea, micciones frecuentes poco abundantes, orina cargada.

No tiene habitos alcoholicos; no hay antecedentes sifilíticos.

Ingresa al servicio porqué los dolores de vientre son más fuertes y la constipación se ha hecho más tenaz.

Eslado actual Septiembre 2. *Pulmones:* Normales.

Abdomen. Se palpa el colon descendente, algo retraido, doloroso sobre todo al nivel del ángulo. El dolor se extiende á la mitad izquierda del colon transverso. La fosa iliaca derecha está ligeramente dolorosa. En el resto del abdomen no se palpa nada de anormal; no doloroso.

Lengua: rosa, humeda, limpia.

Septiembre 25—Anoche á las 8 el dolor se acentuó considerablemente al nivel del epigastrio Este se irradiaba á todo el abdomen. Ha tenido

nauseas, vómitos y algunas deposiciones dearreicas.

La palpación en el hueco epigástrico provoca dolores. En el costado izquierdo hay un espacio mate que se extiende desde el borde superior de la 5ª costilla hasta el reborde de las falsas; á la derecha la matitez se confunde con la hepatica y á la izquierda llega hasta la línea axilar posterior. La percusión es algo dolorosa. Hay gorgoteo en la fosa iliaca derecha.

Lengua: saburral, algo seca.

Septiembre 30—Persiste el dolor al nivel del hueco epigástrico, desde ayer es menos agudo. Después de 3 días de constipación, anoche ha tenido dos deposiciones diarreicas acompañadas de ligeros cólicos.

Noviembre 4—Los dolores han desaparecido; no mueve el vientre desde hace 4 días.

Noviembre 6—Mueve el vientre mediante la aplicación de enemas. Las materias fecales son duras, tienen la forma de bolos grandes, desigua-les, cubiertos por telitas. En las deyecciones hay gran cantidad de mucosidades. Durante su permanencia en el servicio nunca ha tenido esputos sanguinolentos, ni epistasis.

Se examinan varias veces los esputos; no se encuentran bacilos de Koch.

Noviembre 9—Pide el alta. No siente dolores desde hace dos días. La constipación persiste.

OBSERVACIÓN III

Hospital «San Roque»

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL D[R] JULIO MENDEZ

Hist. N° 37, arch. de 1897.

S. S. 42 años, argentino, empleado, casado, entra á la sala I, cama N° 1 en Mayo 18 de 1897.

Diagnóstico: Colitis muco-membranosa. Abceso de la pared abdominal.

Antecedentes hereditarios: El padre falleció á los 76 años de edad, no sabe de que enfermedad; había sido siempre sano. La madre murió á los 65 años; lo único que recuerda es que sufria de desmayos. Tiene cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales: A la edad de 10 años estuvo enfermo durante mes y medio; solo recuer-

da que tuvo mucha fiebre, cefalalgia y que al entrar en convalecencia estaba muy delgado (¿fiebre tifoidea?) Dos años después tuvo sarampión. Hace cuatro años estaba en medio de sus ocupaciones cuando repentinamente se le nubló la vista, tuvo algunos vómitos, hormigueo en la pierna y brazo izquierdos. No perdió el conocimiento. Una hora después veía bien pero el hormigueo continuó durante dos días. Guardó cama por espacio de siete y no sintió dolor alguno en este tiempo.

La enfermedad actual comenzó hace mes y medio con una fuerte puntada en el flanco derecho que le sobrevino bruscamente durante la noche. Este dolor que fué muy agudo el primer día se propagaba hacia el flanco izquierdo, despues aparecía por momentos con intérvalos de acalmia. Se repetían tres ó cuatro veces por día con una duración de 4 ó 5 minutos (retortijones). En los primeros días vomitaba cuanto injería. Los vómitos cesaron expontáneamente. Estaba constipado y continuó así durante 4 ó 5 días á pesar de los purgantes que se le administraron; despues sus deposiciones han sido siempre irregulares; ha notado frecuentemente, mucus en las deyecciones y las materias fecales envueltas en «telitas». Desde hace dos días no siente ningun dolor cuando se queda en la posición horizontal, pero aparece tan pronto se inclina ó toce. Tiene poco apetito. Duerme bien. Orina bien. No tiene

antecedentes sifilíticos. Hábitos alcohólicos poco acentuados.

Estado actual, Mayo 19.—*Abdómen*: se palpa, difícilmente, el colon descendente á causa de la retracción de las paredes. Está muy doloroso. En el ángulo se siente el colon duro, retraido, grueso, la palpación en este punto despierta vivo dolor. La fosa iliaca derecha está igualmente dolorosa. En las demás partes del abdómen el dolor no es tan agudo. No se encuentra nada de anormal en el resto del abdómen.

Lengua—Ancha, roja, húmeda, limpia.

Junio 3—Al exámen del abdómen se nota en la región umbilical una elevación en la pared, que tiene su punto culminante al nivel del ombligo. El enfermo dice que siente ardor en este punto desde hace cinco días y que desde esa fecha ha ido formándose el tumor. Este no es adherente á la pared, su superficie es lisa, es doloroso á la presión, movible, bascula; su borde posterior no se logra palpar por encontrarse muy profundo. Es de forma completamente irregular no asemejándose á la de ningún órgano y del tamaño de una cabeza de feto. Se continúa hacia la región hepática sin percibirse solución de continuidad con el hígado. Es mate á la percusión y esta por suave que sea provoca fuertes dolores. En los decúbitos laterales no varía de volúmen, en la posición genu-pectoral no avanza sobre la pa-

red anterior. A su alrededor en los límites externos se notan ansas intestinales.

En la fosa iliaca izquierda se palpa la cuerda cólica, dura, gruesa, ríjida, algo dolorosa. Se palpa el colon descendente en toda su extensión hasta el ángulo. El colon transverso no se logra palpar bien por el dolor que provoca la presión sobre el tumor. En el colon ascendente y en la fosa iliaca derecha no se nota nada de anormal, no dolorosa.

Junio 13—Se opera el tumor. Es una colección purulenta. La pared posterior está formada por el músculo recto anterior.

Junio 15—En las deyecciones se encuentran membranas que tienen la forma de la cavidad del colon. La materia fecal está recubierta por «telitas». Al exámen microscópico se notan detritus degenerados de elementos de mucosa intestinal.

Julio 15—Sale de alta muy mejorado.

OBSERVACIÓN IV

Hospital « San Roque »

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL Dr. J. MENDEZ

Hist. N°. 53. Arch. de 1898.

P. V. L., 31 años, español, (2 años de residencia), agricultor, soltero. Entra á la sala I, cama N°. 8, en Abril 9 de 1898.

Diagnóstico—Colitis muco-membranosa. Bronquitis generalizada. Bradicardia.

Antecedentes hereditarios:—El padre falleció á la edad de 66 años de una enfermedad al pecho. La madre á la de 30, á consecuencia de la misma enfermedad. Tiene un hermano que sufre del pecho y que ha tenido hemoptisis varias veces.

Antecedentes personales—En la infancia sarampión á la edad de 16 años blenorragia que duró

6 meses. A los 18 años un chancro y bubon del lado izquierdo, fué operado, salió gran cantidad de pus. Dice que al poco tiempo tuvo roseola y despues empezó á perder el cabello. No recuerda haber tenido placas mucosas. El chancro curó á los 4 meses. A los 36 años nuevamente blenorragia que duró 1 mes.

Hace 4 años tuvo un fuerte resfrio, tenía mucha tos, los esputos eran sanguinolentos. Mejoró pero al poco tiempo volvió á tener tos siendo los esputos más teñidos de sangre de lo que habían sido anteriormente.

Desde hace año y medio siente un dolor fijo en la parte media del esternón, dice que siente una sensación como si tuviera continuamente un peso en este punto. El dolor que es soportable se exaspera con los accesos de tos.

En la misma época se le cubrió el cuerpo, principalmente las piernas, de granos de los que conserva aun las cicatrices.

La enfermedad por la que ingresa al hospital data de dos ó tres años. Empezó con fuertes cólicos y alternativas de diarrea y constipación. La irregularidad en las defecaciones ha continuado. La diarrea nunca dura más de un día; la constipación se prolonga por 3 ó 4. Frecuentemente hay mucosidades en las deyecciones; la materia fecal es dura. casi siempre con «pellejos». Los cólicos son ahora raros. El apetito se ha conservado siempre; se ha adelgazado bastante. Ori-

na bien. Hábitos alcohólicos muy acentuados. Desde hace tres años casi todas las noches tiene pesadillas. Tiene antecedentes sifilíticos.

Estado actual. Pulmones por detrás. Sonoridad normal. Bases movibles. Vibraciones existen. Respiración vesicular. Rales sibilantes y mucosos desde el vértice hasta la base, más numerosos en la mitad inferior. Algunos rales subcrepitantes en las bases, sobre todo en la izquierda. Resonancia de la voz, normal.

Pulmones por delante—Sonoridad normal, base derecha poco movible. Espacio de traube mate en la mitad interna. Respiración vesicular. Rales sibilante y algunos roncus diseminados en todo el pulmón.

Corazón—Punta se vé y se siente 5° espacio medio centímetro por dentro de la línea mamilar. Tonos normales en todos los focos.

Pulso—Igual, regular, mediano, algo depresible, poco frecuente (60).

Abdomen—Un poco abovedado. Se palpa el colon descendente algo retraído, doloroso. En el resto no se palpa nada de anormal.

Lengua—Húmeda, bordes y punta rosadas, saburra poco espesa en el resto.

Se hacen varios exámenes de esputos sin encontrarse bacilos de Koch.

Mayo 19—Sale de alta muy mejorado.

OBSERVACIÓN V

Hospital «San Roque»

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL D^R^. JULIO MÉNDEZ

Hist. N° 73. Arch. de 1898.

P. V. 33 años, argentino, vigilante, casado. Entra á la sala 1, cama núm. 22, en Mayo 11 de 1898.

Diagnóstico—Colitis muco-membranosa.

Antecedentes hereditarios — El padre tiene 70 años de edad, es sano. La madre 50, sana. Tiene 4 hermanos sanos. 1 hijo de dos años sano.

Antecedentes personales—En la infancia viruela, á la edad de 10 años guardó cama durante 8 días por una indigestión. Ha tenido varias veces blenorragia y bubones supurados.

La enfermedad actual comenzó hace tres años,

durante varios dias tuvo diarrea acompañada de dolores de vientre. El cólico duró un día, la diarrea persistió durante varios. Poco tiempo después empieza á sentir un malestar que continúa durante 1 año y que es más penoso después de las comidas.

Hace un año tuvo un ataque más fuerte que el anterior. Los dolores eran más agudos y permaneció tres dias sin mover el vientre. Desde entonces las defecaciones son irregulares, las materias fecales son brillantes, tienen la forma de bolos grandes que están recubiertos por «telitas.» Rara es la defecación en la que no se encuentre mucus. Los dolores aparecen á intervalos más ó menos alejados. El apetito que se había conservado hasta hace poco tiempo, es ahora escaso. En los 10 últimos meses se ha adelgazado mucho. En Septiembre pesaba 49.50 kilos á su ingreso al hospital 40.200 kilos. Nota que día á día pierde las fuerzas. Orina bien. Hábitos alcohólicos muy acentuados (predilección por el ajenjo). No tiene antecedentes sifilíticos.

Estado actual. Abdomen—Algo abovedado, paredes tensas, la palpación se hace difícilmente y es dolorosa en todo el trayecto del colon transverso.

Lengua—Ancha, húmeda, muy ligeramente saburral.

Mayo 19—Pide el alta, sale en el mismo estado.

Luis E. Viacava.

Octubre de 1898.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El signo de Kernig en la meningitis cerebro-espinal es debido únicamente á la contractura de los músculos del dorso.

En los estados tifoideos la diazo-reacción en las orinas es un signo de gran valor para el diagnóstico de la infección del Eberth.

La percusión auscultada por medio del fonendoscopio permite determinar con toda exactitud las cuatro cavidades del corazón aisladamente.

Buenos Aires, Noviembre 2 de 1898.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Luis Güemes, profesor titular Dr. Abel Ayerza y profesor suplente Dr. Ignacio Allende, para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta Tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Luis E. Viacava: «En el local de la Facultad, á 12 de Noviembre de 1898, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Luis E. Viacava, que versa sobre «Co-

litis Muco-Membranosa», resolvieron aceptarla. Con lo que terminó el acto.—Firmados: L. Güemes, A. Ayerza, I. Allende.—Zenón Aguilar, pro-secretario.

Luis M. Acuña.

Noviembre 12 de 1898.

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

Enrique E. del Arca.
Luis M. Acuña.
