UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLITIS MUCO-MEMBRANOSA

TÉSIS

presentada para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía

— POR —

CALIXTO GONZALEZ

EX-INTERNO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA Y HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

"La Semana Médica„ Impr. de obras de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLITIS MUCO-MEMBRANOSA

TÉSIS

presentada para optar al grado de Doctor en Medicina [redacted]

— POR —

CALIXTO GONZALEZ

EX-INTERNO DE LA ASISTENCIA PÙBLICA Y HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

"La Semana Médica„ Impr. de obras de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1900

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

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. FERNANDEZ
„ „ 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
„ „ MARTIN SPUCH
„ „ TELÉMACO SUSINI
„ „ EDMUNDO NOCARD
„ „ EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr. Juan José Naon
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	„ M. Gonzalez del Solar
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Patología Interna	„ José Penna
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Medicina Operatoría	„ 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 Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„ Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias.	„ Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Baldomero Sommer
Clínica quirúrjica	„ Julian Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica médica	„ Gregorio N. Chaves Abel Ayerza Luis Güemes Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	„ 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 Canton
Botánica Médica	„ Martín Spuch
Botánica farmacéutica	„ Adolfo Mujica
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	„ Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„ J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„ Juan R. Fernandez
Odontología	„ Nicasio Ectheparebordа
Dentistería operatoria	„ Leon Pereira

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO (en ejerc)
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Higiene Pública y Privada	„	ENRIQUE REVILLA RICARDO SCHATZ
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO ALFONSO MASI
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	„	FRANCISCO BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUM
Enfermedades mentales y su clínica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Enfermedades génito-urinarias	„	PEDRO BENEDIT
Enfermedades venéreas y dermatología	„	M. ABERASTURY (en ejerc.)
Clínica quirúrjica	„	JUAN B. JUSTO DIÓGENES DECOUD ALEJANDRO POSADAS (en ejer.)
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE PATRICIO FLEMING RICARDO COLON
Laringología, otología, rinología	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y Clínica respectiva	„	LUIS F. VILA FANOR VELARDE
Medicina legal	„	DOMINGO S. CAVIA
Toxicología	„	J. ALBA CARRERAS (en ejerc.)
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Zoología médica		VACANTE
Botánica médica	Dr.	LUCIO DURAÑONA (en ejerc.)
Botánica farmacéutica		VACANTE
Química médica	Dr.	FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ (en ejer.)
Farmacia práctica	Dr.	MIGUEL PUIGGARI
Obstetricia para alumnas parteras		VACANTE
Odontología		VACANTE
Dentistería operatoria		VACANTE

A mis queridos padres

A mis hermanos

Arturo y Horacio Gonzalez

A mis queridos tíos

Dr. ELIODORO GONZALEZ

y

ERMINIO GONZALEZ

Padrino de Tesis

Academico Dr. GREGORIO N. CHAVES

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Lleno de eterna gratitud, vengo á presentarme una vez más, ante mis queridos maestros, que con sus sábias lecciones me han hecho adquirir, el escaso caudal de conocimientos médicos que hoy poseo.

Os presento un humilde trabajo, desprovisto de toda pretensión como habeís podido ver, cumplo de este modo con la última prueba reglamentaria, y espero en el benévolo fallo que acostumbraís á dar.

Las observaciones clínicas que ilustran este trabajo son obtenidas de los respectivos servicios á cargo de los Dres. Luis Güemes, (Hospital de Clínicas) y Julio Mendez, (Hospital San Roque), á los que quedo sumamente agradecido.

A los Dres. Zenón Aguilar, José M. Rodriguez é Ignacio Imaz mi gratitud y cariño.

Al Dr. Gregorio Chaves que me hace el alto honor de acompañarme en este acto como padrino de tésis, mi más sincero y respetuoso reconocimiento.

Historia

El conocimiento é historia de la colitis muco-membranosa, remonta á tiempos muy atrás.

El fenómeno expulsión de membranas en las deyecciones, no pasó desapercibido á los clínicos quienes en medio de una verdadera obscuridad patogénica como clínica, recurrieron á diversas denominaciones.

Ya Morgagni, Sennert, Lanussi hacen concisas descripciones.

Bajo el nombre de diarrea glutinosa la estudia (von Swieten). Roche, contemporáneo de Bretonneau considera las pseudo-membranas como de orígen diftérico. Clements de un modo análogo la llama crup intestinal; Grantha, diarrea fibrinosa; Nothnagel, cólica-mucosa; Enteritis intersticial Wanebroncq; por fin Gendrin en sus estudios demostró, la naturaleza mucosa de las deyecciones.

Pero es á Laboulbene que aclarando este caos de interpretaciones é ideas, no solo confirmó los estudios de Gendrin, sinó tambien separó definitivamente las muco-membranas, de las falsas membranas diftéricas. de capital interés para la historia de esta enfermedad.

Trabajos importantes se han sucedido, y se suceden cada día, no solamente en Europa, sinó tambien entre nosotros, como son las observaciones y estudios sobre esta enfermedad por el Dr. Julio Mendez y la tésis del Dr. Viacaba del año 1898.

Etiología y Patogenia

La colitis muco-membranosa es una enfermedad sumamente frecuente más de lo que aún se la considera. Y que debido á los estudios que se hacen cada día está aclarando el criterio mèdico, y hacen que sea diagnosticada con mayor facilidad.

Langenhagen, la cree particularmente esparcida en nuestra época, atribuyéndolo á nuestras condiciones actuales de existencia, hábitos y vicios de alimentación que favorecen el desenvolvimiento del neuro-artritismo.

Frecuentemente se la observa en las clases acomodadas, no tanto entre los obreros, rara en los hospitales, lo es más aún en la campaña.

La edad.—La colitis muco-membranosa á evolución crónica no aparece ántes de la segunda infancia. El máximun de frecuencia lo alcanza en la edad adulta, entre 25 y 45 años; sin embargo, las colitis agudas son frecuentes en la primera infancia.

Sexo.—Más común en la mujer que en el hombre, en la proporción de ochenta por ciento según Litten (notoriamente exagerado, Gastón, de Lyon). Sobre 460 casos, 250 eran del sexo femenino (Bottentuit).

Esta predominación en el sexo femenino se debe á causas múltiples; constipación, nervosismo y lesiones uterinas, son afecciones frecuentes en la mujer y cuyas relaciones con la colitis son íntimas.

Herencia.—Se observa en la mayoría de los casos por no decir en todos, antecedentes de neuro-artritismo, la gota, litiasis renal, asma, obesidad, jaquecas, hemorroides etc. y por otra parte, neurastenia, histeria, y en general el nervosismo.

Estas diferentes manifestaciones tratando de indagar su orígen á la cabecera del enfermo, las encontramos siempre de un modo directo, ó bien indirecto en los colaterales.

Como antecedentes personales, la diátesis artrítica se presenta desde luego en los enfermos.

La puerperalidad, la tifóidea y otras enfermedades se han citado entre las causas ocasionales.

Patogénia.—Entramos al punto como lo decía al principiar este trabajo, aún obscuro con un cúmulo de teorías é hipótesis, que hacen estén divididas las opiniones de los autores.

Y sin mayores pretensiones, que creo no poderlas tener, dado mi pobre alcance científico, me inclinaré con la mayor parte de los autores que hacen de la colitis muco-membranosa, una enfermedad diatésica y constitucional, bajo la dependencia íntima del neuro-artritismo.

Indicaré de paso, otras teorías. La de Gueneau de Mussy que sentaba como principio que la colitis muco-membranosa no era más que una multiplicación y des-

camación de los elementos epíteliales de la mucosa. La de Wanebrooucq, una afección esencialmente intersticial del grueso intestino.

Nothnagel, como una neurosis que acompaña casi siempre á la histeria y neurastenia. Leube como neurosis secretoria, y como secretoria motriz von Noorden. Boas la describe como enteritis con fenómenos nerviosos». (J. Mendez).

Sucesivamente se ha creído encontrar la causa de la enfermedad, en los trastornos gástricos, las ptósis de los órganos abdominales, compresiones del intestino, afecciones ginecológicas y hasta en las infecciones. Analizando estos estados vemos:

Trastornos gástricos.—Es cierto que son la regla en la mayoría de los casos de colitis, pero como lo dice muy bien G. de Lyon, no existen caracteres clínicos y químicos que permitan especificarlos, no hay una variedad particular de gastropatía.

Si estos trastornos son primitivos ó secundarios, respecto á la colitis muco-membranosa, pueden existir los diferentes casos; los trastornos gástricos precediendo las manifestaciones intestinales ambas manifestaciones parecíendo ser simultáneas, ó donde los trastornos intestinales son en apariencia primitivos.

Parece más verósimil según algunos autores, subordinarlos á una causa general que determine á la vez la átonia del intestino y estómago.

Las compresiones del intestino.—Estas con sus diferentes orígenes, tumores de la pelvis (fibromas, quiste del ovario) retroversiones uterinas etc., ocasionando

frecuentemente la constipación, han sido incriminados. Durante el estado de preñez se suele ver aparecer las muco-membranas.

La enteroptósis y nefroptósis.—Son sumamente frecuentes en las formas graves (G. de Lyon). Mathieu ha notado 54 veces el riñón móvil sobre 95 mujeres atacadas de colitis muco-membranosa. Más ó menos en el mismo grado se observa la enteroptósis.

De un modo primitivo ó secundario la enteroptósis obra del siguiente modo.

Primitiva por un descenso del colón transverso, formación de ángulos agudos, en la unión de los colon acendentes y descendentes dando lugar de este modo á la formación de una ampolla en la parte media del colon transverso y como consecuencia obstrucción de las materias fecales en su curso.

De un modo análogo obraría la nefroptósis. Un verdadero estado de nervosismo se declararía, en los plexos abdominales, por las tracciones de los filetes nerviosos en la estación de pié.» (Mathieu).

Resultado de la irritación contínua de estos plexos, la hiperestesia, trastornos neuro-motoros y secretorios, principalmente en los sujetos predispuestos.

Opinión opuesta á esta es la que considera la atonía del intestino como primitiva.

La ptosis sería consecutiva á las modificaciones impimidas al intestino por la atonía y la colitis, modificaciones que producen un relajamiento de sus ligamentos suspensores.

Pero la mayoría de los observadores opinando con

Malibrán, consideran la atonía intestinal, colitis y enteroptósis como accidentes con punto de partida en un trastorno primitivo del sistema nervioso.

Respecto de los que consideran las afecciones útero-ovarianas como una de las causas de la colitis, es tambien una teoría errónea, pues la observamos frecuentemente en el hombre, y en el niño. Lo que es indiscutible es la repercusión que pueden tener los poussées congestivos del lado del útero, sobre la evolución de la afección intestinal.

Se vé sobrevenir frecuentemente bajo la influencia de las reglas, al mismo tiempo que fenómenos congestivas del lado del útero, crisis de colitis.

Si es una afección microbiana ningun hecho ha sido aún avanzado. Las muco-membranas encierran un número considerable de bacterios, pero estos microbios no son otros que los encontrados al estado normal en las paredes del intestino.

El eminente clínico entre nosotros, Dr. Julio Mendez, que hace ya varios años se preocupa de esta enfermedad con tanto acierto; dice en su comunicación del mes de Agosto de este año á la Sociedad Médica Argentina, y de la que me permito transcribir algunos párrafos.

«Es aceptado por todos que el peristaltismo intestinal es el resultado de un reflejo de contacto del contenido con la mucosa y que las vías nerviosas son los plexos de Meissner y Auerbach, en la forma común del fenómeno. Fisiológicamente tambien la vía centrífuga ó centrípeta puede encontrarse más allá de las

paredes intestinales y entonces el neumogástrico, el simpático y el esplánico contribuyen ó son influenciados por el reflejo, pero en estos casos el peristaltismo ó es normal ó se acentúa simplemente, sin llegar en ningun caso hasta la contracción espasmódica.

La experimentación sancionada hoy demuestra en cambio que las diversas excitaciones del sistema nervioso mesentérico provoca el peristaltismo normal y aún el espasmo, míentras que las grandes ramas nerviosas solo pueden provocar las diversas contracciones normales (Braam-Honkgeest, Nothnagel, Ehrmann, Fellner).

Luego, para la producción del espasmo se necesita como la experimentación lo demuestra, una excitación anormal y por consiguiente más intensa que la fisiológica, dentro del territorio común (plexo de la pared).

Este contacto anormal puede ser debido á la calidad del contenido ó á la alteración del continente. En el primer caso, es de observación vulgar los cólicos provocados en el indívidno sano por la ingestión de alimentos con residuos duros é inalterables. Ellos son pasajeros y no dejan trás sí consecuencia alguna.

En cambio, observamos que una alimentación normal provoca en el intestino enfermo los mismos fenómenos, que los residuos anormales, estando entonces su intensidad y persistencia en relación directa de la alteración de la mucosa. Esto pasa en el segundo caso, es decir, cuando el continente mucosa está alterado. Julio Mendez».(Sociedad Médica, Agosto de 1900).

Teniendo en cuenta el factor importante la herencia neuro-artrítica, terminaré diciendo; que bajo esta influencia ó de causas adquiridas gozando la herencia el rol principal, se produce la atonía del intestino á la que se agrega la ptósis; la atonía determina la éxtasis estercoral, el endurecimiento de las materias, de donde una irritación constante del intestino, hipersecreción mucosa, puesta en juego dei simpático abdominal, tanto más facilmente que los plexos abdominales son directamente solicitados á reobrar por tracciones á los cuales da lugar el intestino en ptosis.

De donde una série de reflejos obrando primero localmente produciendo espasmos, dolores, etc., después repercutiendo á distancia sobre el sistema nervioso general, tanto más fácilmente, que éste estaba ya modificado anteriormente.

Síntomas

Tres síntomas principales caracterizan la colitis muco membranosa. La expulsión de membranas en las deyecciones, la constipación y el dolor.

La expulsión de membranas en las deyecciones, que llamó la atención de los clínicos, de tiempos muy atrás, es, diré, el síntoma capital.

Esta expulsión de membranas (producto de secreción de las glándulas del intestino) según sea más ó menos larga su permanencia en él, afectará formas diversas.

Desde el simple mucus filante más ó menos espumoso envolviendo las materias fecales, comparado á la clara de huevo coagulada, hasta el tipo membranoso, con sus diferentes formas, verdaderos cilindros llenos de tubos ó bien de cintas aplastadas.

Las dimensiones de estos cilindros llenos, comparados por algunos á los fideos macarrones, es ya la luz del tubo intestinal, ó bien inferior; y en este caso supone de un modo acertado Mathieu que han tomado nacimiento en un segmento del intestino contraído y vuelto después sobre sí mismo.

Las dimensiones de estos tubos y cintas, varían de algunos centímetros, a un metro. Sevestre ha observado uno de 25 centímetros (Vonzelle Th). En el caso de Wanebroncq el enfermo expulsó un tubo de 1 metro y 20 centímetros de largo.

Pero su forma común, la que más se vé es de mucus, más ó menos concreto, con su apariencia filante ó de cintas, que ha dado lugar más de una vez á confusión con anillos de tenias, ascárides, oxyuros etc.

Extendidas bajo el agua las cintas membranosas, tienen una cara lisa, amarilla que corresponde á la cara interna libre, y otra blanca, vellosa correspondiendo á la mucosa y pudiendo estar salpicada de puntos negros, estrias sanguinolentas que prueban su adherencia al intestino.

La cantidad de membranas evacuadas es variable, lo mismo que la frecuencia de las evacuaciones. Algunos expulsan muco-membranas á intervalos alejados, siendo precedidas por algunos días en que los cólicos fuertes se hacen sentir.

Otros se creen ya curados, y cuando menos piensan una crisis aguda se hace sentir, y las muco-membranas aparecen nuevamente.

Constipación.—Muchos enfermos empiezan por ser constipados, por un tiempo indeterminado, hasta que se instala su colitis.

Esta constipación la mayor parte de las veces alterna con una falsa diarrea, que una vez terminada, dá su lugar á la constipación.

Por lo general este estado remonta á los primeros

años. Acentuándose con el tiempo cada vez más y teniendo los pobres pacientes que recurrir al arsenal de todos los purgantes conocidos para poder mover su vientre.

Su abuso como se sabe, no hace más que acrecentar este estado de constipación.

Las materias fecales afectan diversas formas, ya la de materias duras redondeadas, más ó menos desecadas ó sciybalos ó adelgasándose por los espasmos del intestino afectan la forma llamada á la filiére.

Las mismas pueden estar más ó menos teñidas de sangre, conservando ó no su color normal. Se han observado casos de verdaderas hemorragias.

Dolores.—Tercer síntoma inseparable de la colitis muco-membranosa.

Estos dolores pueden sufrir variantes en lo que concierne á su localización, agudeza y carácter.

Estos dolores algunos lo localizan en una ú otra fosa ilíaca, en la vecindad del ombligo, transversalmente al nivel del colón transverso, ó lo que es más común en uno de sus ángulos.

La agudeza: son innumerables las comparaciones, que hacen los enfermos al describir sus dolores. Los unos asemejan á verdaderas tracciones, tironeamientos internos, otros á una quemadura, etc.

Estos dolores habituales pueden durar un tiempo más ó menos corto, que alternan con épocas de bien estar, hasta que estalla una crisis.

Estas crísis paroxísticas, pueden existir una ó dos en el mes, siendo su término de uno ó varios días.

Pueden provocar las crisis, las separaciones de régimen, el surmenage, excesos de alcohol, las épocas menstruales etc.

Por lo general tienen lugar 3 ó 4 horas después de las comidas, momento del paso de los alimentos al intestino, vemos á los enfermos presa de estos sufrimientos con los rasgos de la fisonomía contracturados, pálidos etc., espejo fiel de sus acerbos dolores.

Respecto al aspecto general de los enfermos nos impresiona vivamente su físico en la gran mayoría de los casos, principalmente al tratarse de uno ya crónico.

Sumamente demacrados, de un color amarillo terroso, ojos escavados en sus órbitas, con un círculo oscuro ojeroso.

Siempre tristes, fatigados, consecuencia fiel de sus grandes preocupaciones é insomnios.

La mayoria de los enfermos son friolentos, y algunos autores han observado que la temperatura es inferior á la normal.

Aspecto en sí poco lisonjero, que el mêdico con sagacidad científica debe tratar de despistar sino se ocultan á estos sufrimientos, una tuberculosis, como lo expresa claramente el Dr. Mendez en su comunicación, ó un cáncer.

Las formas lijeras no tienen nada de característico y el aspecto es el normal.

Pasando á la inspección y palpación del vientre encontramos un vientre caido llamado en besace, que nos deja vislumbrar un trastorno en el estado de las vísceras.

El vientre es blando, flácido, se deja deprimir con facilidad, muchas veces hasta la misma columna vertebral.

La pared intestinal habiendo perdido su resistencia y tonicidad, dá lugar á la misma retracción y depresión en que se encuentra el vientre.

En otros, por el contrario, lo encontramos timpanizado, con gran meteorismo, debido al exceso y distensión de los gases que contiene.

Bien pues, estos estados de retracción; blandura ó distensión, son sumamente variables según los enfermos, y variables tambien á los diferentes segmentos del intestino según el momento de exámen.

Estas retracciones segmentarias ó totales tan movedizas por decirlo así, que alternan con segmentos blandos, son los estados espasmódicos estudiados por Mathieu y más notablemente por Fleisner discípulo de Kusnnaúl.

Estados que dan lugar al fenómeno conocido de la cuerda cólica, y al aspecto de las deyecciones adelgazadas.

Las alternativas de atonía y espasmos pueden ser sitio cualquier porción del intestino grueso. Para Potain el punto más común de los espasmos él cree ser el ciego, menos común la S iliáca, rara en el colon ascendente, lo es más aún en el transverso.

Para otros es el colon transverso el más frecuentemente atacado, estando dilatado el ascendente y descendente.

Potain ha llamado la atención sobre un espesamien-

to del colon transverso, suerte de ganga debido á antiguos pousseè de peritonitis que han dejado á su paso depósito de falsas membranas.

Al lado de estos espasmos, que dan lugar á tantas sorpresas, por su variabilidad, vemos segmentos átonos que la palpación nos hace notar un gorgoteo por el conflicto de gases y líquidos acumulados. El mismo método nos hace sentir materias acumuladas en la S ilíaca.

Los órganos de la cavidad abdominal, pueden estar en ptósis, como ser estómago, riñón y el hígado.

La colitis á evolución crónica produciendo esta série de trastornos que venimos de estudiar, hace sentir su influencia en los demás órganos, quienes no permaneciendo ilesoa, sufren cambios patológicos que los estudiaremos uno á uno someramente.

Trastorno del lado de la cavidad bucal y exófago. —La colitis muco-membranosa repercutiendo sobre la cavidad bucal, produce ciertos trastornos que los encontramos principalmente en aquellos enfermos crónicos.

Las gingovitis; estomatitis principalmeute la aftosa acompañan á estos pousseé que se suceden intermitentemente, pudiendo notarse en estos casos una lengua blanca en su base y roja en los bordes, ó netamente saburral. El tialismo se ha observado frecuentemente, y á veces exofagismo.

Trastornos gástricos.—Ya he tenido ocasión de hablar lo común que son estos trastornos, siendo en la

mayoría de los casos inseparables con la colitis muco-membranosa.

Si bien es cierto que en los casos ligeros pasan desapercibidos á los enfermos que no los notan, á medida que las lesiones entran en edad vemos iniciarse el cortejo de síntomas de las dispepsias; los enfermos se sienten mal después de las comidas, con tendencias al sueño, calor en la cara, algunos sufren dolores de estómago, flatulencia, regurgitaciones, et. etc.

Un exámen detenido principalmente hccho por la mañana, nos hace ver que existe en la mayoría de los casos una verdadera dilatación de estómago con su signo de clapotaje.

El análisis del jugo gástrico es sumamente variable, notamos tanto la hiperclorhidria, como la hipoclorhidria.

Trastornos hepáticos.—Fuera de la hepatópsis que ya he hablado, se suele observar el hígado congestionado, aumentado de volúmen pasando las falsas costillas, como tambien retraído, chico.

Las funciones bilíares pueden ser activadas ó debilitadas, coincidiendo con estas alternativas de salud y enfermedad que se ve en los colíticos.

De ahí casos donde las materias son netamente verdosas, por un exceso de bilis, y otros donde son blancas semejantes á la de los ictéricos sin síntomas de obstrucción biliar (Langenhagen).

Trastornos intestinales.—Esta afección puede complicarse de litiasis intestinal, estableciéndose de un modo secundario á la colitis muco-membranosa.

Relación que han contribuído á hacerla conocer los estudios especiales de Mathieu, Dielafoy, Fontet, Chevalier, etc.

Para Dielafoy y Mongaur la litiasis intestinal, es como los demas litiasis de orígen artrítico; Mathieu y Chevalier la creen de orígen inflamatorio. La mala higiene, la atonía intestinal la favorecen, (Bouchard, Brissaud).

Con respecto á la apendicitis, es una cuestión que ha dado lugar á muchas discusiones; sobre 460 casos de enteritis muco-membranosa, Bottentuit jamás vió la apendicitis, sobre 130 Langenhagen tampoco ha tenido un caso. Al decir de Vorbe (Th. de Lyon) pretende que la apendicitis crónica en el niño sucede á menudo á una entero-colitis.

Trastornos cardiacos y pulmonares.—Las palpitaciones, la pseudo-angina del pecho y trastornos vasos-motores del lado de la cara, suelen observarse en estos enfermos.

Parece que estos trastornos se manifiestan más especialmente en los neurasténicos ó en individuos en general neurópatas.

Los reflejos partidos del intestino repercutiendo por intermediario del bulbo, después sobre el neumogástrico y simpático, en órganos diversos, corazón, pulmón, etc., dan lugar á estos trastornos.

Durante los estados que simulan casos típicos de angina de pecho, se pueden observar crisis respiratorias, análogas á las de asma, que pueden alternar con crisis de coriza.

Trastornos génito-urinarios.—Pueden verse en los enfermos atacados de colitis muco-membranosa afecciones utero-anexiales, sin ser por esto causa real de su enfermedad. Las metritis, salpingitis, ulceraciones del cuello, dismenorrea membranosa, tumores fibrosos, prolápsus del útero, desviaciones, etc., se observan. Feré vió en una mujer histérica coincidir la colitis muco-membranosa con gangrenas cutáneas (Bouchard; Brissaud).

Incontinencia de orina, tenesmo y dolores vesicales se ven tambien.

Trastornos nerviosos.—Sabemos que esta enfermedad se acompaña de nervosismo, unos enfermos son irritables al exceso y otros son deprimidos melancólicos.

La histeria y neurastenia son compañeras fieles de la colitis muco-membranosa. Se han citado la epilepsia y la córea.

De órden sensitivo, las hiperestesias, artrálgias, neurálgias, etc. De órden sensorial, se observan amblioplias, amaurosis, zumbidos de oídos, etc.

Trastornos cutáneos.—Son por lo general manifestaciones pruriginosas. El prurigo, herpes, urticaria y eritemas.

Evolución y formas clínicas de la enfermedad

Seguiré el órden y clasificación que establece G. de Lyon, de esta enfermedad por ser sumamente clara y sencilla.

La colitis muco-membranosa puede presentarse de un modo benigno ó grave, pudiendo en la mayoría de los casos estas formas benignas hacerse por su evolucíón y falta de cuidados graves.

En las formas benignas, tratándose por lo general de individuos artríticos y nerviosos, que de por sí constipados, ó presa de afecciones uterinas, empiezan por expulsar mucus envolviendo las materias, duras, redondas, ó bien verdaderas membranas.

Negligido este principio de enfermedad, diré así, ya por falta de atención del lado del enfermo, ó por desviación médica, atendiendo los estados que más preocupan al paciente, como ser trastornos gástricos, constipación, etc., se alejan de su verdadero orígen.

Una época de bien estar seguirá no muy lejana de una nueva crisis; y poco á poco vemos á esta forma crónica y benigna, ser invadida por nuevos ataques,

hasta que por último puede estallar el cuadro de la forma grave.

Distínguiré crisis agudas enterálgicas apiréticas, crisis disenteriformes febriles, y crisis á forma tifóidea.

Las crisis enterálgicas apiréticas, están caracterizadas por los síntomas constipación y dolores sumamente agudos.

Se ven á los enfermos presa de estos ataques, con su vientre tendido, meteorizado, haciéndose imposible la palpación, no hay evacuaciones ni expulsión de gases, y si existen deyecciones, es en pequeña cantidad con una gran cantidad de mucus no concreto y tenesmo anal. Los dolores son por lo general peri-umbilicales, ó en las fosas ilíacas, sumamente agudos como lo he expresado anteriormente.Mediante estos ataques la fisonomía es contracturada, pálida, pulso acelerado, pequeño, pudiendo haber vómitos porráceos.

Pero en la mayoría de los casos una debàcle expontánea ó provocada de una gran cantidad de mucus y membranas, hace entrar todo en estado normal, la lengua se limpia, el apetito renace y el enfermo ve con placer instalarse de nuevo su salud.

En las crisis disenteriformes febriles, más raras que las precedentes, existe tenesmo anal, expulsión de verdaderas membranas disentéricas con mucus sanguinolento, á veces se producen verdaderas hemorragias. La S ilíaca es dolorosa á la presión.

Las crisis á forma tifóidea. Es más rara aún que la anterior. El cuadro no es el de una colitis, sino el de una enfermedad infecciosa general.

Los enfermos son tomados de escalofríos repetidos, á veces epístasis hasta que estalla la fiebre. Esta puede llegar á 39° y 40° pero la marcha no tiene la regularidad de la fiebre tifóidea, y las remisiones de la mañana son más prolongadas. La lengua es saburral, existe insomnio, cefalea intensa y malestar general.

No obstante su semejanza con el cuadro de la fiebre tifóidea, no debemos apartarnos del exámen de las deyecciones.

Pronóstico

No se muere de colitis muco-membranosa, dice Vouzélle.

Observamos en los autores al tratar el punto anáto-mo-patológico la escaséz de autopsias, referente á esta enfermedad.

Podemos decir de un modo general que la colitis muco-membranosa, se cura en sus formas benígnas á evolución crónica. Lo que más obscurece el pronóstico son las recidivas frecuentes, su marcha hácia una de las formas graves, y ese estado de nervosismo que la acompaña algunas veces con un grado tal, que son llevados los enfermos hasta la idea del suicidio (Courtois Suffit).

La muerte puede sobrevenir por caquexia, debilitamiento nervioso, ó por complicaciones de órden infeccioso, (bronco-neumónia, neumónia apendicitis, etc.)

La muerte como dejo dicho, por esta enfermedad es excepcional.

Anatomía Patológica

El sitio de la enfermedad es el grueso intestino, más raramente el fin del intestino delgado.

Todos los segmentos del grueso intestino desde el ciego hasta el recto pueden ser tomados, sucesiva ó simultáneamente.

Las autopsias más recientes, no revelan sinó lesiones muy mínimas de la mucosa: descamación parcial del epitelio, y alteración de las glándulas por mucus.

M. Rothman en un caso muerto por cáncer de la base del cráneo, encuentra el colon transverso y descendente, fuertemente contraído, la mucosa plegada é inyectada. Entre los pliegues había exudados grises, membraniformes, sobresaliendo de la superficie. El exudado se deja separar facilmente dejando la mucosa intacta (J. Mendez, Sociedad Médica Argentina).

Respecto á la constitución de las muco-membranas, los estudios han demostrado que sea bajo cualquier aspecto que se presenten, estas membranas son esencialmente constituidas por mucus, tomando la forma más ó menos concreta según su permanencia en el intestino.

El mucus es formado de una sustancia homógénea, refringente, existe albúmina y mucina pero nunca fibrina.

Las muco-membranas, contienen en su estroma, células epiteliales, leucocitos, restos de vegetales, diversos microorganismos predominando más el colibacilo.

Diagnóstico

Son innumerables las citas de los autores de prácticos experimentados que han cometido crasos errores de diagnóstico, confundiendo las membranas de la colitis muco-membranosa, con proglótides de tenias, oxyuros, ascárides ó membranas de hidátides.

El exámen microscópico, nos hará ver en casos de tenia los huevos del parásito, y en los proglótides los órganos genitales.

Desde luego nos servirá de norma y criterio clínico, siempre el exámen de las deyecciones; la expulsión de muco-membranas es esencial sino patognomónico de esta enfermedad.

La existencia de trastornos gástricos tan común en esta enfermedad, y la dilatación del colon con ruido de clapotaje puede desviar el diagnóstico médico, y hacer pensar en una dilatación de estómago.

En la gran mayoría de los casos al ver uno de estos enfermos crónicos, nos hace pensar en una tuberculosis, principalmente una enteritis tuberculosa.

Pero siguiendo de cerca al enfermo los conmemorativos de la dolencia, este círculo de constipación,

con un poussée agudo, expulsión de membranas en las deyecciones y el estado normal del pulmón nos aleja pronto esta idea.

La colitis muco-membranosa ha sido confundida, con el cáncer del estómago ó intestino. En efecto vemos individuos con un tinte amarillento, demacrados, sin apetito, agréguese á esto en algunos casos la acumulación de materias fecales en uno de los colon con empastamiento y dolor, lo que hace más posible el error.

Con las gastralgias; pero, los dolores de esta enfermedad son en el epigastrio inmediatamente después de las comidas; el dolor de la colitis muco-membranosa es tres ó cuatro horas después.

Los deseos frecuentes de orinar, la disúria, que acompañan las crisis de colitis como síntomas reflejos puede hacer pensar en el cólico nefrítico.

Lo mismo lo ha sido con el cólico hepático y la litiásis sin icteria. El exámen de las deyecciones, sus crisis y el dolor infra-hepático confirman la colitis.

La predominancia de las manifestaciones nerviosas, neurastenia, histeria, hacen muchas veces tomar estos estados como primitivos, y alejar su causa real.

Del mismo modo en la mujer las manifestaciones utero-anexiales.

Con la apendicitis; pero, en esta enfermedad hay que tener en cuenta la elevación térmica, contractura de los músculos de la pared abdominal, y la localización del dolor en el punto de Mac-Burney.

Se han citado casos de tal acumulación de muco-

membranas en el intestino que han dado lugar á síntomas netos de estrangulamiento interno.

En la crisis á forma tifóidea, ya indiqué la falta de regularidad de la temperatura, la ausencia de manchas rojas, postración y estupor, en todo caso el sero-diagnóstico elevará las dudas.

Tratamiento

Otro punto sumamente discutido por todos los prácticos es la terapéutica de la colitis muco-membranosa.

Pero casi todos están de acuerdo en que la medicación debe ser dirigida á modificar tanto el estado general como la lesión local.

Un buen régimen de tal modo que asegurando una nutrición suficiente no deje residuos sólidos é irritantes es la opinión generalmente admitida.

El régimen exclusivamente azoado, deja pocos residuos pero entretiene la constipación. El vegetariano por lo contrario dejando muchos residuos, es por lo tanto irritante.

Algunos permiten un régimen mixto. La carne bien molida ó pisada, bien asada á la parrilla para otros, los huevos bajo cualquier forma, la leche no de un modo exclusivo, los sesos, pescados ó carne tierna, potajes, las legumbres en pequeña cantidad y en puré serán de un modo general, el permitido como régimen según los casos.

Los vinos y alcoholes deben ser proscriptos.

La hidroterapia, caliente ó fría según los casos es

á menudo útil contra el estado nervioso ó artrítico.

Se combatirá la constipación por los laxantes. El aceite de ricino, media cucharadita á una ó en cápsulas, tomado todas las mañanas da excelentes resultados.

Con el mismo éxito se dan la magnesia calcinada el azufre y cremor-tártaro asociados, tomado antes de las comidas; ó bien el podófilo, la cáscara sagrada combinados al extracto de belladona bajo forma pilular.

El masage con el fin de devolver al intestino su tonicidad, es indicado.

Se ha hablado tambien de la bicicleta.

«Recientemente el Dr. Julio mendez en la comunicación aludida, á la Sociedad Médica, nos habla del subnitracto de bismuto preconizado por él en su clínica del Hospital San Roque.

Ha encontrado en él, un modificador del contacto del bolo con la mucosa, y al mismo tiempo un tópico curativo contra la iflamación de esta última.

Lo da á dósis altas de 50 á 80 gramos diarios para adultos, y 10 á 20 á los niños.

El modo de administración es en suspensión en el agua, facilitando así su ingestión.

En resúmen el resultado dice, ha sido sorprendente en 50 casos de colitis tratados por dicho medicamento.

Modifica el bolo dándole un aspecto liso blándo y lo desodoriza completamente. Obra á esas dósis como laxante suave ó por lo menos no constipa más de lo que la enfermedad lo hace.

Los enemas simples adicionados á la glicerina ó al aceite de olivas (2 á 4 cucharadas) dan resultados.

Pero para muchos existe el inconveniente, de insensibilizar á la larga la mucosa intestinal, haciendo perder la necesidad de defecación. Para otros no hay tal inconveniente.

Los grandes enemas de aceite, 400 á 500 gramos, preconizados por Fleiner, protegiendo á la mucosa del contacto de los scybalos duros, son sumamente útil.

Lo mismo los de tanino, tan vulgarizados y que tan buenos éxitos ha dado en esta enfermedad.

Algunos asocian á las entero-clisis, sustancias antisépticas no irritantes.

En casos de colitis agudas las entero-clisis al nitrato de plata son bien indicadas, (0, gr. 25 á 0,30 por litro).

Observaciones

OBSERVACIÓN I

Diagnóstico clínico.—Colitis crónica. Servicio del Dr. L. Güemes, Hospital de Clínicas, sala 5ª, cama núm. 1.

Rosa Retolaza, argentina, soltera, de 26 años de edad, se ocupa de quehaceres domésticos, ingresa al servicio el 2 de Enero de 1899.

Antecedentes hereditarios.—El padre se halla enfermo de una hemiplegia del lado derecho con pérdida de la palabra. Ha padecido de reumatismo articular agudo, y como consecuencia, una afección cardíaca que la enferma no puede precisar.

La madre falleció á los cuarenta años de edad pero no recuerda á consecuencia de que padecimiento, solo sabe que sufrió de asma durante varios años.

De los hemanos y otros parientes no puede dar datos precisos.

Antecedentes individuales.—Sana en la infancia, solo ha padecido de las afecciones infecciosas propias de esta edad, sarampión, variolóide y escarlatina.

Menstruó á los 13 años con caracteres perfectamente normales. No ha tenido familia, ni abortos.

Es muy impresionable, ha tenido en varias ocasiones ataques nerviosos con pérdida del conocimiento y accesos de llantos á su terminación.

Su enfermedad actual comenzó hace año y medio, después de un almuerzo en que se excedió bastante.

Esa misma tarde tuvo dolor en el epigastrio y vómitos alimenticios copiosos.

Al día siguiente diarrea que pronto se hizo sanguinolenta acompañada de dolor en la fosa ilíaca derecha y elevación de temperatura.

El movimiento del vientre se producía hasta quince veces por día, con mucho tenesmo y notando al cabo de cuatro días la presencia de mucosidades y de trozos al parecer de mucosa que sí bien han disminuido considerablemente no han desaparecido aún en la actualidad.

Consultado un médico, fué sometida á un régimen conveniente, con lo que pudo, ayudada por algunos medicamentos verse muy mejorada de su diarrea, (3 ó 4 deposiciones blandas diariamente) y privada totalmente de su sangre.

En vista de que periódicamente se repiten los accesos dolorosos en el vientre acompañados de flujo intestinal abundante resuelve ingresar á este servicio lo que hace el 2 de Enero de 1899.

El exámen de la enferma demostró que se hallaba en regular estado de nutrición siendo su esqueleto bien desarrollado.

No se notó nada de particular en ninguno de los órganos de la economía, salvo en su aparato intestinal y en su sistema nervioso.

El vientre era flácido, lo que permitía palpar con facilidad profundamente la región de ambas fosas ilíacas, salvo toda la derecha, era dolorosa y se notaba en ella una cuerda tirante que se hacía deslizar con la mano y que escapaba facilmente originando con esto en la enferma una sensación de dolor manifiesto.

El estómago parecía normal, el exámen del jugo gástrico noseñalaba nada de particular; otro tanto sucedió con la orina.

Las deposiciones eran fétidas y poco abundantes, movía el vientre por lo general cuatro ó cinco veces por día, y se notaba en ellas mucosidades abundantes y trozos de mucosa en algunas ocasiones, sangre; nunca.

En cuanto al sistema nervioso, se observó la presencia de estigmas ictéricos. Tenía muy disminuido el reflejo de la conjuntiva, y abolido el faríngeo, presentaba en los antebrazos y en las piernas, placas de anestesia irregularmente diseminadas, los pechos y ovarios son histerógenos bien marcados.

Se sometió la enferma al uso del Kéfir nº. 3 (dos botellas diarias), á los enemas de tanino y al uso del sub-nitrato de vismuto á dósis elevadas 6, 8 y 10 gramos diaaios. Con esto fué mejorándose la enferma paulatinamente, las deposiciones se hicieron más sólidas, desapareció la fetidéz con el benzo-naftol y

el régimen ante dicho, y solo movía el vientre una ó dos veces por día.

A su pedido creyéndose curada se la dió de alta el 13 de Enero con la recomendación de seguir el tratamiento en su casa y con la indicación de régimen alimenticio especial.

A pesar de nuestra recomendación la enferma cometió desarreglos en el régimen comiendo frutas y carnes guisadas que se lo habíam especialmente prohíbido, por lo que con una recrudescencia de su enfermedad se vió obligada á reingresar al servicio 9 días después. Su estado era más ó menos el de su primer asistencia en el hospital.

Volvió á sometérsela al mismo tratamiento lo que fué poco á poco mejorándola. A principios de Marzo parecía haberse repuesto del todo, por lo que después de algunos días de observación se la dió de alta. Era el 11 de Marzo.

OBSERVACIÓN II

Diagnóstico clínico.—Colitis muco-membranosa (poussée agudo). Hipertrofia cardíaca. Dilatación aórtica.

Servicio del Dr. Julio Mendez, Hospital San Roque sala 1ª, cama núm. 22.

Juan Sallaz, francés, soltero de 31 años de edad, carpintero, ingresa al servicio el 19 de Abril de 1898.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven, son sanos, tiene 7 hermanos tambien sanos, la madre murió hace siete años á la edad de 48 años á consecuencia de la influenza.

Antecedentes personales.—Hace dos años tuvo blenorragia que le duró 2 meses y medio. La enfermedad actual comenzó hace un año por dolores en el vientre de pronto, que eran puntadas tan agudas, que el enfermo compara á retortijones, que lo obligaban á ponerse en las más variadas posiciones.

Estos dolores eran localizados en una zona de un flanco del vientre á otro, á la altura del ombligo, era un dolor sin irradiaciones.

A los dos días comenzó una diarrea, hasta ocho deposiciones diarias, las materias fecales eran constituidas por un líquido espumoso no muy fétido.

A los dos días notó sangre sin coágulos bien mezclados á las materias fecales, y además un líquido como clara de huevo.

Continuó esta suerte de diarrea durante 6 meses, conservando el apetito.

Los dolores á los 10 días de conservar la enfermedad, disminuyeron de intensidad y se hicieron más lijeros, pero más persistentes. Después de las comidas se calmaban una hora, á hora y media, no sentía dolores al defecar.

Hace cinco meses entró á la sala IIª de este hospital, donde además de las varias bebidas que le dieron, le hicieron como 12 enemas de tanino, con lo cual dolo-

res y diarrea desaparecieron. El dice haberse curado habiendo estado 19 días en dicho servicio.

Hace dos meses comenzaron de nuevo los dolores annque débiles, sintiéndolos tambien en las dos fosas ilíacas.

La diarrea le vino en igual forma que la vez anterior. Arrojaba sangre en más cantidad, y mucosidades al concluir de defecar.

Tres días después de entrar al servicio tuvo hasta 20 deposiciones: después una cada hora.

Siente pesantéz en la región del ano. Estos últimos días ha perdido el apetito, hace seis meses pesaba 70 kilos, ha enflaquecido bastante.

Duerme intranquilo, y molestado por la diarrea, tiene mucha sed.

Orina bien, y es abundante.

No tiene antecedentes sifilíticos.

Tiene hábitos alcohólicos y bebe especialmente ajenjo, hasta 7 copitas diarias.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, escaso panículo adiposo, es blanco.

Presenta sobre la ingle derecha una cicatriz paralela al arco de Poupat, de 6 1/2 centímetros consecutiva á una herida.

Tórax.—Simétrico, diametros normales, tipo respiratorio, costo-abdominal.

Pulmones por detrás.—Pulmón derecho, sonoridad normal, base movible. Vibraciones existen. Respiración vesicular. Resonancia de la voz normal.

Pulmón izquierdo.—Sub-matitez ligera en la fosa

supra-espinosa Sonoridad normal en el resto. Base movible.

Respiración tubaria débil en la fosa supra-espinosa, vesicular en el resto, broncofonia en la fosa supra-espinosa, resonancia normal de la voz en el resto. Al toser uno que otro ral sub-crepitante seco, en la fosa supra-espinosa.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal, base derecha movible. Espasio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón.—La punta se vé y se siente en el 5° espacio intercostal, un centímetro dentro de la línea mamilar; se abarca con dos pulpas de dedos y es bien neto.

Matitéz.—Borde inferior de la 3ª. Linea mamilar y linea media.

Tonos normales en todos los focos, primer tono fuerte en la punta, 2° tono aórtico; timpánico.

Pulso.—Igual, regular, fuerte, no depresible. Se palpa la aorta en la horquilla. Latídos de las carótidas pronunciados.

Hígado,—Borde inferior de la 5ª. Reborde de las falsas costillas en la línea mamilar. No se palpa, ni es doloroso.

Bazo.—No se palpa, no se encuentra matitéz.

Abdómen.—Algo escavado, se palpa el colon descendente contraído y doloroso.

Se produce dolor por la palpación á lo largo del colon transverso, y en la fosa ilíaca derecha aunque menos intenso.

Lengua.—Húmeda y un poco saburral.

Dientes.—Conservados en su mayor parte.
Encías.—Rosadas.
Conjuntivas.—Algo pálidas.

Materias fecales.—Sanguinolentas: constituidas casi en totalidad por mucus y sangre, con grumos blancos bastante abundantes, con poco olor fecal.

Temperatura.—Tuvo un día 38° y 37° con siete y ocho décimas; muchos días con remisiones.

Sale de alta el 28 de Agosto, con un estado general satisfactorio, tiene buen apetito, no tiene diarrea ni dolores, aumentó de peso en su estadia; 5 kilos.

OBSERVACIÓN III

Diagnóstico clínico—Colitis crónica, constipación, hemorrúides, anemia secundaria, cirrosis hepática.

Servicio del Dr. Julio Mendez, Hospital San Roque, sala 1ª, cama núm. 28.

Fabio Ruiz Díaz, argentino, casado, edad 40 años, y jornalero, ingresa al servicio el día 10 de Julio de 1899.

Antecedentes hereditarios.—El padre vive, es sano, la madre murió no sabe de que enfermedad, tiene seis hermanos sanos y vivos, sus hijos dos vivos y sanos y tres muertos, uno de sarampión, otro de tos convulsa y otro de fiebre.

Antecedentes personales.—A los 9 años sarampión, hace 10 años tuvo blenorragia, y se le hinchó el testículo derecho, era muy doloroso, estuvo un mes en

cama hasta la regresión normal de él, á los dos meses curó bien.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 3 años con deseos imperiosos de defecar, hacía muchos esfuerzos y lograba despedir un poco de sangre, quedándole un peso en el recto.

Movía el vientre unas 6 veces por día y otras tantas de noche.

La cantidad de sangre que despedía, unas veces sola y otras mezclada con los excrementos la calcula el enfermo hasta 1/2 litro como máxímo y unas gotas como mínimo.

La sangre unas veces era roja líquida y otras como carne lavada, con pedazos pequeños de mucosa.

Dice que los primeros 8 meses tenía chuchos de 9 á 10 a. m. Estos ataques se concretaban según el enfermo, á tener sensación de frío intenso con temblores en todo el cuerpo.

En seguida tenía mucha sed, pero no tenía sudores ni dolor de cabeza.

Cuando dormía á la noche, tenía sudores profusos tanto que tenía que mudarse hasta 6 veces por noche.

En estos últimos años estos ataques los tiene de vez en cuando.

Desde el principío de la enfermedad tiene un dolor contínuo que se exagera al sentir los retortijones al nivel del flanco ízquierdo del vientre, obligándole á efectuar una deposición. Este dolor va de arríba abajo (siguiendo el trayecto del colon descendente).

Ha enflaquecido mucho, cuando era sano pesaba 69 kilos. Tiene apetito.

Duerme bien pero se despierta por los deseos de defecar.

Para orinar hace fuerza y á chorros.

Tiene diarrea, seis veces por noche.

Hábitos alcohólicos marcados (1 litro de vino al día).

Antecedentes sifilíticos no tiene.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, poco panículo adiposo.

Blanco, con tinte terroso en todo el cuerpo.

Pequeñas cicatrices en la tibia.

En los brazos las venas muy desarrolladas con pequeñas dilataciones en las valvas.

Hemorroídes procidentes antiguas.

Tórax.—Simétrico, diámetro transverso alargado. Antero-posterior normales. Tipo respiratorio, costo abdominal.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal. Bases: derecha dos dedos mas arriba que la izquierda, movibles, vibraciones existen. Respiración vesicular, resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Base derecha movible. Espacio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón.—Punta se vé y se siente, al nivel del 5º espacio, linea mamilar.

Matítéz, borde inferior de la 3ª, un centímetro dentro de la línea mamilar, borde derecho esternal.

Tonos.—Normales, en la punta, pulmonar y tricúspide. 1er tono aórtico ligeramente rugoso.

Pulso.—Igual, regular, no depresible mediano.

Hígado.—Borde superior de la 6ª costilla, reborde de las falsas costillas linea mamilar. Se palpa el borde al nivel de la matitéz, superficie dura y lisa.

Bazo.—No se palpa, matitéz 8 1/2 centímetros linea axilar posterior.

Abdómen.—Se palpa el colón descendente, retraído doloroso hasta el ángulo. Sonoridad normal.

Lengua.—Ancha, rosa, húmeda, conservando la impresión en los bordes, ligeramente saburral y temblorosa.

Dientes.—Conservados.

Encías.—Rosas, brillantes.

Conjuntivas.—pálidas.

Orina.—Amarillo-rojiza en la superficie, turbia y bastante depósito.

Esputos.—Poco abundantes.

Agosto 26 del 99. Se dá de alta á pedido del enfermo. No ha aumentado de peso. Apetito muy bueno. Materias fecales han mejorado. Conserva su tinte terroso.

Ha tenido temperatura que ha oscilado entre 37º, 5 y 38º con remisiones.

OBSERVACIÓN IV

Servicio del Dr. Julio Mendez, Hospital San Roque sala 1ª cama núm. 1.

Eugenio Sustacha, español, soltero, de edad 21 años, dependiente de comercio, ingresa al servicio el 7 de Mayo de 1899.

Diagnóstico clínico.—Colitis crónica.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió á los 44 años de una congestión cerebral, la madre vive, tiene 47 años es sana, tiene 4 hermanos viven todos.

Antecedentes personales.—De dos á tres años tuvo sarampión, entre seis y trece le dolieron los oídos, supurando á veces el izquierdo.

Los dolores eran por temporadas, en los intervalos se sentía bien.

A los 19 años tuvo blenorragia, y se curó en dos meses bien.

Se resfría á menudo casi todos los ínviernos.

Enfermedad actual.—Hace cuatro años que después de una indigestión, que le obligó á purgarse, continuó evacuando más número de veces que el acostumbrado.

Los primeros meses las evacuaciones eran hasta 6 y 8 por día, líquidas con un poco de sangre y mucosidades, blanquiscas amarillentas.

Después cambiaron las evacuaciones en la forma

y color, se hicieron más sólidas por la mañana y de color algo oscuro.

Por la tarde eran puramente mucosidades, otras veces sentia dolor en el vientre, diarrea y con ella echaba pedazos de carne sin digerir.

Vómitos no tuvo.

La alimentación no influía nada, ni ahora tampoco sobre el número y calidad de las evacuaciones.

Orina bien.

Ha perdido el apetito. Se ha adelgazado un poco.

Duerme bien.

No tiene hábitos alcohólicos.

Antecedentes específicos no hay.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, regular esqueleto, regular panículo adiposo, blanco.

Tórax.—Simétrico, diámetros normales. Tipo respiratorio costo-abdominal.

Pulmones, por detrás.—Sonoridad normal. Bases movibles. Vibraciones existen. Respiración vesicular. Resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Bases movibles, Espacio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón.—Punta, se vé y se siente en en el Vº. espacio intercostal, linea mamilar.

Matitéz.—Borde inferior de IIIª, borde izquierdo esternal, linea mamilar.

Tonos normales, en todos los focos.

Pulso.—Igual, regular, pequeño, depresible.

Hígado.—Borde inferior de la VIIª costilla, en la li-

neas mamilar. Reborde de las falsas, no es doloroso.

Bazo.—No se palpa, 7 centímetros línea axilar media.

Abdómen.—Se palpa el colon descendente engrosado, contraído, no doloroso. En el resto del abdómen nada particular.

Lengua.—Ancha, rosada, húmeda, conserva la impresión de los dientes en los bordes.

Dientes.—Conservados.

Encías.—Rosadas.

No hay esputos.

Orina.—Amarillo clara.

CALIXTO GONZALEZ.

Buenos Aires, Diciembre 7 de 1900.

Buenos Aires, Diciembre 10 de 1900.

Nómbrase á los Sres. Académicos Dr. Eufemio Uballes, Profesor Titular Dr. Abel Ayerza, y Prof. Suplente Dr. Ignacio Allende para que constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA
Luis M. Acuña

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis del Sr. Calixto González. «En el lo-
« cal de la Facultad á 20 de Diciembre de 1900
« reunida la Comisión que subscribe encargada de
« dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis
« presentada por el ex-alumno Sr. Calixto Gonzalez,
« que versa sobre «Colitis Muco-membranosa» resol-
« vieron admitirla. Con lo que terminó el acto.

·Firmados:—EUFEMIO UBALLES.—
ABEL AYERZA. — IGNACIO
ALLENDE.—ZENON AGUILAE.
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Diciembre 20 de 1900.

Entréguese esta tèsis al interesado para su impresión fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I. La indicación en los fenómenos dolorosos de la sífilis secundaria, es el Ioduro de Potasio.

II. El tratamiento de regla en la Neumonia Fibrinosa, debe ser los tónicos cardíacos con especialidad la digital.

III. Los enemas de creosa, en la tuberculosis pulmonar, dan buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

LUIS VIACABA: *Colitis muco-membranosa, Tésis 1898.*

VOUZELLE: *Colite muco-membraneuse, Thesis de Paris 1898.*

J. MENDEZ: *Colitis pseudo-membranosa. Comunicación á la Sociedad Médica Argentina.*

G. LYON: *L'Entero-colite muco-membraneuse. Monographie climques.*

COURTOIS SUFFIT: *Traité de Bouchard y Brissaud, t. IV pág. 421. Enterite muco-membraneuse.*

SOUPAULT: *Enterite muco-membraneuse. Manuel de Medicine de Debove y Achard, t. V. pág. 511.*

A. MATHIEU: *Enterite muco-membraneuse, Traité de Medicine, Charcot y Bouchard, t. III pág. 442.*

POTAIN: *De la colite cronique, Semaine Medicale 1887.*

DIELAFOY: *Manuel de patologie Interne.*