Año 1910 **Núm. 2170**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENTEROCOLITIS EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR J. GUIXA

Ex practicante externo del Hospital San Roque (1907-08) Ex practicante del Cuerpo Médico de Policía de la Capital (1909-10) — Ex practicante interno (por concurso) del Hospital de Niños Expósitos (1909 - 10)

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU
613—CALLE DEFENSA—621
1910

ENTEROCOLITIS EN LA INFANCIA

Año 1910 **Núm. 2170**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENTEROCOLITIS EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR J. GUIXÁ

Ex practicante externo del Hospital San Roque (1907-08) Ex practicante del Cuerpo Médico de Policía de la Capital (1909-10) — Ex practicante interno (por concurso) del Hospital de Niños Expósitos (1909 - 10)

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU
613—CALLE DEFENSA—621
1910

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Miembros titulares

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía
14. » » Enrique del Arca
15. » » Daniel J. Cranwell
16. » » Horacio G. Piñero
17. » » Juan A. Boeri
18. » » Angel Gallardo
19. » » Carlos Malbran
20. » » M. Herrera Vegas
21. » » Angel M. Centeno

Secretario

Dr. D. Daniel J. Cranwell

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. « » Martin Spuch
3 » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vicedecano

Dr. D. Enrique Bazterrica

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
» » Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Baldomero Sommer
» » G. Aráoz Alfaro
» » José R. Sempkún
» » Abel Ayerza
» » Eufemio Uballes (con licencia)
» » Francisco Sicardi
» » Telémaco Susini
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero
» » Juvencio Z. Arce
» » Juan A. Boeri (suplente)

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo, con lic)
» » Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina.)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES » JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITON
	» ENRIQUE A. PARDO
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedratico substituto
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR SAMUEL MADRID PAEZ

A LA MEMORIA

DE MI QUERIDO PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Dando cumplimiento al último requisito que me impone la Facultad para obtener el título de doctor en Medicina, presento á vuestra ilustrada consideración este modesto trabajo sobre «Enterocolitis en la infancia».

Al abandonar las aulas quiero dejar constancia de mi agradecimiento más sincero á todos aquellos que fueron mis maestros, por las sabias lecciones que de ellos he recibido.

Al doctor Angel M. Centeno, mi reconocimiento por sus enseñanzas y atenciones durante mi internado en la Casa de Expósitos.

A los doctores Daniel J. Cranwell y José M. Naveiro, de quienes fuí practicante, gratitud.

Al maestro y buen amigo el doctor Samuel Madrid Páez, que me ha sugerido el tema de mi tesis y discernido el alto honor de apadrinarme, mi amistad eterna y mi profundo agradecimiento.

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis en la infancia es una afección que ha adquirido su personalidad propia recién en estos últimos años, cuando el examen clínico minucioso y el estudio detallado de los caracteres de las deposiciones, la han diferenciado de entre el conjunto tan complejo de las gastroenteritis.

Marfan, y con él la gran mayoría de los autores, reconocen la relación patológica estrecha que guardan entre sí las diferentes partes en que se divide el tractus intestinal según su particularidad fisiológica y constitución anatómica.

De ahí que casi siempre, por no decir constantemente, la causa morbígena que afecta al tubo digestivo, compromete la integridad funcional de todas sus partes; mas si es cierta é indiscutible esta afirmación, no es menos verdad que según la evolución del proceso patológico, un órgano es más afectado que otro ó una función está comprometida totalmente ó en parte.

Fundándonos, como antes hemos dicho, en el detalle clínico que profundiza el conocimiento de alteraciones más particulares, llegamos á reconocer una individualidad patológica llamada enterocolitis. Con este nombre se designa hoy la lesión inflamatoria que afecta la ultima porción del intestino delgado y la totalidad del intestino grueso.

Aparte de las modalidades clínicas y de los caracteres de las deyecciones que la caracterizan, la enterocolitis produce lesiones anatomopatológicas que le son propias, es decir, que tiene un fundamento material que afianza y justifica su personalidad.

Esta afección, estudiada en Alemania por Henoch, Finkelstein, Escherich y en Francia por Marfan, Hutinel, Comby y otros, merece una atención particular, pues si bien en la generalidad de los casos la constituyen lesiones ligeras y reparables, muy á menudo es el punto de partida ú origen de una enfermedad tan conocida de todos como de difícil tratamiento: la colitis de los adultos y, como dice el doctor Méndez, la colitis de los adultos es una dolencia adquirida en la infancia.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El estudio de las causas productoras de la enterocolitis nos lleva á analizar con algún detalle la evolución que han sufrido las ideas médicas á este respecto. Porque las causales de la afección que estudiamos, son las mismas que ocasionan los demás trastornos que afectan el aparato digestivo del niño; y á estas causas se les ha asignado sitio é importancia variable, según las ideas dominantes en una época.

Investigaciones avanzadas en la bacteriología del tubo digestivo, hicieron considerar á los microbios como causa primordial de las afecciones gastrointestinales en los niños y se llegó, como dice Hutinel, á esperar la desaparición de los estados mórbidos del intestino con el solo uso de leche aséptica; mas los hechos de observación diaria demuestran la influencia innegable de otros factores, como ser elaboración incompleta de los alimentos, deficiencia de secreciones internas, desenvolvimiento incompleto del intestino, estado constitucional y por fin, acción manifies-

ta del clima, de la temperatura reinante, condiciones higiénicas de la vida, etc.

Así pues, hecha esta breve reseña evolutiva, nos ocuparemos del análisis particular de cada uno de los factores que entran en juego, tratando por los medios á nuestro alcance de darle á cada uno de ellos el valor que le corresponde como causa productora de la enterocolitis.

Por otra parte, la división que hacemos de la enterocolitis, según la edad del niño, nos impone la necesidad de jerarquizar estas causas según el rol que desempeñan en las diferentes edades, de tal manera que la sobrealimentación, por ejemplo, que en la primera infancia es causa prima, después del destete ocupa un lugar secundario hasta cierto punto.

Edad

La enterocolitis muy bien podemos considerarla rara y aun excepcional en los primeros meses de la vida de un niño criado al seno.

Las condiciones ideales que rodean á su alimentación alejan en absoluto la posibilidad de lesiones inflamatorias del tubo digestivo, y si no se agrega un factor extraño á la leche materna, lo que no es corriente, la misma sobrealimentación es incapaz de producir una enterocolitis verdadera; cuando más, en el caso de un régimen desastroso y de malas condicio-

nes higiénicas, se observan catarros foliculares intensos, pero que no llegan á constituir la entidad inflamatoria profunda que carateriza la enterocolitis.

Ahora bien, si el niño está sometido á una alimentación artificial, las probabilidades aumentan y la enterocolitis se observa aun en los primeros meses de la vida. En estas circunstancias á la elaboración imperfecta de los alimentos, únese la introducción en las vías digestivas de microbios patógenos á la vez que de productos tóxicos ó irritantes preformados. En nuestra práctica hospitalaria hemos observado el cuadro completo de la enterocolitis en niños menores de seis meses que habían sido alimentados antes del ingreso á la casa, con leche de vaca y alimentos preparados.

Después de los ocho meses la enterocolitis es más frecuente, aunque á menudo reviste la forma benigna. Este hecho es perfectamente explicable porque en esta edad se inicia la alimentación mixta, que en el mejor de los casos, y á pesar del riguroso cuidado que se observe en su preparación, por su misma naturaleza obliga al tubo digestivo á un trabajo superior á sus fuerzas, más aun si las raciones iniciales de ensayo no son suficientemente medidas y su distribución no se hace de acuerdo con la marcha del proceso digestivo.

Por otra parte, la evolución dentaria favorece especialmente la deglución de productos, no sólo ca-

paces de interrumpir ó alterar una digestión, sino también de producir infecciones digestivas serias, cuya terminación frecuente es la enterocolitis.

De uno á dos años, en pleno período de alimentación mixta ó artificial, la afección que nos ocupa es mucho más frecuente, como hemos podido comprobar por datos estadísticos en la Casa de Expósitos.

En muy contados casos, sobre todo en lo que se refiere á la clase obrera, el régimen de destete á que se somete al niño, sigue los preceptos médicos necesarios como una guía segura de alimentación racional; por tradición, por descuido y más que todo, por necesidad, se usan los alimentos más inadecuados como substitutos de la leche materna, y si á esto se une la mala calidad de ellos, las pésimas condiciones higiénicas en que vive el niño, tenemos realizadas de una vez las mejores condiciones para que las afecciones del tubo digestivo revistan la forma grave de la enterocolitis.

Más adelante, al tener en cuenta por separado el factor alimentación, nos extenderemos en detalles que omitimos en este momento.

Herencia

Los niños nacidos de madres que sufrieron enfermedades del aparato digestivo, heredan una receptibilidad especial para todas las afecciones del mis-

mo aparato, y á estar á los datos suministrados por médicos que han hecho observaciones minuciosas en la práctica civil, una gran proporción de niños colíticos son hijos de padres que sufren igual dolencia.

Sin duda que la enterocolitis no se transmite de padres á hijos tal cual es, como entidad mórbida definida y particular, mas es indudable que se hereda el terreno apto, la debilidad orgánica, fundamento indispensable para que las causas morbígenas por otros resistidas, produzcan en ellos la enfermedad de sus progenitores.

Los hechos que abogan en favor de estas ideas son numerosos ya; Charrín y Le Play consiguieron, inyectando venenos de las materias fecales, provocar en el feto lesiones congestivas principalmente al nivel del íleon. Delamarre, Reliez y Bartés, Cantrú y y otros nos enseñan hechos en que se prueba la influencia de la herencia en la etiología de las afecciones intestinales en el niño.

Predisposiciones individuales

Con este nombre se designan el conjunto de causas individuales que directa ó indirectamente contribuyen á la producción de la enterocolitis.

La observación diaria pone en claro este punto, susceptible, por otra parte, de considerársele poco preciso, como que no hay enfermedad y cualquiera

que sea el órgano afectado que no dependa de la predisposición hereditaria; pero raras veces se nota la influencia tan clara y manifiesta de la predisposición individual como en el caso de nuestro trabajo —excepción hecha de las afecciones específicas.

No todos los niños contraen con la misma facilidad la enterocolitis y hemos visto con frecuencia que el mismo régimen alimenticio é idénticas condiciones higiénicas, favorecían en unos el desarrollo de la enfermedad mientras otros quedaban indemnes, á pesar del carácter de contagiosidad que se le atribuye á la afección que nos ocupa: se comprende entonces que en condiciones iguales cae el predispuesto. Así se ve desarrollarse la enterocolitis con una facilidad asombrosa en los hijos de tuberculosos y sifilíticos y bajo la influencia de regímenes que en niños sanos aseguran un desarrollo fisiológico y la integridad de las funciones digestivas. Los débiles congénitos dan el mayor número de predispuestos, lo que se explicaría, según Marfan, por el desenvolvimiento imperfecto de sus órganos y por la facilidad con que reaccionan á las infecciones é intoxicaciones que acarrea la transformación anormal ó incompleta de la leche ingerida. Guillemonat y Llevaditi ilustraron este punto con su trabajo sobre el mecanismo de las insuficiencias de desenvolvimiento en los niños hijos de madres enfermas (Hutinel).

Infecciones bucales y faringeas

La correlación que existe entre las infecciones bucales ó faríngeas y cierta forma de enterocolitis, ha sido puesta de manifiesto en numerosos trabajos, entre los que merece citarse muy especialmente el de Combí, publicado en los «Archivos de Medicina Infantil».

Las estomatitis especialmente ulcerosas provocan á menudo trastornos intestinales de forma enterocolítica por los productos microbianos que el niño deglute continuamente y bajo la acción de los cuales, unidos á tejidos mortificados, la digestión se entorpece, la transformación de los alimentos es incompleta ó anormal, á más que verdaderas culturas bacterianas se desarrollan ocasionando las lesiones más ó menos profundas que caracterizan la enterocolitis.

Cuando se trata de vejetaciones adenóideas el catarro nasofaríngeo que las acompaña obra de idéntica manera que los productos deglutidos de la estomatitis.

Las influencias mencionadas se hacen sentir sobre todo á partir de los dos años de edad.

Influencia de las enfermedades anteriores y concomitantes

Las afecciones aun benignas anteriores del aparato digestivo, como ser catarros intestinales, dispepsias, etc., favorecen especialmente la producción de la enterocolitis bajo la influencia de un régimen inadecuado ó de una infección exógena.

En el mismo sentido obra la constipación congénita ó adquirida, los vermes intestinales y las alteraciones estáticas del intestino, factor este último, digno de preocupar más á los especialistas cuando se investiga la etiología obscura de las afecciones intestinales en general.

Las enfermedades constitucionales y las agudas sobre todo, si son de naturaleza infecciosa como el sarampión, la coqueluche, escarlatina, etc., se acompañan frecuentemente de enterocolitis, existiendo entre aquéllas y ésta múltiples relaciones que hasta hoy han sido sólo enumeradas como hipotéticas, sin que sea posible formular conclusiones categóricas. Así, por ejemplo, en el sarampión como en la escarlatina se mencionan como factores que producen la enterocolitis, aparte de la reacción nerviosa y de las modificaciones de las secreciones digestivas, á la acción de los microbios y sus toxinas. Lo cierto es que los hechos clínicos diarios demuestran la influencia

acentuada de las enfermedades infectocontagiosas sobre el desarrollo de la enterocolitis. En el servicio de estas enfermedades en la Casa de Expósitos, la frecuencia de la enterocolitis es de un 14 por ciento en el sarampión, de un 4 por ciento en la coqueluche, y de un 8 por ciento en la difteria; pero donde se ve con más claridad la predisposición creada por enfermedades específicas para contraer la enterocolitis, es sin duda alguna en la sífilis hereditaria, como lo atestiguan los datos estadísticos que tenemos á la vista. En las presentes circunstancias, sin contar la alimentación artificial á que se somete á los niños, la insuficiencia funcional del intestino y de las glándulas anexas, hígado y páncreas, crean de una pieza el terreno óptimo para la producción de la enterocolitis.

Sobrealimentación

En el niño criado al pecho la sobrealimentación no es suficiente por sí sola en la generalidad de los casos y más aun si ella es transitoria, para producir la enterocolitis. En semejantes circunstancias aparecen, ya sea la dispepsia aguda y el catarro ó el catarro y lienteria. Ahora bien, si á la sobrealimentación brusca se une un elemento de infección exógena, como ser deglución de pus de la mama de la nodriza, rinofaringitis del lactante, deglución de

esputos, etc., en este caso la enterocolitis, si no es la consecuencia obligada, se le observa con alguna frecuencia.

Si el niño está sometido á la alimentación artificial, pueden presentarse varios casos según el alimento en uso.

Leche de vaca

«La leche de vaca como la leche de mujer contiene algunas veces substancias eliminadas por la glándula mamaria, susceptibles de provocar trastornos digestivos en el lactante»; con frecuencia estos trastornos son ligeros, mas si á la vez que productos anormales de la leche hay sobrealimentación y terreno preparado por enfermedades anteriores del tubo digestivo, la enterocolitis es en extremo frecuente.

Ocurre otras veces que los productos microbianos proceden no de la glándula mamaria de la vaca, sino de secreciones de otros órganos enfermos como en la estomatitis aftosa por ejemplo, mas el resultado es siempre el mismo para el lactante que ingiere leche contaminada y tóxica.

Leche cruda

La forma y las condiciones en que se la administra de ordinario, hacen que la leche cruda sea

un factor de primer orden en la producción de la enterocolitis. La práctica diaria ha demostrado que la lesión inflamatoria ocasionada por la leche de vaca, llega á revestir, si no se interviene oportunamente, un carácter de agudeza excepcional en que al simple catarro sigue la lesión del folículo, lesión profunda que acaba en la inflamación duradera de la última porción del intestino delgado y de la totalidad del intestino grueso.

Cuando la leche cruda es la causante de la lesión inflamatoria, generalmente se debe su acción nociva á la flora microbiana tan rica y variada en un medio que no ha sufrido la acción destructora del calor.

Preciso es tener en cuenta la procedencia de la leche, el tiempo transcurrido desde el momento del ordeñe hasta el instante que se la consume, el mayor ó menor cuidado higiénico que se observó en las manipulaciones indispensables de establo, etc., pues en ese conjunto de detalles estriba el grado de contaminación sufrido por la leche.

La experiencia nos ha demostrado por otra parte, que aun el uso de leche aséptica es susceptible de acarrear trastornos inflamatorios serios del intestino: mas en otros casos á la acción mínima de la flora microbiana se une la transformación anormal de los varios componentes de la leche, es decir, á su

digestión, en lo que, por otra parte, están de acuerdo los autores.

En el año 1902 se hicieron experiencias de alimentación con leche aséptica en la Casa de Expósitos y á pesar de las óptimas cualidades de la leche, demostrado por el estudio bacteriológico, los trastornos causados por su uso revestían á menudo los caracteres de catarros foliculares intensos y algunos concluyeron en verdaderas enterocolitis, aunque si bien es cierto, de forma benigna.

Hasta hoy no es posible decir cuál de los componentes de la leche de vaca es el verdadero causante de los trastornos intestinales en el niño, cualquiera que sea la forma que reviste la enfermedad; menos podemos adelantar al ocuparnos de la enterocolitis. Se han acusado al exceso de grasa, de la caseína, de las sales, etc., mas no hay una prueba concluyente para una afirmación categórica, por lo demás difícil de enunciarla ante los resultados idénticos ó semejantes que se ha obtenido con leches diluídas ó que han sufrido transformaciones que les privaron de uno ó varios elementos en exceso, hasta llegar á los límites y proporción en que se encuentran estos mismos elementos en la leche de mujer.

Con la leche de vaca, como con cualquier alimento inadecuado á las débiles funciones digestivas del niño, el medio intestinal sufre modificaciones múltiples, tanto en lo que se refiere á las secreciones,

como en lo relacionado en la flora microbiana, de donde resulta un trabajo excesivo de ciertas glándulas, principalmente las que segregan mucus, y una exaltación de virulencia de los bacterios intestinales que por medio de sus toxinas producen irritaciones locales intensas, primer grado de la lesión inflamatoria que caracteriza la afección que nos ocupa.

Leche esterilizada

Como dice Hutinel «el uso de la leche esterilizada no preserva al lactante de los trastornos digestivos», entre los que se encuentra con demasiada frecuencia la enterocolitis. Por una parte, en la leche esterilizada puédese culpar á los microbios ó sus toxinas de los trastornos intestinales que se observa con su uso, pues la asepsia realizada por el calor es ilusoria, si los ulteriores cuidados en la administración del alimento no están sujetos á escrupulosas medidas de higiene. Las diluciones con agua ó cocimientos varios, los frascos mal lavados, tetinas sucias, poca limpieza en las manos de las enfermeras ó cuidadoras y, en fin, esa cantidad de pequeños detalles al parecer insignificantes que se olvidan en la alimentación artificial de un niño, contribuyen á que la leche esterilizada tenga de tal sólo el nombre y que las probabilidades de infección sean las mismas que con la leche cruda.

Además, la leche esterilizada á temperaturas por debajo de 100º, no destruyen los esporos de los fermentos de la caseína, y si la leche no ha sufrido un enfriamiento rápido, inmediato á la esterilización, esos esporos germinan con las consecuencias fáciles de imaginar.

Flugge y Lubbert han aislado de la leche hervida 16 especies bacilares, y si esto parece demasiado, Gemma, por su parte, aisló de la leche esterilizada por el método de Soxhlet el bacilus subtilis, el bacilus mesentéricus vulgatus, el bacilus butíricus de Hueppe, el primero y el último patógeno y el segundo casi innocuo; sin embargo, es el caso de preguntar (Hutinel) si estos bacilos no son susceptibles de realizar en el intestino asociaciones virulentas con otros microbios, sobre todo con el colibacilo, huésped habitual.

Ahora bien, aun en la misma leche esterilizada en buenas condiciones, pero después de muchas horas del ordeñe, se encuentran productos tóxicos elaborados por los microbios y que la esterilización no destruye, como lo ha demostrado Marfan en las experiencias llevadas á cabo en su servicio des Enfants Malades.

Influencia de otros alimentos y del agua

Los hechos de observación diaria nos enseñan al indagar el método de alimentación á que fueron sometidos los colíticos actuales, sobre todo después del primer año de edad, que en él figuran substancias alimenticias heterogéneas, variadísimas hasta el infinito, entre las cuales podemos descubrir con demasiada frecuencia las carnes, grasas animales y legumbres.

Especialmente la carne es un factor etiológico de gran importancia: á la dispepsia aguda que produce en un principio, sigue casi fatalmente la enteritis folicular intensa, febril y acompañada de fenómenos toxi-infecciosos graves.

La carne, como todo alimento excesivamente azoado, es de difícil digestión y las substancias que resultan del desdoblamiento de la molécula albúmina, además de su acción tóxica manifiesta, son un excelente medio de cultura para la flora microbiana anacrobia proteolíticos-proteus, putríficus, mesentéricus, etc., que reside en el intestino grueso y á quien con razón Combe acusa de ser la causa principal de los fenómenos enterocolíticos y de las autointoxicaciones que les acompañan. El hecho es que estos gérmenes, patógenos los unos, saprófitos é inofensivos los otros, se hacen virulentos y se multipli-

can en el intestino si encuentran alimentos incompletamente elaborados que constituyen el medio óptimo para su desenvolvimiento.

El agua que se usa como bebida ó para la preparación de alimentos, puede ser la causa de ciertas enterocolitis, sobre todo si el niño bebe agua cruda ó si la ebullición es incompleta; y aun si se usa el agua hervida después de algunas horas de la ebullición.

Miguel ha demostrado en efecto, que la ebullición facilita la contaminación del agua, cuando ésta recobra su temperatura ordinaria.

Influencia meteorológica

El clima, la estación del año, el grado de humedad de la atmósfera y del suelo, influyen poderosamente en la producción de las enterocolitis, aunque de un modo indirecto.

En los climas cálidos, en la estación de verano y con una temperatura elevada y alto grado de humedad, los factores etiológicos relacionados con la alimentación que hemos ya pasado en revista, ejercen más que nunca su influencia en la producción de trastornos intestinales, tan serios como la enterocolitis, pues es sabido que el calor excesivo disminuye la resistencia orgánica, á la vez que las substancias destinadas á la alimentación se alteran con una facilidad extrema.

Ambiente hospitalario

Se ha asignado un cierto grado de contagiosidad á la enterocolitis, por observaciones recogidas en el hospital y en familia; pero si bien es cierto que algunas de las causas enunciadas por su misma naturaleza y manera de obrar explicarían este fenómeno, no podemos negar en absoluto esa contagiosidad, sobre todo si se ignora el agente principal ó único de su producción.

Hutinel piensa que el medio hospitalario como el familiar, facilitan el desarrollo de la enfermedad, por el idéntico régimen de alimentación en uso y por las circunstancias coadyuvantes iguales para personas que viven bajo un mismo techo.

Vemos pues, que si no hay nada concluyente al respecto, los hechos de observación llevan á dar cierta importancia etiológica al medio ambiente, ya sea, como dice el autor citado, por identidad de circunstancias rodeantes, sea por la propagación del agente causal hasta hoy desconocido.

Lo único que podemos añadir de nuestra observación hospitalaria, es que la multiplicidad de casos de enterocolitis en una sala, nos ha parecido más que efecto de contagio, consecuencia de la influencia estacionaria ó de enfermedades que por sí y aisladamente en cada caso, predisponen á los serios trastornos intestinales que estudiamos.

FORMAS CLINICAS

Y SINTOMATOLOGIA

Los autores que hemos podido consultar no establecen con límites francos, formas clínicas diferentes en la enterocolitis; sin embargo, al hacer el estudio de conjunto, señalan sin especificar por nombres distintos los varios grados de intensidad y las características propias de estados diferentes que son en resumen las formas clínicas que nosotros enunciamos por separado para facilidad del diagnóstico, y de acuerdo con nuestras observaciones de hospital.

Enterocolitis subaguda ó infecciosa

Esta forma clínica llamada también enterocolitis febril, se caracteriza por su aparición brusca, semejante al comienzo de una enfermedad infecciosa.

Generalmente el niño tiene uno ó varios vómitos, alimenticios en un principio, vómitos á gran esfuerzo como los de la dispepsia aguda, la temperatura alcanza á 39 y 40º, hay gran postración, lengua sa-

burral, pulso frecuente y tenso en relación con la temperatura, muy á menudo convulsiones en el curso del primer día, gran vientre timpánico, deposiciones escasas ó constipación inicial que dura con frecuencia hasta que la acción de un purgante ó de un enema facilita la primera evacuación intestinal formada por materia fecal entremezclada con glerosidades claras y en ocasiones desde el primer momento teñidas de sangre.

El examen del enfermo demuestra además de los signos abdominales notados, un dolor marcadísimo sobre la fosa ilíaca derecha á la altura del ciego, el que en ocasiones es palpable, dando la sensación de un aumento de volumen en masa; á la palpación hay dolor igualmente á la altura de los ángulos de colon y cuando el proceso ha invadido la totalidad del intestino, ese dolor es igualmente acentuado aun en la *S* ilíaca.

Al cabo de veinticuatro horas y en ocasiones antes de ese término, las deposiciones aumentan de frecuencia—seis á doce por día—al mismo tiempo que cambian de carácter: la materia fecal disminuye de cantidad ó desaparece para ceder el sitio á la glerosidad coherente y espesa, ligeramente teñida de sangre y de olor característico y penetrante.

La temperatura siempre elevada sufre oscilaciones de medio á un grado, el dolor al principio provocado se hace persistente y espontáneo con exacerba-

ciones en el momento que precede á una evacuación; luego aparece el tenesmo sobre todo acentuado cuando la última porción del intestino grueso es el asiento de mayor inflamación.

Los vómitos iniciales generalmente desaparecen al finalizar el primer día, así como á la excitación del primer momento sucede una postración extrema con pulso pequeño y de débil tensión, hay anorexia completa, las orinas son escasas y de color subido, en ocasiones se observa albuminuria.

Es digno de notarse una particularidad de la temperatura que aunque no es frecuente, se observa en esta forma clínica y es el descenso brusco, aunque temporario, de la fiebre que trae como consecuencia enfriamientos alarmantes y aun verdaderos estados lipotímicos.

Como una consecuencia de las frecuentes deposiciones y de la inflamación agudísima del recto, se observa el prolapso de este órgano cuya mucosa puede ser el asiento de verdaderas ulceraciones sangrantes desde el comienzo de la enfermedad.

Este estado se prolonga con ligeras variantes por ocho ó diez días, raras veces más; poco á poco el estado general mejora, los síntomas locales se atenúan gradualmente, disminuye el timpanismo abdominal y el dolor del colon, las deposiciones son menos frecuentes y con más materia fecal, las glerosidades ó muco-pus se observan sólo en alguna de las deposi-

ciones del día hasta su total desaparición. La convalecencia siempre prolongada, es interrumpida á veces por ligeras exacerbaciones febriles y por pasajeras agravaciones intestinales.

Al cabo de diez y ocho á veinte días el estado general mejora evidentemente, aunque persiste una ligera anemia por lo demás transitoria y fácilmente conjurada con los tónicos usuales y la alimentación adecuada.

Enterocolitis aguda

Esta forma de enterocolitis es la que se observa con mayor frecuencia entre nosotros, especialmente en la época del destete y en el curso del segundo año, sin que por ello deje de observarse, aunque menos á menudo, en los niños criados á pecho.

La enfermedad comienza por un ligero movimiento febril que raras veces pasa de 38º, los vómitos son más raros y fugaces que en la forma anteriormente descrita; el estado general del enfermo no denota gran sufrimiento ni mayor postración, la anorexia es relativa, hay timpanismo abdominal, dolor á la palpación del colon sin que sea posible notar el espesamiento observado en las formas más graves y de las que nos hemos ocupado. Las deposiciones están constituídas por materia fecal y mucosidades opalinas, casi transparentes al principio y ligeramente teñidas de sangre.

Al segundo ó tercer día las deposiciones se hacen más frecuentes—seis á ocho en veinticuatro horas—la materia fecal ha desaparecido ó sólo quedan vestigios de ella, las mucosidades toman un color más subido y se vuelven opacas, en ocasiones con apariencias de muco-pus, la sangre infiltra una gran extensión del pañal, sangre de color subido, mezclada al muco-pus y correspondiente á la porción alta del intestino, por otra parte, sangre roja de la última porción del intestino grueso y que guarda cierta independencia ó separación del resto de las materias evacuadas.

Esta forma de enterocolitis es de evolución más corta que la sobreaguda, los incidentes febriles son raros y la convalecencia es más breve.

La materia fecal toma gradualmente sus apariencias normales, aunque de vez en cuando se asiste á una pequeña debacle de mucosidades concretas y con ciertas apariencias de falsas membranas.

La descripción que antecede, corresponde á la forma más frecuente de enterocolitis, como antes hemos dicho, mas siempre dentro de este cuadro de relativa benignidad, hay particularidades que se refieren más á los caracteres del pañal que á la marcha general del proceso y dignas de dedicárseles breves consideraciones.

Al cuadro clínico que hemos descripto acompañan deposiciones constituídas casi en su totalidad

por sangre pura y serosidad abundante; el número de estas deposiciones puede llegar á 10 ó 12, el tenesmo es bastante intenso, el prolapso del recto frecuente, á la vez que el espasmo de las diferentes regionés del colon provocando su contractura simulan verdaderos tumores, circunstancias que como se comprende, unidas á la deposición de sangre pura, hacen pensar muchas veces en una verdadera invaginación.

En la sala 3ª tuvimos oportunidad de seguir un caso de esta variedad de enterocolitis en un niño de un año de edad, cuyo diagnóstico fué claro y evidente sólo después de tres días de observación; al cabo de este tiempo las deposiciones tomaron el carácter propio de la enterocolitis aguda como lo demostró la evolución ulterior.

Esta forma clínica ha sido descripta por algunos autores con el nombre de enterocolitis hemorrágica.

Las deposiciones en la enterocolitis aguda pueden revestir otras veces el carácter de las deposiciones disentéricas, frecuentes y constituídas en su totalidad por pequeñísima cantidad de muco-pus sanguinolento, con gran tenesmo y dolores abdominales que preceden á la evacuación.

Quizá muchos casos de enterocolitis de esta índole y con mayor razón, febril, no serían tales y sí verdaderas disenterías con el auxilio de un examen completo de las materias fecales.

Anotamos de paso esta idea que nos ha sugerido la observación de ciertas enterocolitis por demás sugerentes.

Enterocolitis sub-aguda ó atenuada

El cuadro clínico que acompaña á esta forma de la enfermedad, dista mucho de ser uniforme; por lo general, la forma atenuada ó sub-aguda es un episodio en el largo proceso de las dispepsias crónicas por alimentación inconveniente ó bien en el curso de otra enfermedad, con frecuencia broncopulmonar.

Su aparición es insidiosa, sin que la revelen síntomas de orden general; el enfermo no acusa sufrimiento especial, sin fiebre; el apetito conservado y sólo el examen del pañal descubre mucosidades fluídas ó coherentes, la mayoría de las veces sin sangre, mezcladas á una gran cantidad de materia fecal que, por otra parte, revelan la integridad funcional del intestino. Después de una evolución de tres ó cuatro días y á veces en menos tiempo, el pañal ha tomado sus apariencias normales bajo la sola influencia de una mejor reglamentación dietética ó de enemas ligeramente astringentes.

Enterocolitis crónica

La enterocolitis crónica se la observa casi exclusivamente después de los tres años con todos los

caracteres propios de la colitis crónica de los adultos.

Entre las causas etiológicas, debemos colocar en primera línea á la herencia neuroartrítica, luego le sigue, por orden de frecuencia é importancia, los sufrimientos anteriores del intestino, dispepsias, catarros, enterocolitis aguda, y por fin, el régimen impropio de alimentación. En efecto, en toda historia de colíticos encontramos el mal régimen de alimentación á que fué sometido con anterioridad ó inmediatamente antes de producirse la afección que describimos.

Se ha señalado también como causa etiológica en estos casos, la constipación, pero creemos que muy á menudo este factor es consecuencia á su vez de un régimen defectuoso.

Al examen del enfermo, lo que impresiona desde luego es el color amarillo terroso del semblante y un grado más ó menos acentuado de palidez conjuntival, revelador de la anemia que acompaña con demasiada frecuencia á este estado; el vientre tenso y globuloso se deja deprimir con facilidad y la palpación profunda, permite constatar la existencia del dolor localizado en el ciego, colon transverso y con mucha fecencia en la *S* ilíaca donde se constata, á la vez, la presencia de pequeños tumores duros, constituídos por materia fecal endurecida. Por la palpación suave y profunda, se descubre partes de intestino contracturado, verdaderas cuerdas cólicas cuyo asien-

to de preferencia lo hemos encontrado en los casos que hacen nuestra observación á la altura del colon ascendente.

La constipación, tenaz y rebelde á todo tratamiento, alterna con períodos de diarrea en los que la materia fecal se compone en su mayor parte de falsas membranas grisáceas en formas de cintas, características de esta afección y por las que le ha valido el nombre de colitis mucomenbranosa.

El endurecimiento de la materia fecal es debido, según la mayoría de los autores y entre ellos Rothschild, á la deshidratación exagerada de los residuos alimenticios, mientras que la diarrea es causada, como lo piensa Guinón, unas veces por las escíbalas mismas que actúan como cuerpos extraños y otras por regímenes inadecuados.

Rothschild cree que estos fenómenos diarreicos, no serán quizá extraños á la autointoxicación por reabsorción de las toxinas colibacilares ó de productos resultantes de las fermentaciones intestinales.

De ordinario el niño que sufre de colitis crónica fuera de los períodos de constipación y diarrea mencionados, tiene de tres á cuatro deposiciones diarias, constituídas primero por materia fecal dura á cuya expulsión sigue inmediatamente la de líquidos fétidos mezclados á mucus y falsas membranas abundantes.

Durante el período de constipación la materia

fecal endurecida y en forma de bola va envuelta en falsas membranas tenues y blanquecinas; cuando sobreviene la diarrea el vientre se hace globuloso y hay mayor dolor que de ordinario á la presión y si el fenómeno se acentúa las deposiciones llegan á tomar los caracteres de la colitis aguda.

En esta época del proceso obsérvanse ligeros empujes febriles sobre todo á la tarde y en la hora que sigue á la ingestión de los alimentos, lo que hemos podido comprobar en varios casos con auxilio de un minucioso examen termométrico.

El apetito á veces es exagerado, pero predomina por lo general, la anorexia y los fenómenos de dispepsia gástrica, como ser eruptos, golpes de calor á la cara y sensación de plenitud estomacal es de regla que acompañen á la enterocolitis crónica.

Un hecho digno de consignarse por separado es el cambio de carácter de los niños colíticos, bajo el dominio de esta afección, más aun en el momento de un empuje agudo: se vuelven irascibles los unos, profundamente apáticos otros, caprichosos y exigentes casi todos; si están en la edad escolar no adelantan en sus estudios, son faltos de atención y desmemoriados, lo que, como se comprende llama más la atención de padres y maestros, quienes atribuyen por lo general estos trastornos á cualquier causa menos á la verdadera. El sueño del colítico es agitado é interrumpido por pesadillas, duermen con los ojos en-

treabiertos y al despertarse después de este sueño nada reparador, hay cefalea, dolores musculares y postración.

Ninguna de las formas clínicas que hemos estudiado tiene una evolución tan prolongada é insidiosa como la colitis crónica y en la gran mayoría de los casos á pesar del régimen y de la medicación, el proceso sigue su curso con variantes tan engañosas á veces, que podrían hacer pensar en la curación, mas, como dicen los maestros, el niño colítico crónico conserva su enfermedad durante toda su vida.

Pero, sin embargo, es oportuno recordar que la evolución de la colitis crónica no es siempre la misma, y la afección incurable en el predispuesto hereditario puede, merced á un tratamiento razonable y á una dietética acertada, terminar en la curación definitiva en aquellos que la enfermedad es consecuencia del mismo proceso á forma aguda, y sin antecedentes morbosos ni hereditarios.

———

COMPLICACIONES

Se impone desde luego una división primordial al tratarse de las complicaciones según sea la enfermedad, aguda ó crónica.

En la enterocolitis aguda las complicaciones pueden ser, ya sea del intestino mismo ó bien en órganos alejados; á la primera variedad corresponde la acentuación extrema de los fenómenos diarreicos que llegan á veces á tomar los caracteres del cólera infantil, cuya gravedad creemos innecesario repetir.

La hemorragia intestinal y la apendicitis como complicación de enterocolitis son á menudo fatales; el prolapso del recto á menudo transitorio, es un incidente que reviste sólo una gravedad relativa por cuanto depende exclusivamente de la marcha del proceso del que es su consecuencia.

Los trastornos pulmonares, bronquitis y más aun bronconeumonías, hacen formular cuando sobrevienen, un pronóstico reservado, especialmente al tratarse de las bronconeumonías casi siempre á focos múltiples repetidos y cuya evolución oscurecen el pro-

nóstico de enterocolitis que por sí estarían llamadas á una pronta curación.

Las complicaciones que afectan al sistema nervioso, encierran una gravedad excepcional en las enterocolitis, y bien entendido que no nos referimos á las convulsiones iniciales de escasa importancia como que acompañan á casi todos los procesos febriles en su iniciación, mas si en el curso de la evolución prolongada de una enterocolitis aguda aparecen síntomas de lesión meníngea inflamatoria y aun de trastornos circulatorios serios, el porvenir del enfermo se encuentra seriamente comprometido, tanto que en nuestras observaciones hospitalarias las complicaciones de esta índole han sido casi todas ellas mortales.

Escherich y Hutinel se ocupan de los trastornos vesicales como complicaciones de las colitis, lo que, por otra parte, hemos observado sólo en un caso.

Los trastornos cutáneos revisten una importancia relativa porque ellos significan sólo pequeñas molestias en el curso de la enfermedad, sin comprometer para nada el pronóstico; á este respecto se han observado erupciones papulosas, purpúricas y vesiculosas.

Como en la forma aguda de la enfermedad, las complicaciones de la enterocolitis crónica pueden localizarse ya sea en el intestino mismo ó en órganos alejados, especialmente en estos últimos; el intestino que cuenta en su haber un padecimiento pro-

longado sufre á la larga las consecuencias de la inflamación y de su funcionamiento anormal. En primer término y diríamos casi único, debemos mencionar la constipación, consecuencia casi obligada de la atonía intestinal y de la pobreza en secreciones de la mucosa.

Las lesiones de la piel consecutivas á esta afección son frecuentes y tenaces, rebeldes á todo tratamiento, mientras la causa primera de su existencia queda en pie, que según Bouchard, serían sobre todo explicables por fenómenos de insuficiencia hepática y absorción de productos resultantes de fermentaciones anormales.

El sistema nervioso sufre igualmente la influencia de la enterocolitis crónica y sus trastornos se manifestando bajo forma ya sea de una profunda depresión ó bien de excitabilidad extrema que puede llegar á constituir una verdadera neurastenia de la infancia, especie de afección paradojal en un sistema nervioso virgen y libre, por lo tanto, de las intoxicaciones y causas de orden psíquico, á quienes tenemos por hábito atribuir la génesis de este proceso.

ANATOMIA PATOLOGICA

Al examen macroscópico del intestino en la enterocolitis aguda, se constatan lesiones que distan mucho de ser uniformes, aun en casos de evolución clínica semejante.

La mucosa de la última porción del intestino delgado y de la totalidad del grueso, se encuentra espesada y es el asiento de una congestión intensa que da un color rojo oscuro con puntos equimóticos y escoriaciones más ó menos profundas en determinadas regiones y en los casos graves en la extensión total del intestino; estas equimosis y ulceraciones están cubiertas de un barniz mucoso y á veces de verdaderas membranas—los folículos cerrados son voluminosos, no siendo raro observar algunos de ellos ulcerados.

Al examen histológico las glándulas mucosas inflamadas están llenas de células en diferentes grados de degeneración, así como de células embrionarias de núcleo voluminoso y si el proceso es más antiguo ó reviste gran intensidad, mezclado á estas

células se ve gran cantidad de pus sembrado á su vez de microorganismos varios.

Marchiafava ha observado en la neumonía una enterocolitis crupal; la mucosa del intestino grueso estaba cubierta sobre casi toda su extensión de un exudado fibrinoso; por debajo de la mucosa era roja equimótica y la submucosa edematizada (Marfán).

En resumen, las lesiones anatomopatológicas en la enterocolitis aguda carecen, podemos decir, de una característica que le sea propia é individual, sino es cierta localización electiva, pues el proceso inflamatorio más ó menos intenso no basta para especificar su naturaleza.

Las lesiones de la enterocolitis crónica difieren poco al decir de Mathieu, de las que hemos descripto á propósito de la enterocolitis aguda.

En la forma ligera se constata sólo una producción exagerada de mucus, la mucosa más ó menos congestionada, más ó menos espesada está recubierta de falsas membranas mucosas adherentes; al examen patológico se constata la transformación mucosa de un gran número de células y se ve filamentos de mucus penetrar hasta en el orificio de las glándulas de Lieberkühn.

A parte de esto, la mucosa puede ser absolutamente normal en apariencia, constatándose sólo á veces una ligera infiltración embrionaria. En otros casos la mucosa está más alterada y al simple exa-

men superficial se nota que es ella el asiento de un engrosamiento debido á una infiltración de célalas redondas que separan las glándulas de Lieberkühn.

En las inflamaciones graves, se encuentra á veces y por sitios, ulceraciones en número variable, debidas al reblandecimiento central y á la ulceración de los folículos cerrados.

Respecto á la bacteriología de la enterocolitis en cualquiera de sus formas, aguda ó crónica, muy poco podemos decir, pues las investigaciones más avanzadas no han descubierto hasta hoy el bacilo específico de la enfermedad.

Los bacilos aerobios, huéspedes habituales del intestino en condiciones ordinarias, son reemplazados por los anaerobios proteolitos estrictos, variables según los casos: proteus, diplococus, putrificus, mesentéricus, súbtilis, etc. (Combe) y como lo han demostrado las investigaciones de Tissier y de Grigoroff Masol, esta flora anerobia, es una flora de putrafacción.

Marfán, á su vez, constató la existencia de diplococus griseus liquifacieus, el bacilus minutuus anaerobius y la variedad tififorme del bacilo coli.

Ahora bien, si se trata de una enterocolitis con

secutiva á otra afección, el bacilo que domina puede muy bien ser el que causó la afección primera, como lo ha observado Massalongo en un enfermo en que descubrió la presencia del neumococo; igual constatación le debemos á Weishselbaum que encontró el neumococo en un caso de enteritis seudomembranosa sobrevenida en el curso de una pleuroneumonía.

De manera, pues, que las constataciones microbiológicas pueden servir en el estado actual de nuestros conocimientos, para hacer un diagnóstico por exclusión entre la enterocolitis franca y algunas formas de disentería ocasionadas por microorganismos específicos—Shiga, Flessner y Strong.

CROPOLOGIA CLINICA

En la enterocolitis aguda á las primeras evacuaciones fecales, siguen deposiciones formadas de mucus coagulado mezclado á los restos de materia fecal; el mucus se presenta al principio bajo la forma que Hutinel llama el tipo amorfo ó sean glerosidades transparentes ó ligeramente blanquecinas con apariencias de clara de huevo mal cocido, luego esas glerosidades transparentes toman un color grisáceo y aparecen en la deposición bajo forma de pequeñas bolitas coherentes y constituyen casi por sí solas la totalidad de las materias evacuadas.

En procesos de alguna duración el mucus se presenta bajo la forma de pequeñas bolitas amarillentas descriptas por Nothnagel, de consistencia gelatinosa, íntimamente mezclado á la materia fecal y que ciertos autores consideraron como residuos de alimentos vegetales, cuya naturaleza mucosa fué evidenciada por Kitawaga; al color blanco opalino que hemos descripto acompañan á veces matices diferentes que varían no sólo con los residuos alimenticios,

-sino también por los pimentos que se mezclan al mu-cus, así por ejemplo, son morenas ó verdeobscuro si hay hidrobilirrubina, amarillo de oro y verdáceas si la materia colorante es bilirrubina ó biliverdina.

En las inflamaciones agudas del colon, junto al mucus mencionado y otras veces tiñéndolo, aparece sangre rojo vivo ó de color negruzco, según la al-tura del intestino en que se ha producido la he-morragia.

En cualquier tipo de pañal de la enterocolitis agu-da, se constata la existencia, á la par de los elemen-tos descriptos, de restos de materia sin digerir, entre las que podemos mencionar grumos de caseína, ja-bones y grasas.

El examen histológico descubre en este mucus la presencia de leucocitos, de células epiteliales y microbios; antiguamente se dijo que había fibrina, con lo que no están de acuerdo los autores modernos, entre ellos Hutinel.

En la enterocolitis crónica, el mucus se conden-sa en forma de membrana ó colgajos de aspecto fi-brinoso, ó bien de filamentos cilindroides que han podido ser confundidos con tenias; en otros casos, en fin, tienen la forma de verdaderos tubos (Glautier).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la enterocolitis aguda generalmente no ofrece dificultades cuando la afección ha alcanzado una cierta intensidad y en las formas ordinarias exentas de complicaciones: pero, si aun en los mismos tipos clínicos que podríamos considerar clásicos por la agrupación y evolución de cada uno de los síntomas, uno de ellos toma un carácter de agudeza excepcional, por ejemplo, hipertermia exagerada ó dolor agudísimo, en este caso, si bien la impresión clínica del primer momento allana muchas dificultades, en el primero ó segundo día de la evolución no es posible substraerse á una duda relativa, por lo demás transitoria como antes hemos dicho.

En la forma sobreaguda ó tóxica, los síntomas de orden nervioso predominantes—convulsiones, delirio—pueden inducir á error y hacer creer en el principio de una meningitis, más aun si los vómitos revisten un carácter de agudeza y persistencia extrema y si las primeras deposiciones no tienen las características de la enterocolitis franca como ocurre á

menudo, pero el examen minucioso del abdomen desde el primer momento con sus puntos dolorosos electivos en la región cólica, la forma particular del vómito á gran esfuerzo, como en otra parte hemos dicho, los caracteres del pulso, que aunque irregular á veces, no es idéntico al de los meningíticos y, por fin, la marcha del proceso, franco al segundo ó tercer día, permite formular la mayoría de las veces un diagnóstico definitivo.

Esta misma forma clínica puede confundirse cuando los dolores abdominales se localizan de preferencia á la altura del ciego, con una apendicitis y aun con una peritonitis generalizada si el dolor es difuso y el timpanismo considerable.

La variedad de enterocolitis hemorrágica se la puede confundir con una invaginación intestinal aguda, sobre todo si la palpación descubre un tumor abdominal, hecho más frecuente de lo que podría pensarse, pues los engrosamientos parciales del colon por inflamación ó espasmos, se notan muy á menudo al principio de la forma clínica de que nos ocupamos; por otra parte, el error es posible al considerar las cualidades de las deposiciones, á veces constituídas por sangre pura sin mucopus ni materia fecal.

La colitis disenteriforme se diferencia de la verdadera disentería por su evolución benigna y por la falta de contagiosidad. Naturalmente, fundándonos en estos datos, hacemos un diagnóstico á *posteriori*,

pues en plena evolución el diagnóstico es realmente difícil y hasta creemos que con síntomas infecciosos acentuados, lo que no es raro, y con evacuaciones escasas, frecuentes, mucopurulentas y con sangre, sólo el auxilio de la bacteriología y de la serorreacción permitirán hacer un diagnóstico preciso y exacto.

Cualquier variedad clínica de la forma sobreaguda en un principio, si los síntomas intestinales no son enteramente francos y característicos, y si al mismo tiempo hay predominancia de las reacciones de orden general—fiebre, postración, estado toxi-infeccioso, etc.—pueden confundirse con una enfermedad infecciosa en su comienzo, como ser fiebre tifóidea, gripe, infección intestinal pura, mas la evolución ulterior y la ausencia de los síntomas particulares de estos estados, hacen disipar el error.

La enterocolitis aguda puede prestarse á iguales confusiones que la sobreaguda, aunque en un grado menor, por cuanto los síntomas de orden local predominan sobre los generales que son precisamente los que hacen nacer la duda.

La forma atenuada de la enterocolitis, ofrece no pocas veces una cierta dificultad diagnóstica y es frecuente el error cuando se trata de diferenciarla de una forma particular de catarro intestinal,—nos referimos á la variedad llamada catarro folicular.

Esta reacción leve y pasajera del intestino inflamado se caracteriza por una abundante secreción

mucosa de consistencia particular que le asemeja al engrudo de almidón—secreción transparente sin un solo punto opaco y casi desprovista de olor.

Se la observa á menudo en el curso de las dispepsias crónicas intercalada á veces entre deposiciones normales y por un tiempo no más de uno ó tres días. Ante una deposición semejante, el primer diagnóstico que ocurre formular es el de enterocolitis, mas luego la poca persistencia del trastorno que desaparece casi siempre sin un tratamiento especial, nos demuestra el error diagnóstico por lo demás sin otra importancia, sino es la de inducir en un falso pronóstico.

El diagnóstico de la enterocolitis crónica se presta á menos errores y es más facil; los caracteres de la deposición, la marcha del proceso, particular por sus períodos de calma y exacerbaciones febriles, dan una fisonomía especial á la enfermedad, alejan muchas posibilidades de confusión.

Ahora bien, si la enfermedad es de evolución prolongada ó con perturbaciones de orden general marcados, anemia, hipotrofia, gran vientre, etc., se puede pensar en una peritonitis tuberculosa, pero en esta afección faltan las deposiciones glerosas y si las hay, ni son predominantes ni tienen los caracteres de las de la enterocolitis crónica, el intestino grueso es blando en toda su extensión y una palpación profunda permite descubrir la presencia de masas in-

duradas en el peritoneo, que no existen en la enterocolitis crónica sin complicaciones.

Durante los episodios agudos de esta forma clínica la enfermedad es susceptible de simular las mismas afecciones de que nos hemos ocupado al tratar del diagnóstico de la enterocolitis aguda.

TRATAMIENTO

Antes de ocuparnos del tratamiento de la enterocolitis haremos una breve reseña de las medidas profilácticas que deben tomarse para evitar esta afección.

En primer término, están las precauciones de orden general relacionadas con la naturaleza de la alimentación, el régimen, predisposición individual y herencia.

El estudio etiológico nos enseña que aun los niños alimentados al pecho pueden contraer la enfermedad cuando la lactancia no está sujeta á las reglas aceptadas hoy á este respecto como primordiales; en consecuencia, debemos sujetarnos en absoluto á los preceptos establecidos de dietética racional, á fin de evitar la sobrealimenatción, factor importantísimo en la producción de accidentes gastrointestinales graves, entre los que se cuenta la enterocolitis.

Como hemos dicho en otro lugar, la sobrealimentación y el régimen inadecuado por sí no son causas suficientes, mas la evolución anormal del proceso digestivo, la dispepsia primero y luego el catarro

que con frecuencia ocasionan, preparan el terreno para el desarrollo de los agentes productores de esta enfermedad.

Cuando el niño está sometido á la alimentación artificial, entre la que consideramos en primera línea la leche de vaca, las probabilidades de infección aumentan á tal extremo que la severidad más absoluta debe guiarnos al establecer un régimen dietético en niños de poder digestivo insuficiente para el nuevo alimento. Y aun en los mayores de dos años, es decir, después del destete, la calidad y cantidad de leche ingerida será objeto de continua vigilancia, pues hemos visto al pasar en revista los factores etiológicos, que además de los inconvenientes de la sobrealimentación, están los ocasionados por leches impuras, ya sea por enfermedades de las vacas ó por manipulaciones hechas sin cuidado ni control.

La contaminación de las leches es la regla, sobre todo en los grandes centros, porque á los múltiples inconvenientes de ordeñe se unen las pésimas condiciones de transporte y sobre todo las adulteraciones.

Por otra parte, las experiencias de alimentación hecha con leche cruda, demuestran que con ello no se salva la situación por la naturaleza misma del alimento, cuyos componentes, sobre todo grasas y caseínas, acarrean fenómenos de orden tóxico si son ingeridos en cantidades excesivas.

Las condiciones individuales, las enfermedades

anteriores del aparato digestivo, la herencia, etc., nos obliga á ser detallistas, pues muchas veces un régimen bueno para un niño normal es pernicioso para otro que cuenta con antecedentes morfológicos y hereditarios.

Respecto á este último punto tenemos casos concretos de observación, en que niños hijos de colíticos sufrieron la misma enfermedad sin más causa aparente que la alimentación con leche de vaca, siguiendo un régimen idéntico que en otros dió resultados superiores.

Este punto es tan conocido hoy por los médicos de niños, que consideramos innecesario insistir; bástenos recordar que los fundamentos de la dietética racional pueden resumirse en estas pocas palabras: alimentación adecuada y régimen conveniente, y que sólo la observación estricta de los preceptos establecidos por la práctica y por los maestros, evitará la producción de las afecciones gastrointestinales en el niño, entre las que ocupa un lugar especial la enterocolitis por su gravedad y consecuencias ulteriores.

El tratamiento de la enterocolitis que en gran parte se dirige á los síntomas, será instituído de acuerdo con ellos, con la forma clínica de la enfermedad y de sus complicaciones.

En la forma sobreaguda ó tóxica débese combatir ante todo la hipertermia por medio de los baños tibios ó por las abluciones frías, reservando el

uso de los agentes químicos antitérmicos para aquellos casos en que la fiebre no cede á la balneación y esto aun después de agotados los recursos terapéuticos especiales para los otros síntomas, toxi-infecciosos, por ejemplo.

Consideramos impropia la medicación antitérmica química, si antes no se ha hecho una prolija desinfección intestinal, pues á menudo el descenso de la fiebre se obtiene mejor con el calomel ó la magnesia que con la quinina ó sus sucedáneos.

Siempre que los síntomas nerviosos tomen un carácter alarmante, la medicación antiespasmódica está indicada en el primer momento, y en caso de convulsiones repetidas y persistentes, el bromuro, el cloral y aun las ligeras inhalaciones de cloroformo, hacen reales beneficios.

Una vez que la afección está perfectamente caracterizada y que los síntomas intestinales ocupan un sitio preferente, debemos dirigir contra ellos todos los recursos de la terapéutica; algunos autores aconsejan los purgantes débiles y repetidos, para facilitar la evacuación de las glerosidades y con ellas de las toxinas que los microbios, anaerobios y proteolíticos producen en el tractus intestinal, recomendando con este objeto el aceite de ricino, la magnesia, el sulfato de soda y el calomel; la práctica nos ha demostrado que el medicamento enérgico y de valer en estas circunstancias, es el calomel á dosis retractadas de 0.01

centígramo, hasta dar 10 ó 12 en veinticuatro horas: debemos hacer constar no obstante, que este medicamento está contraindicado cuando los dolores cólicos revisten una cierta intensidad, pues entonces y á pesar del poder antiséptico indiscutible del calomel, recurriremos sólo á la dieta hídrica absoluta y á los enemas emolientes, dejando la primera indicación para cuando se hallan atenuados los síntomas intestinales.

Los vómitos iniciales de la enterocolitis grave generalmente ceden en el curso del primer día, sin otra medicación que la dieta hídrica; sin embargo en casos felizmente excepcionales, los síntomas gástricos se hacen totalmente intensos y molestos por su persistencia, que es preciso recurrir á la medicación antiemética—la poción Riviere, el mentol, las aplicaciones frías sobre el epigástrico, hielo al interior,—bastan generalmente para combatirlos.

La dieta hídrica es de rigor en cualquier forma de enterocolitis, sus beneficios no discutidos hoy, parecen aun mayores en las circunstancias que estudiamos, pues nada vale tanto en ella como el reposo absoluto del intestino, además de la diuresis que favorece el agua ingerida.

Pasado el período más agudo de la afección, es decir, desde el segundo ó tercer día, recurrimos á la medicación ligeramente astringente y modificadora del intestino y para ello lo que mejor resultado da

es el tanígeno, la tanalbina y el bismuto. Como coadyuvante de la acción de estas substancias y al mismo tiempo á fin de facilitar la evacuación de las mucosidades y falsas membranas, se usan los enemas de tanino, sub-acetato de plomo, cocimientos de malva ó de lino, asociando en este último caso substancias antisépticas.

Hemos tenido oportunidad de recurrir con ventajas á los enemas de suero artificial y de agua oxigenada en ciertas colitis en que las deposiciones formadas por glerosidades y falsas membranas abundantes, tenían olor marcado y putrefacto.

En la enterocolitis llamada hemorrágica, además de la medicación astringente y como coadyuvante de ella lo que mejor resultado nos ha dado en nuestra práctica hospitalaria han sido los enemas de cocimiento de lino y percloruro de hierro.

En la forma clínica llamada disentérica, algunos autores recomiendan la infusión de ipeca al 2 por ciento, sola ó asociada al bismuto.

La medicación química de la enterocolitis crónica es bien reducida, limitándose al uso discreto del tanígeno, tanalbina y bismuto, mas los enemas diarios ó periódicos, según se trate de combatir los fenómenos diarreicos ó la constipación; en el primer caso recurrimos al tanígeno, sub-acetato de plomo ó agua oxigenada y en el segundo nos valdremos del

suero fisiológico ó bien del agua esterilizada con ó sin glicerina.

En los casos de dolores cólicos periódicos y rebeldes hemos recurrido como en el adulto á los enemas de aceite esterilizado y á veces al agua hervida y láudano.

INDICACIONES DIETETICAS

Las prescripciones dietéticas en las enterocolitis de la infancia, aguda ó crónica, tienen una importancia capital, pues de ellas depende en gran parte la marcha del proceso, el que como se sabe evoluciona merced á los factores morbígenos—microbios ó toxinas—desarrollados en el medio preparado por el alimento ingerido en sus diferentes grados de evolución digestiva.

Las substancias alimenticias llenarán en este caso el doble rol de suministrar principios aptos para la asimilación y á la vez exentos de residuos que por fermentaciones ó transformaciones posteriores creen un medio favorable para el desarrollo de las bacterias intestinales cuya influencia perniciosa nadie ignora; de manera pues, que el alimento adecuado aseptisa indirectamente el contenido intestinal: este es el primordial fundamento de toda indicación dietética.

Como hemos dicho en un párrafo anterior, la dieta hídrica absoluta será impuesta desde el primer momento de las enterocolitis agudas, haya ó no fenó-

menos gástricos concomitantes, leves ó acentuados. Esta indicación combate desde luego el síntoma sed, el vómito franco ó el estado nauseoso, diluye el contenido intestinal y sus toxinas, facilita su evacuación, á la vez que favorece notablemente la diuresis, función digna de mantener en toda su integridad, dado el rol capital que juega en todo proceso mórbido de cualquier origen.

La dieta hídrica será mantenida durante 24, 48 ó más horas, según la marcha del estado gastrointestinal inicial.

Al segundo ó tercer día se iniciará de nuevo la alimentación, dando preferencia sobre todo á los hidratos de carbono, substancias que dotadas de un valor energético suficiente para el caso y cuyos residuos, escapando á las fermentaciones proteolíticas, producen una reacción intestinal impropia para el desarrollo de las bacterias productoras de elementos tóxicos y causantes según todas probabilidades de los síntomas toxi-infecciosos que caracteriza á las enterocolitis.

Las raciones alimenticias serán suficientemente distanciadas á fin de que las funciones incompletas del intestino enfermo, basten para la transformación y aprovechamiento del alimento ingerido. Acostumbramos dar cada tres ó cuatro horas una pequeña dosis—50 ó 100 gramos—de cocimiento de cereales

de mediana densidad unidos á 5 ó 10 gramos de azúcar de caña y mejor aun de azúcar de soxlet.

Esta dieta relativa debe prolongarse hasta que los síntomas intestinales agudos hayan cedido un tanto, es decir, cuando el número de deposiciones tiende á disminuir y cuando junto á las glerosidades y falsas membranas aparecen los primeros indicios de materia fecal, lo que indica que á pesar del estado inflamatorio, la mucosa da una cantidad de secreciones suficientes para el trabajo digestivo que se le ha impuesto; llegado pues este momento, agregaremos á los hidratos de carbono mencionados una pequeña cantidad—5 gramos por ciento—más ó menos, de kufeque ó cerealosa, preparados alimenticios que llenan debidamente el rol de substancias reparadoras.

Gradualmente y siempre en el supuesto de que los trastornos inflamatorios siguen un curso favorable, aumentaremos la proporción de hidratos de carbono, para recurrir á la alimentación láctea mitigada sólo cuando se inicia una franca mejoría.

Hasta hace muy poco tiempo la dieta láctea absoluta era impuesta con rigor y tenacidad realmente inexplicable en las enterocolitis agudas y crónicas, quizá porque se atribuyó á los microbios intestinales todas las causas del proceso inflamatorio, cuyo origen está no sólo en la acción microbiana, sino también y muy especialmente, en la transformación incompleta ó anormal de la caseína y la manteca.

Guinon fué tal vez el primero que hizo notar la mala influencia ejercida por la leche en el proceso de enterocolitis y desde que las publicaciones de este autor indujeron á la restricción del régimen lácteo, nos hemos convencido cada día de la bondad de los hidratos de carbono.

Después de este pequeño paréntesis necesario, diremos que la leche bien tolerada será en el resto del curso de la enfermedad el alimento de elección, más siempre, y lo repetimos, asociada á los farináceos.

En el niño de pecho, pasada la indicación de la dieta hídrica y vuelta la alimentación láctea, si los síntomas inflamatorios no ceden á pesar del tratamiento medicamentoso, es de rigor recurrir al régimen hidrocarburado, cualquiera que sea la edad del niño y no obstante las prohibiciones absurdas y totalmente faltas de fundamento, de no dar los hidratos de carbono al niño antes de los seis meses.

Nuestra observación personal y opiniones que aunque dispersas y muchas veces anónimas hacen sentir su influencia, nos lleva á pensar en que se bien la digestión de los amiláceos es difícil antes de los seis meses, no es posible y al contrario perfectamente factible, cuando á la indicación de calidad se une la prescripción precisa de la cantidad; es decir, que todo es cuestión de grados y condiciones personales.

El régimen lácteo mitigado ó el régimen hidrocarburado puro, en ocasiones el primero después de

un tiempo produce una reagravación del proceso inflamatorio y el segundo no basta para la nutrición, entonces es necesario usar un producto intermediario entre la leche de vaca y los cereales; este producto es el suero de leche que contiene casi toda la manteca y una pequeñísima cantidad de caseína disuelta ó coloidal (Duclós) y aunque el suero por sí solo no nos suministre el número de calorías necesarias, asociándolo á los cereales ó á una de las preparaciones alimenticias usuales, como ser la cerealosa, basta para las necesidades energéticas del niño convaleciente á la vez que estimula gradualmente el rendimiento secretorio de la mucosa en vías de curación.

En muchísimos casos hemos prolongado este régimen con reales beneficios para el enfermo, cuyo peso aumentaba diariamente.

Desde que los síntomas intestinales desaparecen, cuando las materias evacuadas son enteramente fecalóideas, es necesario variar la alimentación si el niño está en edad; al régimen lácteo parcial se agregan comidas hechas con feculentos y farináceos —puré, sopas de tapioca, sémola, lentejas pasadas por tamiz. etc., carnes blancas perfectamente trituradas, yemas de huevo,—alimentos estos perfectamente tolerados en los niños mayores de dos años é indispensables para un completo restablecimiento.

Ocurre á menudo que pasado el período agudo

de la enterocolitis y no obstante la reparación íntegra de las lesiones intestinales, queda un grado más ó menos marcado de dispepsia pronta á transformarse en la enfermedad primera con motivo de la más ligera separación del régimen; en estas circunstancias, que deben siempre estar presentes en la mente de médico, se tardará más tiempo en volver al régimen ordinario y si con todas las precauciones debidas, el estado dispéptico se prolonga bajo el régimen de la leche de vaca, débese reemplazar este alimento por la leche de burra, que aunque de escaso valor alimenticio es perfectamente tolerada por los convalecientes.

El tratamiento de la enterocolitis crónica varía según se trate de combatir un ataque agudo ó bien de reglamentar la alimentación en los períodos de relativa calma.

En el primer caso, las indicaciones dietéticas son las mismas que hemos dicho al ocuparnos de la enterocolitis aguda, por lo que consideramos innecesario repetirlas; en el segundo, es decir, cuando las reacciones inflamatorias del intestino se revelan sólo por la constipación tenaz ó por evacuaciones escasas, constituídas por materia fecal endurecida y falsas membranas, el régimen de alimentación será de tal naturaleza que no permita las fermentaciones secundarias de sus residuos á la vez que estos últimos sean de fácil digestión é incapaces de

obrar como cuerpos extraños irritantes, pues en este caso al estado inflamatorio propio de la enfermedad agregaríamos un motivo de irritación mecánica cuyas consecuencias es fácil prever.

Los hidratos de carbono ocuparán el primer término en el régimen á instituirse y sin que se les conceda el predominio absoluto en la totalidad de materias ingeridas, deben ir constantemente asociados á la leche como á cualquier substancia azoada indispensable para completar la variabilidad del régimen.

En los niños en que la constipación predomina usamos los feculentos y leguminosos bajo forma de puré ó preparados con caldo de carne magra, asociándoles muy pocas veces las grasas siempre prontas á producir ácidos nocivos no sólo para la digestibilidad de los otros alimentos sino también para el estado inflamatorio que mantienen y agravan. Teniendo en cuenta la debilidad de las funciones gastrointestinales ocasionada por la pobreza de secreciones tanto entéricas como biliares y pancreáticas, reforzamos su acción por medio de los fermentos preparados activos, tales como la takadiastasa, pepsina, pancreatina y aun la biliasa, medicamento nuevo que algunos servicios nos ha prestado.

Además del régimen y la medicación coadyuvante trataremos por todos los medios de estimular las secreciones escasas, á la vez que mejorar el estado general recurriendo al masaje abdominal, á los

baños tibios ó fríos y á los tónicos generales entre los que mencionaremos en primer término al yodo y sus compuestos y después, previas excepciones impuestas en cada caso por la constitución del enfermo y con gran prudencia, á los compuestos arsenicales.

No olvidaremos del estímulo directo del intestino, los enemas, que á la vez que facilitan su evacuación, despiertan sus contracciones tan necesarias para la buena marcha de la digestión.

———

Como un complemento de las indicaciones medicamentosas y dietéticas en la convalecencia, se recomendará la vida al gran aire y para este objeto el clima de montaña parece ser el que hace mayores beneficios.

HÉCTOR F. GUIXÁ.

———

Buenos Aires, abril 18 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Eduardo Obejero, al profesor titular Dr. Ignacio Allende y al profesor suplente Dr. Manuel Santas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, mayo 2 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2170 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Importancia del régimen alimenticio en el tratamiento de la enterocolitis.

EDUARDO OBEJERO.

II

La ingestión de cuerpos extraños es causa frecuentísima de infecciones intestinales.

I. ALLENDE.

III

La terapéutica medicamentosa en las gastroenteritis de la infancia.

M. SANTAS.

BIBLIOGRAFÍA

E. Apert.—Maladies des enfants.

Bendix.—Trattato di Pediatria.

A. Combe.—L'auto-intoxication intéstinale.

Combe.—Traitement de l'enterite muco-membraneuse.

Comby.—Art-Archives de Medicine des Enfants. —1904.

Charcot-Bouchar Brissaud. — Traité de Medicine.

Graucher y Comby.—Maladies de la Enfance.

R. Gaultier.—Coprologie clinique.

Graumaison.—Les régimes.

A. Gautier.—L'alimentation et les régimes.

Hutinel.—Maladies des Enfants.

Hecker-Trump-Apert. — Manuel des Maladies des Enfants.

Marfan.—La pratique des maladies des enfants.

A. Mathieu.—Maladies del Estomac et del intestin.

Marfan.—Les gastro-enterites.

E. Morel.—Traité de l'alimentation et de la nutrition.

Rothschild.—Higiene et Patologie du nourrisson.

R. Tripier.—Anatomie Patologique.