UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ENTERITIS CRÓNICA

DE LA

INFANCIA

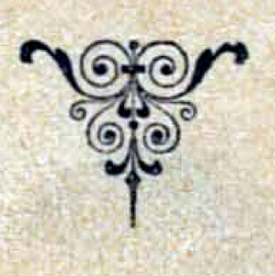
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ MAYORGA

Ex interno por concurso del Hospital de Niños (1897 á 1900)



BUENOS AIRES

7338 — Imprenta y Encuad. «Mariano Moreno» Corrientes, 829

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ENTERITIS CRÓNICA

DE LA

INFANCIA

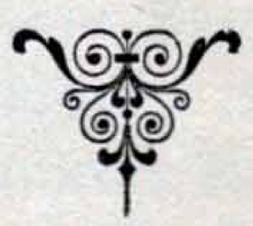
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ MAYORGA

Ex interno por concurso del Hospital de Niños (1897 á 1900)



BUENOS AIRES

7338 — Imprenta y Encuad. «Mariano Moreno» Corrientes, 829

1900

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

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Enrique E. del Arca.

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca.

Académicos Titulares

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

Académicos Honorarios

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

Secretario Titular

Dr. D. Luis M. Acuña.

Prosecretario

Dr. D. Zenón Aguilar.

ESCUELA DE MEDICINA

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva.....	Dres.	Juan D. Piñero. Joaquín López Figueroa
Anatomía topográfica.....	Doctor	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica.....	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana.....	»	Horacio G. Piñero. (En ejerc.)
Patología general y ejercicios clínicos.	»	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.....	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Higiene pública y privada.....	»	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología externa.....	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna.....	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica.....	»	José Badia
Medicina operatoria.....	Dres.	Nicolás Repetto. Alfonso Masí.
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica...	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica.	»	Francico Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica..	»	José A. Estevez. José R. Semprum.
Enfermedades mentales y su Clínica...	Doctor	Benjamín T. Solari.
Enfermedades génito-urinarias.....	»	Pedro Benedit.
Enfermedades venéreas y dermatología.	»	Maximiliano Aberasturay, (En ejerc.)
Clínica Quirúrgica.....	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud. Alejandro Posadas. (En ejerc.)
Clínica Médica.....	»	Julio Méndez. Ignacio Allende. Patricio Fleming Ricardo Colón.
Laringología, otología, rinología.....	»	Wenceslao Tello. Eliseo V. Segura.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	Luis F. Vila. Fanor Velarde.
Medicina legal.....	Doctor	Domingo S. Cavia. .....
Toxicología	»	Juan Alba Carreras. (En ejerc.)
Química aplicada á la Medicina.....	»	Francisco P. Lavalle.
Física médica.....	»	Juan J. Galiano.
Zoología médica.....		Vacante.
Botánica médica	»	Lucio Durañona. (En ejerc.)
Botánica farmacéutica.....	»	Vacaute.
Química analítica.....	»	Francisco B. Reyes.
Farmacia teórica.....	Sr.	Juan A. Domínguez. (En ejerc.)
Farmacia práctica.....	»	Miguel Puiggari.
Obstetricia para alumnas parteras.....		Vacante.
Odontología		Vacante.
Dentistería operatoria.....		Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Dr. Manuel Blancas

A la memoria de mi padre

A mi madre

A mi hermano

A mi tio Luis 2.º Mayorga

Gratitud y cariño

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Nada nuevo pretendemos adelantar acerca de la materia que constituye el objeto de nuestra disertación. Por el contrario, agotado como está su desarrollo por los maestros de la ciencia, el breve estudio que ofrecemos á vuestro examen, apenas si podrá contener una que otra reflexión, fruto de las lecturas y simples observaciones de aquél que va á iniciarse recién en el noble ejercicio de la medicina.

Sírvanos de excusa la razón apuntada para disimular los defectos de este trabajo, y las naturales vacilaciones con que emprendimos su desenvolvimiento, sean un motivo de vuestra consideración para juzgarlo.

Para el distinguido Académico que nos concede el honor de colocarlo bajo los auspicios de su nombre, debemos una palabra de alta consideración y agradecimiento, lo mismo que para los ilustrados

catedráticos, cuyas sabias lecciones y desinteresados esfuerzos han contribuído á formar nuestra carrera.

Y esta página, consagrada á las francas expansiones del que deja de ser estudiante para entrar en una nueva etapa de la vida, debemos también adornarla con un grato recuerdo dedicado al Cuerpo Médico del Hospital de Niños.

Etiología y Patogenia

Tratándose de las enteritis se puede afirmar que ellas tienen de común su causa etiológica y que su forma crónica no siempre es primitiva, pudiendo ser también en muchos casos el epílogo de la afección aguda en las primeras épocas de la vida.

Las causas, que son múltiples, ofrecen todas su interés en mayor ó menor grado, y la doble consideración que precede nos induce á pasarlas en revista siquiera sea someramente, empezando por aquellas de menor importancia hasta llegar á las infecciones é intoxicaciones, las que en nuestro concepto deben ocupar el primer rango.

El sexo, no parece tener ninguna influencía sobre el desarrollo de esta enfermedad; se vé padecer de ella á niños y niñas en la misma proporción, como muy bien lo prueba Ollivier, sobre 84 casos observados, de los cuales, 42 eran varones y 42 mujeres.

La herencia y la predisposición desempeñan su rol etiológico; se vé niños francamente predispuestos que apesar del más esmerado régimen alimenticio y buena higiene, padecen con facilidad de entiritis,

y otros, que sin guardar ningún cuidado, mantienen su tubo digestivo en perfecto estado.

La dentición ha sido incriminada desde muchos años ha; todos los clínicos infantiles han observado la aparición de la diarrea en esta época de la vida, y hasta han podido constatar la coincidencia de un ataque de diarrea con la salida de un diente, la que ha desaparecido, una vez que este ha terminado su evolución. Ante semejantes hechos lógico era dar á la dentición un buen sitio en la etiología, el que aún conserva, si bien relegado á segundo plano, debido sin duda á los conocimientos bacteriológicos actuales que han aportado nociones de que carecían los antiguos.

En orden á la explicación de la causa que nos ocupa y determinación de su calidad, las opiniones se encuentran muy divididas. Con el criterio de sus antecesores y fundados en los caracteres de que va acompañada la enfermedad, como ser: su benignidad, su corta duración, la ausencia de todo síntoma de infección, la aceptan algunos á la dentición como causa, pero explican su acción de muy diversos modos. Unos creen que obra como causa refleja, gracias al eretismo nervioso que existe en el período de la dentición; otros como Billard, dicen que es debido á la coincidencia de la salida de los dientes con una evolución de las glándulas y folículos de toda la mucosa gastro-intestinal; y, en fin, los

hay, que sin dar importancia á la dentición, opinan que las diarreas que se observan son debidas simplemente al cambio de alimentación tan frecuente en este período.

Sin desconocer en absoluto las ideas anteriores y encontrando más aceptable la última de ellas, parécenos la dentición una causa más bien predisponente que determinante.

La influencia estacional como causa productiva de la enteritis es innegable. El estío con sus altas temperaturas facilita no solo la fermentación de la leche si que también hace más intensas y fáciles las que puedan producirse en el intestino anormalmente; el número de víctimas es mayor y la enfermedad llega á veces á afectar un carácter epidémico. El frío, causa ocasional de tantas afecciones, produce también entiritis en ciertos niños, provocando bronquitis en otros, y su influencia se explica teniendo en cuenta lo sensible que es el tubo digestivo del niño á este agente cósmico. Esta enteritis *á frigori,* se la vé desarrollar más á menudo en los niños debilitados, mal nutridos y raquíticos, es ligera, sin fenómenos alarmantes y cura fácilmente.

Como dijimos, las infecciones y las intoxicaciones como causas de enteritis merecen por su frecuencia y gravedad que se les asigne el primer sitio en la etiología de esta enfermedad.

Para facilitar su estudio las dividiremos con Lesage en tres grupos principales:

1° Intoxicaciones por substancias contenidas en la leche, sin que esta sea fermentada.

2° Infección por leche fermentada (causa exógena).

3° Fermentaciones intestinales por alimentos que el niño no es capaz de digerir, siendo estas producidas por los microbios del intestino (causa endógena).

En los niños que toman el pecho es muy frecuente verlos sufrir de trastornos digestivos en medio de una buena salud, sin que puedan atribuirse de una manera fija á una causa determinada. Estos trastornos constituídos por diarrea en su mayor parte, pueden ser producidos por el exceso de alimentación, debido á esa costumbre habitual, fruto de la ignorancia las más de las veces, de dar el pecho cuando el niño llora, sin observar una regla de conducta que se armonice con los actos fisiológicos de la digestión; pero fuera de esta causa se sabe que las emociones vivas, los sustos, las contrariedades sufridas por la madre, determinan estos trastornos gástricos en el niño, que por lo general son pasajeros y poco graves, y que ellas atribuyen á su padecimiento moral, no sin razón, dado que su explicación no se conoce todavía.

Hechos de observación muestran que la leche de

ciertas nodrizas es impropia para la alimentación de los niños, porque estos padecen á menudo de diarreas que resisten á todo tratamiento y que solo desaparecen con la sustitución de aquellas. No obstante, el análisis de la leche en estos casos, practicado como único medio de evidenciar la causa, no ha descubierto substancia tóxica alguna, demostrando por el contrario, ser esta de buena calidad.

En presencia de tales hechos de observación diaria y que dejan perplejo al que los ha presenciado, cómo explicar su causa? La mejor respuesta parece ser á nuestro juicio la de Parrot y con él contestaremos: "El reactivo individual es aquí indispensable y ninguna ley se le opone." Y en verdad, parece que ciertos organismos segregan substancias tóxicas, las que, pasando en la leche, actúan en el intestino del niño como tales.

Esta toxicidad de ciertos organismos se hace más evidente en el período menstrual, en que la mujer sufre una auto-intoxicación que es pasajera y que se muestra por los trastornos digestivos que aparecen en el niño amamantado, cesando una vez que concluye también esta época periódica y crítica porque pasa el organismo de la mujer.

Desde mucho tiempo á esta parte se vienen observando estos hechos caracterizados por la periodicidad y coincidencia de la enteritis del niño

y la menstruación de su nodriza, lo que ha obligado á aquellos que han podido presenciarlos, á recurrir al cambio ó supresión de ella, como único medio de eliminar esta causa.

Está bien probado que muchas substancias ingeridas pasan en la leche; el alcohol es la que con más frecuencia se observa, siendo de notoriedad común que una nodriza que hace uso de bebidas alcohólicas provoca en el niño que nutre trastornos nerviosos idénticos á los del alcoholismo, viéndose así alternar la agitación con el estupor, el insomnio y algunas veces convulsiones.

Substancias medicamentosas son también eliminadas por la glándula mamaria; entre ellas tenemos el iodo, el salicilato de soda, los opiaceos, la quinina, etc., por cuyo motivo es de la más alta importancia someter á un buen régimen á la mujer que cría.

En los niños alimentados con leche de vaca se ha visto desarrollar verdaderas epidemias de enteritis por la toxicidad de esta leche, á causa de la alimentación defectuosa de estos animales con sobrantes de mercados y yerbas impropias para su nutrición.

Al segundo grupo pertenecen, como hemos dicho, las enteritis producidas por la leche fermentada. Los niños que han dejado el pecho y que son alimentados con leche de vaca son los que mayor

tributo pagan á esta enfermedad. Los agentes de fermentación de la leche son bacterias que no solo poseen esta propiedad sino que también están dotadas de virulencia, siendo por esta causa que el alimento ingerido en estas condiciones, provoca diarreas cuya modalidad varía con la intensidad y grado de virulencia de estas bacterias.

La leche es un excelente medio de cultura que se hace más propicio y facilita el desarrollo de los gérmenes, si se mantiene á una temperatura mediana. Su exposición al contacto del aire la llena de ellas, aumentando considerablemente su número mientras más tiempo dura esta exposición como lo ha demostrado Miquel que ha tenido la prolijidad de contarlas á diferentes intervalos.

La poca limpieza de las vasijas en que se la conserva provoca su alteración y el biberón aparato poco apropiado para un completo aseo y la falta de precauciones indispensablemente necesarias por parte de la madre, hacen fácil su administración en estas malas condiciones.

Sus modos de fermentación son tres: la fermentación láctica producida por el bacilus lacticus de Pasteur y por el coli-bacilo según Pottevin; la fermentación de la caceina estudiada por Duclaux y la fermentación butírica debida al bacilo butiricus. Además de estas bacterias, se encuentran muchas otras, como el estreptococus, el estáfilo-

cocus, el bacilo piocianicus, el mesentericus, etc., capaces como las anteriores de producir infecciones graves y muchas veces mortales.

La leche ingerida en estas condiciones es, pues, causa y la más frecuente de diarreas, pero ocurre preguntar cómo actúa para producirlas. Como elemento tóxico ó infeccioso?

Se creía primeramente que su acción nociva se debía á las diferentes substancias desarrolladas por la fermentación. Así, la fermentación ácida, descomponiendo los hidratos de carbono, daría lugar á la formación no solo del ácido láctico sino también de otros como el butírico, ácidos grasos y ácido acético. Esta acidéz anormal produciría según Czerny una intoxicación de la sangre, explicándose así los fenómenos observados en estos casos.

La descomposición de los albuminoides que se produce por diversos microbios, dá lugar á compuestos azohados que se parecen mucho á las ptomainas, cuya absorción causaría una verdadera intoxicación determinando trastornos circulatorios y nerviosos.

Baginky admite que los diversos microbios introducidos con la leche en el tubo digestivo, continuando su acción de descomposición dan nacimiento á compuestos amoniacales y que á consecuencia de esta infección hay una intoxicación, una amo-

niemia podríamos decir, producida por estos compuestos de amoniaco, y Rodet piensa que la enfermedad es debida á la masa microbiana toda entera que penetra en el tubo digestivo con la leche fermentada.

Hay, pues, según estos dos autores infección digestiva.

Pero puede observarse que ella no es común si hemos de atenernos al resultado del examen bacteriológico de las deposiciones, con el que se ha demostrado que en estos casos no hay pluralidad sino unidad de infección, deduciéndose de aquí que, probablemente, en ciertas ocasiones el predominio de un bacilo es debido á la mayor virulencia de este sobre los otros, como agente infeccioso.

Los trabajos experimentales practicados por Lubbert sobre la leche esterilizada, que ha sufrido una fermentación secundaria y dirigidos especialmente sobre el bacilo de Flügge, le han permitido sacar en conclusión que, en estos casos la enteritis es debida á la infección por este bacilo; que este bacilo produce la enfermedad gracias á una substancia tóxica contenida en su cuerpo y que el desempeña un rol importante en las infecciones intestinales.

Lesage, en sus estudios sobre la leche no esterilizada y fermentada, llevadas sobre el bacilo-coli, llega á las mismas conclusiones.

De estos estudios se desprende que la producción de las enteritis por medio de la leche fermentada, se debe á la infección que provocan las bacterias que ella contiene y que, consecutivamente á esta infección, ya sea única ó asociada, hay una intoxicación resultante á su vez de las substancias tóxicas segregadas por estos mismos microbios.

La leche fermentada actúa, pues, como elemento infeccioso primeramente y como tóxico después; la intoxicación sucede á la infección como una consecuencia, la una es primitiva, la otra es secundaria.

Ciertos autores han pretendido penetrar más aún la nocuacidad de la leche fermentada. Así, Vaughan, dice haber aislado una substancia química que denomina *Tirotoxicon*, la cual, ingerida, provoca accidentes de intoxicación. Dicha substancia no ha sido encontrada por otros observadores.

El ácido láctico de la fermentación no tiene acción nociva pues el existe en exceso en el estómago del niño, debiendo su formación á la acción del lab-fermento de Hamersten sobre la lactosa. El modo de acción de la manteca en la leche fermentada no es conocido.

Las causas pertenecientes á este grupo y que, como acabamos de ver, consisten en verdaderas infecciones é intoxicaciones, dan lugar á las formas agudas, graves y muchas veces mortales de la enteritis.

Las del 3er grupo, es decir, las fermentaciones producidas por aquellas substancias que el niño es incapaz de digerir, son las que provocan frecuentemente la enteritis crónica.

Estas fermentaciones se desarrollan lentamente y actúan de una manera insidiosa, presentando de cuando en cuando mayor intensidad y dando á la afección un carácter agudo y alarmante, un verdadero empuge, el que responde sin duda á una nueva infección que se agrega á la ya existente ó á un cambio sufrido por la misma fermentación.

Sinembargo, ignorado en su esencia el mecanismo de los fenómenos á que nos referimos, nos parece oportuno afirmar que las infecciones se pasan y tienen su origen en el intestino mismo, producidas por las bacterias que en el se encierran y favorecidas por la sobrecarga alimenticia, sea cual sea la substancia ingerida.

En efecto, el destete prematuro, la lactancia artificial que le sigue como consecuencia y la falta de un régimen apropiado y racional que tan á menudo hemos tenido oportunidad de observar durante el internado en el Hospital de Niños, facilitan este exceso de alimentación.

Todo niño y esto lo sabe bien el que cultiva las ciencias médicas, debe tomar su alimento á horas determinadas y á intervalos más ó menos fijos que concuerden con el tiempo que dura el trabajo de

la digestión. Pero esta práctica desgraciadamente poco se observa y por lo general el niño creado á biberón, que necesita por lo menos dos horas y media para hacer su digestión si la leche es cocida y tres si es cruda, toma su alimento á intervalos irregulares, demasiado cortos, sin dar tiempo á que su estómago elabore la ración anteriormente ingerida, obligándolo de esta manera á afectuar un nuevo trabajo digestivo.

A causa de esta irregularidad en los intervalos se acumula en la cavidad estomacal un exceso de alimentos no digeridos, los que estacionados en este estado dan lugar á fermentaciones anormales y sirven de excelente medio de cultivo á las numerosas bacterias que constituyen la flora intestinal. Las fermentaciones á su vez exaltan la virulencia de los gérmenes, el aparato digestivo se resiente sufriendo su acción nociva, y de ahí que se produzcan trastornos de secreción y á la larga se altere completamente.

Ahora bien, si la leche de vaca tomada en exceso es nociva, con mayor razón lo serán todas aquellas otras substancias que el niño es incapaz de digerir, como carnes, verduras, frutas, etc. Siendo de por sí impropias para su alimentación, no requieren la sobrecarga y una vez estacionadas necesariamente se alteran, provocan fenómenos análogos á los de la leche en exceso y actúan por el mismo mecanismo.

Las causas que acabamos de enumerar son, pues, las productoras de la enteritis de la infancia en todas sus formas y modalidades. Las del primer grupo causan las enteritis leves, pasajeras; las del segundo, las graves, aquellas francamente infecciosas; las del tercero, las crónicas en la mayoría de los casos y sobre todo, en los niños de uno á tres años.

Pero no es raro ver la forma crónica de la enteritis suceder á la aguda y quedar infectado el aparato digestivo del niño después de la desaparición de estos fenómenos. El organismo ha sido profundamente intoxicado, y las funciones de los diferentes órganos, sobre todo del aparato digestivo, se restablecen lenta y difícilmente.

Más, comunmente, la enteritis crónica aparece sin suceder á la forma aguda, de una manera insidiosa, ocasionada siempre por la sobrecarga alimenticia la que, como hemos dicho, ofrece con sus substancias mal digeridas é impropias, medios propicios para la multiplicación y exaltación virulenta de los gérmenes del intestino.

Sintomatolgoía

La enteritis crónica se observa con más frecuencia á la edad de uno á tres años.

Ella acusa por lo general su aparición en la época del destete, cuando el niño ha sido sometido á la lactancia artificial.

Insidiosa y tórpida en su desarrollo en el mayor número de casos, es pobre en síntomas para la clínica y el único que la caracteriza es la frecuencia y fluidéz de las deposiciones. Estas se presentan en número de dos á cuatro por día, su consistencia es por lo común semilíquida; el aspecto amarillo y uniforme de la cámara normal ha desaparecido, encontrándosele de color gris obscuro ó verdoso, su olor es fétido semejando en ocasiones el de la carne cruda macerada, y su reacción generalmente ácida, pudiéndosela encontrar alcalina en algunos casos, y á veces neutra.

Se encuentran con frecuencia grumos de color blanco, de tamaño variable, constituídos por caceina mal digerida, restos de carnes, legumbres, frutas, etc., en el mismo estado de digestión incompleta, lo

que denota la pobreza de jugos digestivos, la atonía gastro-intestinal y la dispepsia, como también la alimentación defectuosa que es la causa primordial.

Algunas veces las deposiciones son blancas, consistentes como la macilla de vidriero, debiéndose este tinte pálido según algunas opiniones á la falta de coloración por los pigmentos biliares; pero, Gillet y Marfan han probado que es producido por la presencia de la grasa en exceso y por substancia alimenticia mal digerida, habiendo descubierto los pigmentos biliares por medio de su reacción con el ácido nítrico. Y por la exposición de las cámaras al contacto del aire durante cierto tiempo, se ha observado también que toman un color verde gris, debido á estos mismos pigmentos, probándose así que no hay acolia ni hipocolia.

A estos elementos morfológicos constitutivos de la diarrea de la enteritis y que caracterizan la cámara lientérica, podemos agregar otros, infaltables, y que son el indicio del estado de alteración en que se encuentra la mucosa intestinal, tales como mucus, flemas, líquidos espumosos y serosidad abundante.

El vientre del enfermo se presenta á veces dilatado, tenso, distendido y timpánico, pero este estado, debido á los gases desarrollados por las fermentaciones anormales que se producen en el intestino es pasajero y desaparece aun cuando continúen los fenómenos químicos de fermentación. Lo más co-

mún es escontrarle blando, flácido, depresible, poco sensible á la mano que palpa y hasta presentar gorgoteo si las deposiciones no son muy frecuentes.

El hígado en muchos casos se encuentra aumentado de volumen, sobrepasando dos y tres dedos el borde de las falsas costillas. El bazo por lo general no se presenta grande.

El apetito del paciente es exagerado, hay bulimia; la sed es intensa, la lengua está cargada y á menudo cubierta de aftas ó placas de muguet; el aliento es fétido.

El sueño no es tranquilo, es agitado, se observan pesadillas y ensueños.

Las orinas menos abundantes que en el estado normal, de color mas obscuro, contienen índican y urobilina.

La temperatura es normal pero en muchos casos se observa durante el curso de la enfermedad, una ligera reacción febril de dos, tres y hasta cuatro décimos de grado, la que en ocasiones se eleva rápidamente hasta 38° y 38°5 para descender á la normal al cabo de dos ó tres días, pudiendo atribuirse esto únicamente, ya que el examen clínico no demuestra otra causa, á un aumento de intensidad y energía de la infección desarrollada.

En ocasiones estos ascensos térmicos adquieren su mayor intensidad, se acompañan de fenómenos agudos que agravan el estado del enfermo, depen-

diendo casi siempre de infecciones secundarias, comunes en estos casos, dado el estado de receptividad mórbida en que se encuentra el organismo por la lenta y profunda intoxicación que ha sufrido y de la cual se restablece con dificultad.

La diarrea no es tampoco uniforme en cuanto al número de evacuaciones mientras dura la enfermedad; presenta períodos de remisión hasta llegar á la costipación y otros de exacerbación que coinciden con los ascensos de temperatura, en los que las deposiciones se multiplican, siendo al propio tiempo más fétidas y líquidas.

El estado general del niño se conserva bueno en un principio, pero si la diarrea contínua, no tarda en empeorarse; se le vé enflaquecer, su peso disminuye cada día más; su piel toma un aspecto terroso, se pone flácida, rugosa y en muchos casos nótasela como engrosada; todo él está pálido y anémico.

El enflaquecimiento es más notable en los miembros y en el tórax, y si el estado de cosas continúa, se pronuncia más y más, y pronto franquea los límites de la caquexia. Se vé entonces aparecer el edema alrededor de los maleolos é hinchar la cara sin que haya albuminuria concomitante.

Cada día más debilitado, el niño reacciona mal contra los agentes exteriores, se enfría fácilmente y llegado este período, la enfermedad termina fatal-

mente, aunque su marcha pueda á veces ser interrumpida por remisiones pasajeras.

Las complicaciones, muy frecuentes, impiden muchas veces que la enfermedad llegue á la caquexia, encargándose una de ellas de poner punto á la escena. Entre las más comunes figura la bronco-neumonia, la que trae consigo casi siempre un pronóstico sombrío, la albuminuria, la cistitis á coli-bacilo, más frecuente en las niñas debido á la proximidad de la uretra, lo que favorece su infección por contacto de las materias fecales.

Las supuraciones del oído que existen al estado latente en unos casos, dando lugar en otros á otorreas por perforación del tímpano y á violentos dolores, originan á veces una septicemia mortal que se manifiesta, ya por abscesos múltiples, ya solamente por una fiebre intensa con facies tifoideas y cuyo punto de partida se reconoce recién en la necropsia.

Del lado de la piel, complicando constantemente la enteritis crónica, tenemos los eritemas en los glúteos y miembros inferiores, producidos por el frecuente contacto de las materias fecales; y de orden nervioso, la tetanía y sobre todo la eclampsia.

Los fenómenos nerviosos de excitación y coma, que tan á menudo terminan los accidentes de la enteritis crónica, no son sino manifestaciones de la auto-intoxicación gastro-intestinal y excepcionalmente son producidos por lesiones del encéfalo.

Anatomía Patológica

La lesión que más manifiesta se hace á la abertura del vientre y sobre la cual Marfan ha insistido en estos últimos tiempos, es el alargamiento del intestino, alargamiento que lo afecta, ya en su totalidad, ya en una de sus dos grandes porciones: delgado ó grueso.

Esta lesión es más frecuente encontrarla en el intestino delgado y sobre todo en aquellos niños de vientre grueso, dilatado y distendido. Cuando á el se limita la lesión se le encuentra llenando por completo á la cavidad abdominal, rechazando y ocultando los colons á veces completamente, con sus ansas distendidas, las que en un grado avanzado de su lesión, pueden llegar á afectar el desarrollo del intestino delgado del adulto.

El intestino grueso en estos casos es generalmente pequeño, retraido, presentando á veces un calibre igual ó menor al del intestino delgado; tan pronto es regular en toda su extensión, como presenta partes retraídas, dilatadas, llegando en ocasiones á dejar ver verdaderas dilataciones ampulares. Cuando es á el á quien la lesión ataca, es en el

cólon trasverso donde ella se localiza preferentemente, sin dejar por esto de afectar sus porciones ascendente y descendente respectivamente.

El cólon trasverso preséntase distendido en toda su extensión aumentando esta considerablemente en su parte media y dándole así la forma de una bolsa que cubre el estómago y el hígado; que llena todo el vientre, rechazando el intestino delgado hacia abajo del cual solo se ve una pequeña parte alojada en medio del abdomen, por encima de la vejiga.

Este alargamiento del intestino observado por Marfan, concuerda con los estudios de Tréves sobre el desarrollo de este órgano en los niños, según los cuales el crecimiento normal del intestino delgado en los dos primeros meses de la vida es de 60 centímetros por mes, pero más tarde esta relación se pierde. se hace muy irregular y sujeta á grandes variaciones, las que no están en relación ni con la talla ni con el desarrollo normal del niño, debiendo atribuirse, según él, este crecimiento mas ó menos grande en longitud, á la calidad y cantidad de los alimentos que dejan residuos más ó menos abundantes en el intestino, y en el cual se estacionan más ó menos tiempo.

A la abertura del intestino las lesiones de la mucosa se encuentran sobre todo en el intestino grueso, estendiéndose también al delgado principalmente en su última porción.

La hiperemia, el hinchamiento y resblandecimiento de la mucosa se encuentran solo en los casos recientes; en los antiguos, esta se presenta anemiada, tan pronto espesada y rugosa en partes, como adelgasada, lisa y esclerosada en otras.

Su epitelio está descamado, sus glándulas y sobre todo las de Lieberkühn, profundamente alteradas, como también los folículos-solitarios.

Las primeras, dada la cronicidad de la lesión, dejan ver en ellas verdaderas producciones quísticas, estando llenas de mucus; de ahí la frecuencia de las deposiciones mucosas en esta afección.

Esta degeneración mucosa de las glándulas es más frecuente en el intestino grueso que en el delgado; ellas se presentan bajo la forma de pequeñas salidas grisáceas diseminadas en la superficie de la mucosa, aplanadas y provistas de un orificio en su centro por donde puede hacerse salir el mucus.

Más tarde, en un grado avanzado de su lesión, la mucosa se presenta llena de pequeñas erosiones superficiales, redondeadas, las que pueden ser reemplazadas por verdaderas úlceras, de forma también redonda, bordes sinuosos, de fondo grisáceo y muchas veces púltaceo.

Los folículos linfáticos se presentan agrandados ó nó, pero es más frecuente verlos completamente infiltrados de leucocitos.

La muscular de la mucusa está dilatada y mucho

más ancha que al estado normal. Los ganglios linfáticos se encuentran ordinariamente sanos.

El hígado está siempre atacado de degeneración grasosa. Legendre ha insistido sobre la relación que existe entre la enteritis crónica y el hígado graso, y Thiemich ha encontrado esta esteatosis del parénquima epático en la enteritis aguda; lo que no nos parece raro y sí muy explicable tratándose de intoxicaciones ya sean agudas ó crónicas, y siendo esta degeneración así como la amiloidea, propia y consecutiva á estos estados consuntivos producidos por substancias nocivas, cualquiera que sea su origen y naturaleza.

Lo que sí nos parece extraño es que el mismo Legendre y Rilliet y Barthez no hayan encontrado en ciertos casos de enteritis crónica, lesión alguna de la mucosa intestinal.

Lo más interesante y nuevo que se encuentra en el estudio de la anatomía patológica de las enteritis crónicas, son sin duda alguna las alteraciones observadas en la glándula pancreática á que se refieren los trabajos publicados en "Les Archives de Medecine des Enfants" y en la Revista del Hospital de Niños de la Capital, pertenecientes á los Dres. Antonio Arraga y Marcelo Viñas, ambos médicos de dicho Hospital.

Por su novedad y al mismo tiempo por la importancia que están llamados á revestir en el estudio

clínico y terapéutico de la afección que nos ocupa, vamos á dar el resumen de ellos, completando así este capítulo.

En la serie de casos publicados se nota inmediatamente que las alteraciones anatómicas encontradas son muy semejantes en todos ellos.

Macroscópicamente, el páncreas se encuentra disminuído de volumen y su peso en uno de ellos ha descendido hasta doce gramos de treinta y dos que pesa normalmente al nacimiento.

Al tacto, se nota su consistencia dura y hasta leñosa; al corte, cruje bajo el escarpelo, dejando ver en la superficie de este bandas de tejido blanco nacarado que se distribuyen de una manera irregular, circunscribiendo islotes de páncreas que sobresalen en dicha superficie.

Histológicamente, se encuentran los conductos pancreáticos rodeados por una zona espesa de tejido conjuntivo que ramificándose en todas direcciones penetra en los pequeños lóbulos y acinipancreáticos, separándolos unos de otros.

Alrededor de la luz del conducto se observa una infiltración de pequeñas células redondas con protoplasma enrrarecido. La luz del conducto está obstruída por una gran cantidad de células redondas y de revestimiento epitelial. Estas células se encuentran en algunos puntos de la luz del conducto, en otros solo las hay de revestimiento. El protoplasma

de estas células de revestimiento alveolar no se tiñe bien por los colorantes (hematoxilina), es granuloso, lo mismo que sus núcleos que han perdido sus contornos netos.

En la periferia de los conductos pancreáticos hay una gran infiltración de pequeñas células redondas, á núcleo también redondo y protoplasma enrrarecido. En ciertos sitios se encuentran espacios claros, constituídos por un conjunto de alveolos, en los cuales el protoplasma no se colora; han perdido las células sus contornos netos y no se encuentran más que núcleos.

Todas estas alteraciones histológicas se encuentran diseminadas, estendidas desde la cabeza hasta la cola del páncreas.

Los ilustrados autores concluyen su laborioso trabajo diciendo: que la esclerósis del páncreas que han encontrado en los casos de enteritis crónica es debida á una angeo-pancreatitis crónica, producida por la propagación del proceso inflamatorio crónico del intestino al conducto de Wirsung; que de ahí sigue su propagación á los pequeños conductos pancreáticos, lo que está demostrado por la descamasión epitelial del revestimiento de los conductos, la infiltración de pequeñas células y la formación de tejido conjuntivo que se hace alrededor de estos conductos.

Dada la importante acción fisiológica desempe-

ñada por este órgano en los fenómenos de la digestión y las profundas alteraciones que han sido encontradas en él, se comprende muy bien todo el valor que estas observaciones están llamadas á tener para la clínica.

Al páncreas está confiada la parte más laboriosa de las transformaciones químicas que deben sufrir las substancias alimenticias ingeridas. Su jugo, con su principio activo la pancreatina, mezcla de tres fermentos particulares, con acción independiente cada uno, actúa sobre las grasas, los amilaceos y albuminoides.

Sobre las primeras con la esteapsina, emulsionándolas y poniéndolas en un estado de división tal que permanecen largo tiempo en suspensión, haciéndose así fácilmente absorvibles por las vellosidades intestinales. La emulsión es estable, permanente, siendo este fermento el único que puede producirla en estas condiciones, como lo ha demostrado Cláudio Bernard en sus experiencias.

Con la tialina ó amilapsina trasforma los amilaceos en glucosa y con la pancreatina propiamente dicha ó tripsina denominada por Kühne, actúa sobre los albuminoides, transformándolos en peptonas asimilables; trabajo más completo y laborioso que el efectuado por la pepsina estomacal, porque es más rápido, consiste en una liquefacción más perfecta, y porque no solo se limita á peptonisar estos

albuminoides sino porque transforma más tarde á estas mismas peptonas en otros compuestos, como la leucina, tirosina, indol, fenol. etc.

El páncreas, se dice, no solo se limita á digerir, tiene también sus relaciones con la diabetis, la que ha sido determinada en perros á los que se ha extraído esta glándula; pero ignorándose hasta ahora la manera cómo actúa para producirla, se está, á ese respecto, en el terreno vulnerable de la hipótesis.

Siendo, pues, notoria la acción fisiológica del páncreas y estándole confiada la parte más completa de la elaboración digestiva de los alimentos, según el ligero bosquejo que llevamos hecho de su fisiología, porqué no atribuir á su funcionamiento defectuoso, dadas las lesiones encontradas, algunos caracteres siquiera de la deposición diarreica de la enteritis crónica?

Sin desechar la parte que le corresponda á toda la mucosa gastro intestinal en la imperfección de la labor digestiva, porqué los caracteres de estas deposiciones no han de darnos indicios de su estado de funcionamiento?

Veamos: tenemos, por ejemplo, esa diarrea lientérica, con sus cámaras de color blanco, consistentes como la masilla de vidriero, la que como hemos visto ha sido tan bien estudiada por Marfan, habiendo encontrado éste la presencia de los pigmentos

biliares por su reacción con el ácido nítrico y probado así que esta falta de color normal no se debe á la ausencia de estos pigmentos como antes se creía, sino á un exceso de grasa y de substancia alimenticia mal digerida, que él atribuye, y con razón, á la sobrecarga alimenticia.

Esta grasa en exceso no puede provenir, acaso, de su falta de emulsión, sin necesidad de que sea siempre debida á la alimentación excesiva?

El jugo pancreático estando encargado de esta modificación, llevaría á cabo su misión, si se encontrara en estado normal y en cantidad suficiente para las necesidades de la economía, y en este caso solo tendríamos en la diarrea quilosa una pequeña cantidad de grasa, que sería debida á la sobrecarga alimenticia, desapareciendo una vez subsanado este error de régimen.

Lo contrario sucedería si estando perturbadas las funciones de esta glándula por la alteración de su textura, su secreción estuviera disminuída ó faltara por completo; estos cuerpos grasos contenidos en el quimo y que el estómago deja pasar al intestino sin modificación alguna, no encontrando donde emulsionarse, permanecerán intactos, en condiciones impropias para ser absorbidos y serán eliminados en este estado sin haber sufrido las modificaciones á que estaban destinados por la falta del único fermento emulsivo, ya que la bilis, que desempeña

también su rol emulsivo, no es capaz de cumplirlo por sí sola sin el concurso de la tripsina, según lo ha demostrado C. Bernard.

Entre las otras partes constitutivas de la cámara lientérica encontramos con mucha frecuencia la caceina, formando grandes grumos no atacados por los jugos digestivos. Este albuminoide, transformado en parte por la pepsina del estómago en peptona directamente asimilable, pasa luego al intestino al estado de grandes coágulos para ser sometido á la acción pancreática.

Esta substancia no se presentaría en la forma mencionada, si el jugo pancreático, único capaz de esta función entre todos los que encierra la cavidad intestinal, existiere en cantidad necesaria y fuere apto para cumplir su acción digestiva y si la digestión estomacal no estuviere entorpecida, lo que es frecuente en estos casos, si bien con una acción limitada á la parte soluble de este albuminoide. No tiene, pues, aquí capital importancia, dado que la parte más difícil y completa la desempeña el jugo pancreático.

Además, aún cuando la falta de digestión estomacal se agregara á la pancreática, la insuficiencia de esta última siempre quedaría demostrada, desde que el jugo gástrico como es sabido sólo peptonisa la parte más fácilmente soluble, quedando para la pancreática la operación más labo-

riosa y completa. Ella, en efecto, no sólo peptonisa sino que transforma esta misma peptona en los otros nuevos compuestos anteriormente mencionados, no dejando ni rastro siquiera del albuminoide ingerido.

El exceso de alimentación que comunmente se observa, produce—y no lo ponemos en duda—la lienteria, haciendo que la caceina por su gran abundancia, no pueda ser atacada íntegramente por el jugo pancreático; pero apesar del ingreso del paciente al Hospital, donde se le administra la leche en cantidad necesaria y á horas determinadas, subsanándose así el error de régimen, su albuminoide (caceina) se presenta siempre en las mismas condiciones.

Corregido el régimen, no puede ser el exceso de alimentación lo que determina el efecto que nos ocupa; pensamos, entonces, que la causa única es el mal estado digestivo, consecuencia de la dispepsia gastro intestinal, la que á su vez tiene por causa la alteración de toda la mucosa gástrica; y todo esto sin recordar que uno de los anexos del tubo digestivo segrega el más importante de sus jugos, y que puede estar también lesionado.

Según Gillet, este jugo pancreático se encuentra alterado en los niños muertos de diarrea. Practicando digestiones pancreáticas artificiales en niños sanos y enfermos, el laborioso observador ha podido

comprobar que el jugo pancreático de los últimos había perdido por completo su acción sobre los albuminoides y los amilaceos.

Las conclusiones de Gillet apoyan lo bastante nuestro modo de ver é importan una confirmación elocuente de las sustentadas por los Dres. Arraga y Viñas en sus estudios relativos á la esclerosis de este órgano, sobre los que hemos insistido á designio, convencidos como estamos de que ellos denotan una reacción contra el empirismo de la materia y que han de contribuir á fundar sobre bases verdaderamente científicas la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de las enteritis crónicas.

Tratamiento

El tratamiento de la enteritis crónica es higiénico y profiláctico.

Higiénico, porque requiere un perfecto aseo en los alimentos. Profiláctico, porque no sólo tiende á detener los accidentes diarréicos sino también á robustecer el organismo con un buen régimen alimenticio, colocándolo así en mejores condiciones para luchar contra las complicaciones ó una nueva infección.

Él reposa principalmente sobre el régimen alimenticio, el que siendo rigurosamente administrado constituye el mejor medicamento, limitándose la terapeútica á favorecer su acción, llenando las indicaciones que se se presenten, para lo cual se necesita, como lo dicen Rillet y Barthez, un arsenal bastante variado.

Para que el tratamiento sea bien hecho es indispensable un conocimiento acabado del tubo digestivo del niño y su capacidad funcional; solo así podrá llevarse con conciencia el régimen de ali-

mentación, siendo necesariamente empírico y de poco éxito si de ello se carece.

Una prueba de que no es la terapeútica sino una conveniente alimentación la base del tratamiento de la enteritis, es que todo el mundo científico está de acuerdo al decir que el mejor remedio para curar la enteritis de un niño que se lacta artificialmente, es el seno de la madre; pero esto que sería el ideal no siempre puede realizarse y lo común es que se recurra á cualquier otro medio, por no estar el que decimos al alcance de la generalidad.

En el principio del tratamiento, y entrando al terreno de la terapeútica, los evacuantes son indispensables, á fin de librar al intestino del cúmulo de substancias nocuaces que contiene. Entre ellos, tenemos el aceite de ricino, la magnesia, el maná y el calomel, este último el mejor y más activo de todos, por su doble acción evacuante y antiséptica.

Siendo la diarrea rebelde en estos casos, se requiere también el empleo de los absorventes, astringentes y narcóticos, reservándose para más tarde, cuando los accidentes de la afección han desaparecido, los tónicos y reconstituyentes.

Los absorventes, como lo indica su nombre, absorviendo gases y líquidos y actuando como lo piensa Monneret, por la formación de una capa

protectriz sobre la mucosa intestinal inflamada; los astringentes, corrigiendo por su acción sobre la mucosa la exagerada secreción de líquidos; los narcóticos, obrando sobre el síntoma dolor y calmando la excitabilidad, y de ahí que llenen mejor su indicación en los casos acompañados de cólicos; y los tónicos, en fin, desempeñando su papel reparador y estimulante en el período de la convalecencia.

Pero, como lo llevamos dicho, todos estos medios terapéuticos son simples coadyuvantes, limitándose á moderar los fenómenos que impiden la buena acción del régimen alimenticio, el cual, hecho con la substancia que mejor tolerada sea por el tubo digestivo, evita la presencia en el intestino de alimentos mal digeridos que no sólo lo irritan sino que, como lo sabemos, favorecen también el desarrollo de los gérmenes y con ello las infecciones é intoxicaciones de orígen endógeno.

Para el niño sometido á la lactancia artificial, la mejor substancia alimenticia es sin duda la leche de vaca, dada en buenas condiciones higiénicas; y aquí es el caso de recordar los verdaderos servicios prestados por los procedimientos de esterilización, maternización, etc., con los que se ha logrado disminuír la mortalidad infantil por esta afección, según lo demuestra la estadística.

Pero no siempre la leche apesar de ser dada en

excelentes condiciones y buen método, es bien digerida; ella se presenta con mucha frecuencia sin ser modificada completamente por los jugos digestivos, lo que obliga á diluirla para disminuir su cantidad y principalmente su caceina, á agotar el arsenal terapéutico, y por último, á sustituirla con alguna de las numerosas preparaciones que la presentan bajo otra forma, entrando así el médico en el terreno de los ensayos, á fin de detener el empobrecimiento orgánico que aumenta día á día.

Por este motivo hemos hecho en la clínica interna del Hospital, obra de selección entre las distintas preparaciones, adoptando al propio tiempo un método de tratamiento único, que nos ha proporcionado buenos éxitos, clásico diremos, por sus notorias ventajas sobre los demás.

Este tratamiento consiste en la administración del calomel á dosis refractas asociado á la dieta hídrica, y en la alimentación con Malted-Milk ó la fórmula compuesta de Ext: de Malta, leche, harina ó chuño, agua y carbonato de potasa en solución al 11 % (1).

El calomel, como hemos dicho, es el mejor de los

---

(1) Harina ó chuño 50 gr., leche 330 gr.—Ext: de Malta, 100 gr. agua á 50°, 600 gr.; carbonato de potasa, 10 gr:—Diluición de las dos partes, mezcla y ebullición.

evacuantes, por ser el más activo y por actuar á á la vez como antiséptico, propiedad de que carecen los demás. Se le dá de dos maneras, á dosis purgatívas y dosis fraccionadas.

En el último caso y administrado en dosis de de 0,01 gr. de hora en hora, y en número de 8 á 10, el calomel actúa, por la acumulación progresiva de sus dosis, más como antiséptico que evacuante, sin dejar por esto de tener un efecto ligeramente purgativo, que la dieta hídrica favorece.

La dieta hídrica á nuestro entender no sólo debe reservarse para la forma aguda de la enteritis, para la que es indudablemente benéfica, sino que tambien debe aplicarse en la forma crónica y aún cuando se trate de la benigna ó ligera, las que á menudo ceden á este solo medio.

En la forma crónica como en la aguda, la dieta hídrica dá también un descanso, una tregua al organismo tanto tiempo fatigado, favoreciendo el reposo de las vías digestivas, y disminuye á la vez la infección.

Ella,—si bien es cierto que en esta forma crónica no llena tan bien su indicación como en la aguda, ni es tan indispensable su prescripción para contrabalancear la deshidratación que sufre el organismo en general—no es del todo nulo su empleo, puesto que en las diarreas crónicas el organismo también pierde líquidos, aunque no con tanta abun-

dancia y rapidez como en la aguda, pero sí de una manera lenta y prolongada.

Calma la sed, aumenta la diuresis, favorece con el restablecimiento de esta funcion emuntoria la eliminación de las toxinas que impregnan todos los tegidos; eleva también la presión sanguínea, activa la contracción cardíaca y dá más fuerza al pulso. Es, pues, tan benéfica en esta forma como en la aguda, si bién su indicación no es imperiosa como cuando se trata de esta última.

Puede prescribirse con agua simplemente hervida, ya con agua de cebada, de arroz ó albuminosa. En la proporción de 1.000 á 1.500 gr., debe darse á pequeñas cantidades cada vez que el enfermo tenga sed y durante un lapso de tiempo de 24 horas como mínimum y 48 como máximum.

Después de haber sometido el enfermo á este tratamiento, no tardan las deposiciones en perder su color gris ó verdoso y su fetidez, pero la leche nuevamente dada, deja ver, en medio de estas cámaras, muy modificadas favorablemente, sus grumos de caceina mal digerida; las que toman nuevamente su aspecto primitivo si la administración de aquella continúa, siendo ilusoria la mejoría.

En estos casos recurrimos á las dos preparaciones antes citadas—el Malted Milk disuelto en agua y la fórmula extracto de Malta, leche, harina, etc.—administradas las cuales, se vé tomar á las

deposiciones sus caracteres normales y mejorarse el estado general, obteniéndose á la vez un sensible aumento de peso.

Y el resultado obtenido no guarda en verdad relación con la sencillez del método empleado. En efecto, y como lo demostraremos en el capítulo de las observaciones, no hay necesidad de recurrir á la terapéutica y basta al objeto con substituir gradualmente el agua por la leche, acostumbrando con esta alimentación al tubo digestivo, y eliminar después los otros componentes de la fórmula,

Con este método se llega á alimentar al enfermo con leche sola y se previenen las desagradables consecuencias de un cambio brusco en la alimentación.

Finalmente, las preparaciones que estudiamos tienen sobre las otras una gran ventaja, la de evitar en muchos casos el empleo de los absorbentes, astringentes y narcóticos, pero su bondad, se comprende, no es necesariamente absoluta, estando sujetas en el resultado de sus aplicaciones, como los demás recursos curativos, á las contingencias de una afección rebelde, desarrollada en organismos de por sí endebles y generalmente mal constituídos.

Observaciones

I

B. M., 15 meses, argentino, vacunado, entra al servicio de clínica médica del doctor L. Rivas Miguez, el día 5 de Enero de 1900 y ocupa la cama núm. 4.

Antecedentes hereditarios.—La madre padece de jaqueca, el padre es sano, un hermanito falleció de ataque á la cabeza.

Antecedentes personales.—Nacido á término, fué criado con el pecho hasta los nueve meses, siendo después sometido á lactancia artificial y alimentación variada. Padece de diarrea desde hace cinco meses, no ha habido enfermedad anterior alguna.

Estado actual.—Desarrollo bueno, nutrición regular, panículo adiposo escaso; temperatura, pulso y respiración normales. Al examen físico, los aparatos circulatorio y respiratorio se encuentran en buen estado de funcionamiento. El vientre poco dilatado se presenta blando y depresible á la mano que palpa, dando sonoridad normal á la percución. El hígado

y el bazo no aumentados de volumen; diuresis bien.

El vientre se mueve mal; hay cuatro deposiciones diarias de consistencia semi-líquida, ligero olor fétido y en las que se nota abundante mucosidad, flemas, líquido espumoso, substancia alimenticia mal digerida, de color gris blancusco, alternando con matices de color gris obscuro en partes y verde intenso en otras.

Tratamiento.—Calomel á dosis refractas de 1 centígramo y dieta hídrica durante 24 horas.

Se obtiene el efecto de seis deposiciones abundantes de caracteres iguales á las del día anterior pero un poco más líquidas.

El día 7 es alimentado con leche de vaca, la que no es digerida, por cuyo motivo se la sustituye por la fórmula extracto de Malta, leche, etc. el día 8. Las deposiciones en este día no han sufrido gran modificación.

El día 9 estas han tomado un color amarillo, hay poca mucosidad y ausencia de flemas; el apetito es bueno, el sueño tranquilo, la temperatura normal.

Hasta el día 15 el enfermo ha continuado con la misma alimentación, sin novedad alguna, con dos deposiciones diarias de aspecto homogéneo, consistencia y olor normales y perfectamente digeridas.

Día 18, ligera descompostura de vientre, coin-

cidiendo con un cambio brusco de temperatura; con la administración del colomel se consigue hacerla pasar.

Día 23, suprimida la fórmula por substitución y aumento progresivo de su cantidad de leche, la alimentación queda reducida á esta última y al extracto de Malta como tónico, sin que se observe modificación desfavorable alguna y solo una deposición diaria.

En este estado de salud se mantiene hasta el día 27 de Febrero fecha de su alta.

Hé aquí el peso observado desde el día de su entrada:

Enero 5—7200 gr.; 15, 7390 gr.; 25, 7500 gr.; Febrero 5, 8250 gr.; 25, 8310 gr. Se ha obtenido, pues, un aumento de 1110 gramos, lo que indica la mejoría del estado general.

II

F. R.—19 meses, argentino; entra al mismo servicio el día 3 de Enero de 1900 y ocupa la cama núm. 5.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos.

Antecedentes personales.—Nacido á término, fué criado con el pecho hasta los 9 meses desde cuya época se le alimentó con leche de vaca, sufriendo

al principio de este nuevo régimen, de gastro-enteritis aguda. Restablecido de esta enfermedad tomó nuevamente el pecho hasta los 15 meses, época en que tuvo lugar por segunda vez el destete y fué sometido á la lactancia artificial.

La enfermedad actual empezó hace tres meses con diarrea abundante, de color amarillo verdoso, mal olor, con fiebre y anorexia; síntomas que no han cedido hasta ahora á los medicamentos que le han sido suministrados.

Estado actual.—Nutrición y desarrollo regulares; vientre grande dilatado, de bactracio, blando al tacto y muy depresible. poco doloroso; piel seca y quebradisa, escaso panículo adiposo, palidez pronunciada y tinte terroso de los tegumentos. Se notan ganglios pequeños en el cuello, axila é ingles, aparatos circulatorio, respiratorio y génito-urinario en buen estado.

El vientre se nueve tres y cuatro veces por día con abundantes deposiciones de consistencia líquida, mal olor, de color verde, mucha mucosidad y substancia alimenticia mal digerida.

Día 4 — Se le somete como en la observación anterior, al tratamiento por colomel á dosis refractas y dieta hídrica. Hay cinco deposiciones muy líquidas y de caracteres idénticos á las precedentes.

Día 5—Se alimenta con leche de vaca y se nota

que este alimento no es digerido, pues, las cámaras aunque presentando menos mucosidad, buena consistencia y disminución de su fetidez, contienen abundantes grumos blancos constituídos por caceina; las deposiciones son tres.

Dia 6—La leche continúa no siendo digerida, las deposiciones en número de tres conservan aún sus caracteres.

Día 7—Se le alimenta con Malted-Milk, disuelto en agua hervida. Hasta el día 10 las deposiciones han mejorado con este alimento, tienen aspecto uniforme, color amarillo intenso, no son fétidas y se producen dos al día.

Día 15—Continúa en las mismas condiciones sin novedad alguna. El estado general mejora, se nota en el ánimo del enfermito menos depresión y ratos de verdadero bienestar que se manifiestan por sonrisas, conatos de conversación y distracciones por el juego.

Día 18—Dos deposiciones diarias, color amarillo, bien digeridas, y de buena consistencia.

Día 25—Sigue sin novedad. Desde esta fecha se reemplaza gradualmente el agua por la leche.

Febrero 5—Ha llegado á esta fecha tomando leche sola, sin sufrir novedad. Desde este día toma como tónico Extracto de Malta, continuando bien hasta el 15 de Marzo en que es dado de alta.

El peso observado desde su entrada es el siguiente:

En Enero 5, 7670 gr.; 15, 7900 gr.; 25, 7930 gr.; Febrero 5, 8850 gr.; 15, 9000 gr.; Marzo 4, 9420 gr.; 14, 9710 gr, Como se vé ha habido mejoría; el aumento de peso ha alcanzado á 2040 gramos.

III

A. M.—16 meses, argentino, entra al servicio el día 17 de Mayo de 1899 y ocupa la cama número 7.

Ant. hered.—El padre es sano, la madre tuvo fiebre tifoidea á la edad de 9 años.

Ant. pers.—Nacido á término, tomó el pecho hasta los 10 meses, durante cuyo tiempo no sufrió padecimiento alguno. Desde esta época fué sometido á la lactancia artificial, empezando desde entonces á padecer de diarrea con cortas intermitencias, continuando en este estado hasta su ingreso en el servicio.

Estado actual.—Desarrollo bueno, nutrición regular, temperatura y pulso normales. La piel está gruesa, seca y rugosa, panículo adiposo escaso, torax raquítico, vientre dilatado, de bactracio, es blando, depresible y pastoso á la palpación, sonoro á la percución; hígado y bazo no aumentados de

volúmen. Aparatos circulatorio y respiratorio en buen estado.

El vientre se mueve cuatro veces por día, con deposiciones de color amarillo verdoso, consistencia semi-líquida, abundantes, mucosidades y grumos de caceina mal digerida.

Mayo 18—Como los anteriores se le trata con calomel á dosis refractas y dieta hídrica. Hay cinco deposiciones muy líquidas y del mismo aspecto.

Día 19—La leche no es digerida, las deposiciones aunque con menos mucosidad y abundancia, se producen en número de tres sin gran modificación.

Día 20—Alimentación con la fórmula Estracto de Malta, leche, etc. Tres deposiciones de buena consistencia, color amarillo, conteniendo uno que otro grumo de caceina y escasa mucosidad.

Día 21—Las deposiciones han tomado un color amarillo, su aspecto es uniforme, su consistencia blanda, no hay fetidéz.

Día 24—Sigue en estas condiciones. Desde esta fecha hasta el 22 de Junio en que se le dá de alta, el estado general ha mejorado, siendo perfectamente regular el funcionamiento del aparato digestivo.

Peso: Mayo 20, 8100 gr.; 30, 8500 gr.; Junio 10, 8950 gr.; 20, 9450 gr,; Peso ganado: 1350 gr.

IV

A. C.—14 meses, argentino, entra al servicio en Agosto 7 de 1900 y ocupa la cama Nº, 8. Diagnóstico: enteritis crónica.

Ant. hered.—Padres sanos

Ant. pers.— Ha nacido bien, fué alimentado con el pecho hasta los 9 meses tomando despues leche de vaca. A los ocho días de haber empepezado esta alimentación sufrió de diarrea, vómitos y fiebre, siendo esta su primera enfermedad. Desde esa época ha quedado muy delicado del vientre, padeciendo con mucha frecuencia de diarrea, que cede pronto, para reaparecer nuevamente, continuando así hasta su entrada al servicio donde su estado general se ha empeorado lo mismo que la enteritis.

Estado actual.—Desarrollo bueno, mala nutrición, piel seca, gruesa; palidéz intensa de los tegumentos; ligera reacción febril 37º6 en la tarde; pulso regular, frecuente.

Lengua saburral, apetito exagerado. Vientre ligeramente abultado y dilatado, está tenso á la palpación, se deja deprimir aunque con dificultad, no es doloroso; hígado y bazo no aumentados de

volúmen; timpanismo á la percución en toda su extensión. A la percución toráxica, sonoridad normal tanto en su parte anterior como posterior, á la auscultación rales de bronquitis en ambos pulmones.

El día 7 el vientre se ha movido cinco veces, con deposiciones de consistencia semi-líquida, color gris amarillento en partes, verde intenso en otras, olor fétido, mucosidad y flemas en abundancia; gran cantidad de gruesos grumos de color blanco sucio, constituídos por caceina mal digerida.

Día 8—Calomel á dosis refractas, dieta hídrica durante 24 horas. El vientre se mueve seis veces con deposiciones del aspecto antedicho, con grumos de caceina. Temp. vesp. 37°2.

Día 9—Se alimenta exclusivamente con la fórmula Extracto de Malta y leche. El vientre se mueve tres veces; las deposiciones son de color amarillo intenso, de consistencia bastante líquida, no hay grumos de caceina, el color verde ha desaparecido, no hay mucosidad, flemas sí, pero en poca cantidad, el olor es menos fétido. Temp. 37°4.

Día 10—Sin novedad. El vientre se mueve tres veces, deposiciones de color amarillo obscuro, buen aspecto, gran cantidad de pequeños gránulos de caceina. Temp. 37°4.

Día 11—Tres deposiciones del mismo aspecto. Temp. 37°5 por la tarde.

Día 12—Dos deposiciones, color amarillo, consistencia blanda, aspecto uniforme, sin grumos, mucosidad ni flemas. Temp. 37°2.

Día 13—Una deposición, aspecto normal, bien digerida.

Día 15—Sigue bien, una deposición bien digerida; la tos ha desaparecido, la bronquitis también. Temp. 37°2.

Peso: Agosto 8, 6350 gr.; 15, 6500 gr.; 22, 6700 gr.; Septiembre 1°, 6820 gr.; 8, 7520 gr.;—Peso ganado: 1170 gr.

Desde Agosto 13 hasta Septiembre 12, día en que sale de alta, ha seguido bien, alcanzando un perfecto estado de salud.

Podríamos agregar más observaciones pero parécenos suficiente el número que ofrecemos para probar la bondad del tratamiento y de la fórmula empleada. Bástenos decir que en la mayoría de los casos hemos obtenido un resultado halagüeño con su aplicación, por lo que en el ejercicio recurriremos á él preferentemente.

Buenos Aires, Septiembre 24 de 1 900.

JOSÉ MAYORGA.

Septiembre 25 de 1900.

Nómbrase á los señores: Académico Dr. Juan R. Fernández; Profesor titular Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor suplente Dr. Angel M. Centeno, para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.
Luis M. Acuña.

Octubre 4 de 1900

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tesis: " En el local de la Facultad, " á 4 de Octubre de 1900, reunida la Comisión que " subscribe, encargada de dictaminar respecto de " la admisibilidad de la tesis de José Mayorga, que

" versa sobre " La enteritis crónica de la infancia "
" resolvieron admitirla, con lo que terminó el
" acto.

(Firmados): J. R. FERNÁNDEZ. — G. N. CHAVES.—A. M. CENTENO. —*Zenón Aguilar*".

Luis M. Acuña.

Fecha *ut supra*.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión y fíjese por Secretaría el día que debe ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En la mujer que lacta se impone un buen régimen higiénico y alimenticio.

El buen estado general del niño es el mejor signo de la buena calidad de la leche en la mujer que cría.

El niño digiere más fácilmente la leche cocida que la cruda.

BIBLIOGRAFÍA

J. GRANCHER — *Maladies de L'Enfance.*

J. COMBY — *Maladies de L'Enfance.*

D'ESPINE & PICOT — *Maladies de L'Enfance.*

BOUCHUT — *Maladies des nouveau-nès.*

JULES SIMON — *Maladies des Enfants.*

A. B. MARFAN — *Traitè de l'Allaitement.*

ED. HENOCH — *Maladies des Enfants.*

Archives de Medecine des Enfants. París, Jules 1900.

WEST — *Enfermedades de los Niños.*

Revista del Hospital de Niños. Buenos Aires.