

Las aplicaciones de sanguijuelas sobre el centro abdominal, en número mayor ó menor, segun las condiciones individuales del enfermo y la intensidad de la afección, las reputamos como altamente beneficiosas, por más que la terapéutica moderna quiera llevarnos por otros derroteros. No es este el momento de discutir hasta qué punto se han exagerado los peligros de las sustracciones de sangre en el tratamiento de los procesos morbosos, ni tampoco el de manifestar la fisiología terapéutica del plan antiflogístico; pero á pesar de que en nuestra práctica somos por todo extremo parcos en el empleo de aquellos medios, no titubeamos en asegurar su bondad cuando de la enteritis aguda se trata, siempre que la violencia del mal lo reclame y la concentración del enfermo no sea mucha, pues si queda ya sumido en el colapso, claro es que la contraindicación es evidente.

En cambio nos parece de poca utilidad el uso de ciertos tópicos emolientes, como fomentos, cataplasmas y demás, no tanto por sus problemáticos efectos, como por la molestia que su mismo peso puede producir. Si algo quiere hacerse en este sentido, serán preferibles las pomadas emolientes y las narcóticas.

Por último, á veces se han de cumplir indicaciones de orden sintomático, ya para cohibir el vómito ó el hipo, si los hay, ya para mantener la calorificación si va perdiéndose, ya para estimular el centro circulatorio, cuando el enfermo se colapsa, etc.

#### C. — CECITIS, TIFLITIS, PERITIFLITIS, FLEMON PERI-CECAL.

La inflamación del ciego, sola, ó á la vez la del tejido celular que envuelve este intestino, es enfermedad muy comun en nuestro país, siendo variadas las causas que la determinan.

De ordinario la cecitis viene producida por la presencia de materiales excrementicios que se aglomeran en la cavidad

del intestino, ó de cuerpos extraños que despues de ingeridos se atascan en las proximidades de la válvula íleo-cecal. El uso inmoderado de algunos purgantes drásticos ó de otros agentes medicamentosos de accion muy irritante tambien la provoca; y algunas veces se ha visto la tiflitis desarrollada por la presencia de ascárides lumbricoides cuyas mordeduras traumatizan y flogosean la mucosa intestinal (1). En ocasiones, la tiflitis es debida á la propagacion de otros procesos, como colitis, ileitis, flemon peri-cecal, inflamacion de los ligamentos anchos, etc. Pero apuntaremos tambien una particularidad, cuya explicacion todavía no resulta fácil; tal es que á veces, en una misma poblacion se observan á un tiempo varios casos de flegmasía del ciego, como se ven pneumonías, paperas y otros procesos más ó menos infectivos. ¿Será que la cecitis no es extraña á la presencia de los microbios flogógenos?

En el ciego se desarrollan todas las lesiones ya descritas en las otras flegmasías del tubo digestivo; pero es notable la tumefaccion de que es asiento la válvula ileo-cecal y que tanto influye en el síndrome que en seguida quedará descrito. Pero si bien la mucosa cecal propende poco al proceso ulcerativo, en cambio transmite con facilidad sus sufrimientos á las demás membranas que constituyen el intestino, y hasta al paquete celulo-grasoso que lo envuelve; de ahí la formacion de la peritiflitis, ó sea del flemon peri-cecal ó ilíaco, por otro nombre. El proceso flemonoso puede desarrollarse sin entrar en un movimiento supurativo, quedando el tejido indurado por un tiempo variable, ó camina hácia la supuracion, formándose un absceso encerrado entre la superficie exterior

(1) Al Dr. Martínez Bori, profesor que ejerce en una poblacion de Cataluña, le consta, á este propósito, un caso notabilísimo. Se desarrolló una tiflitis y peri-tiflitis; el flemon peri-cecal supuró; el pus se abrió paso hácia la vejiga, determinando una violenta cistitis con hematurias, y al fin fué arrastrado hácia la uretra y salió al exterior un ascáride lumbricoide que no podía proceder de otro punto que del intestino.

del ciego y el peritoneo. Difícilmente el pus se reabsorbe, quedando en la parte una masa de regresion grasosa, capaz de ser arrastrada por las vías absorbentes; antes, al contrario, la coleccion va progresivamente aumentando y el pus busca un camino de expulsion.

Este movimiento migratorio puede operarse en direcciones muy distintas; así, unas veces se observa que el pus atraviesa las paredes del intestino ciego, derramándose en su cavidad, y que otras va minando hácia las profundidades de la pelvis. Una vez en este punto, puede correrse á lo largo del psoas, apareciendo despues la supuracion en la parte antero-interna y superior del muslo, remedando lo que ocurre en los abscesos por congestion producidos por la cáries vertebral, ó perfora la vejiga ó uno de los fondos de saco utero-vaginales, saliendo luego el pus por la uretra ó por la vulva.

Tambien sucede que la supuracion destruye su envoltorio peritoneal, derramándose en el fondo de saco de la serosa, ó que, por fortuna, vaya ganando la periferia, presentándose el flemon por debajo de los tegumentos de la fosa ilíaca derecha, bastando entonces la sucesiva erosion, primero de los planos musculares y despues de las capas tegumentarias, para que el pus tenga franca salida hácia el exterior. Aunque el recto está á bastante distancia del foco supurativo, sin embargo, en alguna ocasion el pus ha podido correrse de derecha á izquierda, como en busca de aquel intestino, para perforarlo, saliendo entonces mezclado con las deposiciones. Como no se trate de la penetracion en el saco peritoneal, de ordinario los trayectos fistulosos que se forman llegan á cicatrizarse por completo despues de algunas semanas.

Los síntomas propios de la tiflitis son muy característicos. Hay dolor sordo en la fosa ilíaca derecha, que aumenta por medio de la compresion y de todas las demás manipulaciones que puedan hacerse en la parte; la region se abulta y entumece, por manera que si el enfermo luce poca gordura en

sus paredes abdominales, puede observarse á simple vista un abultamiento ó relieve que contrasta con la normalidad de la fosa ilíaca izquierda; pero si la inspeccion visual es negativa será fácil por medio del tacto percibir una tumefaccion á modo de un tumor como cilindroideo, más ó menos duro y sensible, extendido en la direccion de arriba abajo y de fuera adentro. Ya en curso la tiflitis, no tarda en operarse un re-flegismo sobre el estómago, caracterizado por las náuseas y vómitos, primero de sustancias alimenticias (si las había en aquella cavidad), despues de mucosidades como glerosas, y, por último, de material bilioso, de color amarillo, verde ó bronceado: segun sea la intensidad del proceso, los vómitos se harán más ó menos frecuentes, llegando en algun caso á hacerse incoercibles. En cambio, despues que el enfermo ha depuesto, espontánea ó artificialmente, los materiales excrementicios que estaban depositados en el cólon y en el recto, queda constituido, como en la oclusion intestinal, un estreñimiento de vientre más ó menos completo, segun la tumefaccion de la válvula íleo-cecal. Como al fin hay un embargo al libre curso de los materiales que se van acumulando en los intestinos, el abdomen va abultándose y meteorizándose, particularmente en las regiones ocupadas por los intestinos delgados y por el estómago, de lo cual resulta cierta deformidad de la cavidad abdominal, porque la distension más se opera en las partes centrales y altas que hácia las zonas laterales. Cuando el meteorismo es considerable determina ansiedad precordial, cierta dispnea y áun hipo, como consecuencia legítima de la distension del diafragma.

La tiflitis es una enfermedad febril, pero que mejor se caracteriza por la frecuencia de pulso que por la elevacion de la temperatura, sobre todo si el cuadro de sufrimientos es muy graduado. Es enfermedad que presenta el tipo genuinamente abdominal que, como nadie ignora, propende á acelerar el ritmo circulatorio, á retraer el calibre de las radiales y

á la algidez, tan pronto como la gravedad del mal suponga un peligro inminente : de ahí que en la inflamacion del ciego, aparte de todo, el enfermo presente el rostro demudado, un tanto pálido, ojeroso y con las líneas retraidas, á semejanza de lo que se describirá en el *cólico miserere*.

La cecitis es una enfermedad de curso bastante rápido, á diferencia de lo que se observa en las otras localizaciones de la enteritis, por manera que muchas veces en siete ú ocho dias se ha consumado toda su evolucion y se resuelve el proceso ó marcha adelante, acentuándose cada vez más el cuadro de la oclusion intestinal.

La *peritiflitis* ofrece un síndrome parecido, mas no igual al de la tiflitis pura. Tambien el enfermo acusa dolor en la parte y la compresion manual es muy molesta ; pero las irradiaciones dolorosas, á distancia, son más manifiestas, ya que á veces hasta los movimientos de flexion y extension del muslo derecho se hacen penosos. El tumor se agranda más, y como más periférico, su palpacion no es difícil. En contra, hay más sosiego de la contractilidad gástrica, pudiendo observarse varios casos de flemon ilíaco sin náuseas ni vómitos y sólo con los fenómenos naturales de un catarro agudo estomacal; tampoco se acentúan tanto los síntomas de oclusion intestinal, porque el ciego queda practicable si no coexiste la cecitis, por lo cual, ni el meteorismo es tanto, ni la dispnea tan manifiesta, ni es comun el hipo y el tenaz estreñimiento de vientre.

En la tiflitis hay fiebre, remisa ó alta, proporcionalmente á la intensidad del proceso y se presenta en más justa proporcion la cifra térmica y la esfígmica ; y así como en la inflamacion del ciego el pulso es retraido, en la peritiflitis hay un mayor despliegue vascular. Son tambien más frecuentes los sudores, que hasta pueden hacerse copiosos.

Si el flemon ilíaco ha de convertirse en un absceso, el abultamiento de la parte progresa, pero la densidad de los

tejidos decrece, de modo que no le es difícil á la mano apreciar una sensacion de blanda pastosidad al través de las paredes abdominales. Tal metamorfosis, operable siempre con lentitud, se acompaña de un mayor recrudescimiento de la calentura; pero la pirexia puede afectar los diversos tipos de continuidad, remitencia ó intermitencia, yendo precedidos los recargos por lo comun, aunque no con constancia, de algun escalofrío y de abundantes sudores terminales.

Así trascurren los dias, las semanas y hasta en algun caso los meses, y lentamente el foco purulento hace su migracion por alguno de los puntos anteriormente indicados, promovándose una série de hechos que varían, como es consiguiente, segun el camino por el cual el pus se vaya insinuando. La flexion forzada del muslo derecho hará presumible el paso de la purulencia á lo largo del psoas, y será fácil que á la larga aparezca por debajo de la línea inguinal un relieve grande, blando, pastoso y fluctuante, testimonio de la presencia del pus; el dolor utero-vaginal y la creciente tumefaccion dolorosa del fondo de saco de la vagina, nos hará recelar el paso del pus al través de este conducto; la cistalgia, el tenesmo vesical y la orina mucosa, nos infundirán la creencia de que el absceso quiere abrirse al través de la vejiga; el desarrollo de una peritonitis lenta ó agudísima, circunscrita ó difusa, acusará la propagacion del pus hácia el peritoneo y aun la abertura del absceso en su cavidad, y por último, el promontorio que se va formando en la fosa iliaca, la ingurgitacion de las paredes abdominales, más tarde la rubefaccion rosa-pálida ó á veces lívida de la piel y la fluctuacion, claramente percibida por la mano, darán cuenta de que el absceso viene afuera y de que va á abrirse al través de los tegumentos.

Una vez que se han establecido los trayectos fistulosos por una ó por otra vía, se deprime el abultamiento de la fosa iliaca, va manando el pus, por lo comun amarillo, espeso y

de buena calidad, y al cabo de algunos dias el trabajo de supuracion va agotándose, hasta que, extinguido por completo, todo queda cicatrizado.

El *diagnóstico* diferencial de la tiflitis y peri-tiflitis puede fácilmente hacerse en virtud de los síntomas que á cada uno de estos procesos hemos ya asignado; pero resulta que ambas enfermedades pueden en alguna ocasion confundirse con la oclusion intestinal, con tanto más motivo, cuanto todas ellas son á menudo hijas de la misma causa (obstruccion de materiales en el ciego ó en su apéndice vermicular) y dan lugar á una interrupcion en el libre curso de los materiales á lo largo de los intestinos. Con todo, debe tenerse en cuenta que la cecitis y aun mucho más la peri y paratiflitis evolucionan con más lentitud y necesitan algunos dias para que el síndrome sea completo, al paso que las oclusiones intestinales, ya por invaginacion y enroscamiento, ya por obstruccion de excrementos ó de otros cuerpos extraños, con rapidez ocasionan los trastornos consiguientes; pero á más de este carácter distintivo, debe tambien contarse con la pirexia, constante en la inflamacion del ciego y de su envoltorio, más rara y aun nula en la oclusion. No creemos fácil su confusion con la *psoitis* y los *abscesos* procedentes de la caries vertebral, porque estas dos afecciones no van acompañadas de los desórdenes del aparato digestivo que acaban de reseñarse; y todavía menos, podrán abrigarse dudas respecto de las estenosis de los intestinos en todas sus formas, porque su misma cronicidad y el desarrollo lentísimo que las caracteriza, marcan los límites de separacion entre ellas y lo que es objeto del presente punto.

El *pronóstico* de la tiflitis no es ligero. Una enfermedad que puede obstruir la vía intestinal y dar lugar, con rapidez, á un cuadro imponente, exige la formacion de un pronóstico grave, por más que dispongamos, como se verá, de recursos de mucha valía para dominarla. En cambio, la peri-

tiflitis, por lo que á nosotros se nos figura, por más que sea una dolencia de trámite larguísimo, si se fragua la supuración, puede conllevarse mejor hasta dar tiempo á la abertura espontánea ó artificial del absceso. El gran número de abscesos ilíacos que hemos tenido ocasion de observar, nos ha demostrado hasta qué punto los organismos se hacen resistentes ; la fiebre, si, agota á los enfermos, llegan á veces á un extremo inconcebible de desnutricion y marasmo, pero cuando al parecer la vida va á extinguirse, aún se sostienen dias y más dias, hasta que al fin el pus se abre camino. Mas, si se tiene en cuenta la posibilidad de que el absceso se derrame en el saco peritoneal ó que ocurra alguna de esas contingencias propias de los afectos abdominales, la prudencia en el pronóstico guiará al médico, obligándole á una gran reserva del porvenir : de todos modos podemos asegurar, por lo que hemos observado hasta aquí, que en caso de flemon ilíaco supurado, tiene el enfermo más probabilidades en su favor que en su contra. Desde luego, si el flemon no supura, la curacion definitiva casi puede asegurarse.

**Tratamiento.** — Procede ante todo someter al enfermo á una dieta tenuísima, si no absoluta, por espacio de uno ó más dias, con el fin de condenar los intestinos al mayor quietismo posible : severidad en el régimen alimenticio, que deberá sostenerse durante todo el período del mal y hasta en la convalecencia. De todas maneras, los alimentos que habrán de concederse serán precisamente líquidos (cocimiento de pan y arroz, caldo y leche) ; en cambio podrá darse latitud al uso del agua potable, siempre que los vómitos no hagan infructuosa su administracion. Al propio tiempo el enfermo guardará cama ; le recomendaremos el decúbito supino, si es que ya no viene obligado á él por las exigencias del mal, y sin pérdida de tiempo, se dispondrá la administracion de uno ó varios enemas emolientes ó laxantes para dejar libre de materiales excrementicios todo el trayecto colon-rectal.

En la cecitis ha de suponerse siempre la posibilidad de que existan materiales en depósito en el ciego ó de que posteriormente vayan llegando á él de procedencia más superior ; siendo así, importa á todo trance oponerse á su estancacion. De ahí las ventajas de la medicacion purgante en el tratamiento de la tiflitis ; pero entiéndase que los beneficios serán tanto más apreciables , cuanto mayor sea la premura de nuestra intervencion y cuanto mayor el cuidado en la eleccion de los agentes medicamentosos ; si han transcurrido ya muchos dias y el enfermo entra en el período de colapso, claro es que la oportunidad de los purgantes ya ha pasado ; y si, sea cual fuere la época de su administracion, preferimos indistintamente unos fármacos á otros, es de evidencia que los resultados podrán ser contradictorios. Si la ocasion es aquí fugaz , no la desperdiciemos , esperando las ventajas de otras prácticas clínicas.

Considerando contraindicados todos los purgantes drásticos, daremos la preferencia al aceite de ricino (30 gramos), al de almendras dulces ó de olivas (40 á 60 gramos), al manito (40 gramos), á las sales neutras (sulfato de sosa y de potasa) y al citrato de magnesia. Con todo, una dificultad puede ocurrir, hija de la presentacion de los vómitos, y que hace difícil la ingestion de esos medicamentos ; por lo cual, si esto ocurre, enfrenaremos la accion antiperistáltica del estómago administrando hielo, aguas carbónicas, alguna corta cantidad de Champagne, ó gotas de alcohol de menta, absteniéndonos en lo posible del empleo del ópio, que si es un buen anti-emético, en cambio contraría el efecto natural de los purgantes.

Segun sea la tolerancia del enfermo y los efectos logrados, podremos insistir una ó más veces en la medicacion purgativa ; pero si lejos de atenuarse el cuadro morboso, antes al contrario, el aumento de dolor y de tumefaccion y la mayor viveza de la fiebre atestiguan su crecimiento , no seremos

temerarios, y firmes siempre en la idea de evitar una oclusion, emplearemos entonces el extracto de belladona (5, 10, 15 y 20 centigramos en veinticuatro horas), de preferencia á todo otro medicamento. Pero como quiera que, en ocasiones tales, se van produciendo fluxiones sanguíneas de consideracion que fomentan el atragantamiento intestinal, será tambien ventajoso el uso de la ergotina (1 ó 2 gramos al dia), y no recomendamos el cornezuelo de centeno en este caso, sólo por la razon de que el estado gástrico del enfermo difficilmente podrá tolerarlo.

La region, relativamente superficial, ocupada por el ciego y la misma naturaleza del proceso han sido parte á aconsejar como soberano recurso las aplicaciones de sanguijuelas ó de ventosas sañadas sobre la fosa ilíaca, para combatir de esta suerte la tífritis. Respecto del particular, entendemos que si la flegmasía está en sus comienzos, el enfermo es adulto y no se manifiestan todavía los caracteres de una concentracion, no nos parece fuera de lugar aquel recurso, por más que algunos médicos quieran calificarlo de rancio y opuesto á las novísimas teorías sobre la inflamacion. Nosotros no le consideramos superior á los medios anteriormente apuntados y al que recomendaremos en seguida, pero lejos de nuestro ánimo el considerarlo absurdo y mucho menos nocivo. Lo hemos empleado y lo hemos visto emplear con resultados, ora decisivos, ora poco manifiestos, pero nunca con gran desventaja; á menos que, emulando todavía la prodigalidad de Broussais, se haya pretendido hacer una gran sangría local, que haya sumido al enfermo en postracion profunda.

Recurso superior es, á nuestro ver, la aplicacion del hielo sobre la region cecal, para combatir el proceso que nos está ocupando. Nada hay que decir respecto del *modus faciendi*, pues es bien conocido de todos; pero al objeto que luzca toda su fuerza curativa, es menester que se emplee tan luego como la enfermedad quede diagnosticada, y que la aplicacion

sea permanente por una série de dias. Cuando el proceso esté ya muy adelantado, infructuosa será la isquemia que el frio produce; y si la aplicacion no es continuada, mantendremos en la parte una suerte de flujo y reflujo vascular más pernicioso que útil.

Todos los demás recursos que de tiempo inmemorial vienen empleándose contra la tiflitis (tópicos emolientes y anodinos, fricciones mercuriales, etc.), los estimamos muy secundarios parangonados con los que acabamos de recomendar.

Cuando todo fracasa y la debilidad de los pulsos, la algidez de los extremos y la facies descompuesta anuncian el principio del fin, huelga decir que habrá llegado el caso de usar, bien que estérilmente, los estimulantes, difusivos y los medios de calefaccion artificial.

El tratamiento de la peritiflitis ó flemon ilíaco no es exactamente igual al de la flegmasía del ciego. Como no se graduan tanto los fenómenos de oclusion intestinal, mostraremos menos empeño en la administracion de los purgantes, sin descuidar la conveniencia de mantener libre el vientre con enemas diarios, y hasta de vez en cuando con el uso de la belladona ó de alguna sustancia extractiva (taraxacon, cáscara sagrada, podofilino, etc.). Tampoco seremos tan severos en la proscripcion de los alimentos, ante la eventualidad de un proceso de largo tránsito y que expoliará fuertemente el organismo: pero esto no quita para que seamos partidarios de la eleccion de aquellos manjares que nutran sin obligar á los intestinos á un gran trabajo, y sobre todo que no dejen residuo leñoso de posible detencion en el ciego.

El medio que nos merece más predileccion para combatir la peritiflitis, es el hielo aplicado *in situ* y con continuidad de varios dias. Si se usa á tiempo, es decir, así que comience la fluxion y el abultamiento peri-intestinal, puede depositarse en su empleo una confianza casi absoluta; si el flemon

se ha endurecido, podrá ser que carezca de fuerza bastante para facilitar su reabsorción, pero continuará siendo la mejor áncora para impedir el movimiento supurativo; pero si la pastosidad de la parte y el carácter de la fiebre acusan ya la purulencia, entonces el frío está contraindicado. Cuando, á pesar de la aplicación del hielo y transcurridos ya algunos días, persiste el flemon indurado, dispondremos también la cesación de aquel medio refrigerante; pero lo retiraremos de un modo gradual, renovando más de tarde en tarde los trozos de hielo ó sustituyéndolos primero por agua helada y después por agua fría, á la temperatura natural, todo con el propósito de evitar una nueva fluxión sanguíneo-linfática.

Contra la peritiflitis están también indicadas las sustracciones sanguíneas, si el flemon está dando todavía sus primeros pasos; que si ha terminado por induración, y aun con más motivo si ha supurado, la contraindicación es notoria. Pero, reducido de esta manera el campo de sus aplicaciones, entiéndase que si la sustracción local de sangre es asaz tímida, de nada aprovecha, y si abundante, dejará el organismo quebrantado y en poca aptitud para ir luchando con los sufrimientos, si es que al fin el absceso se forma. La contradicción que parece desprenderse de estas últimas afirmaciones, comparadas con lo expuesto en el tratamiento de la tiflitis, es más aparente que real: primero, porque la inflamación del ciego, residiendo en un órgano tubular, no requiere una tan considerable sustracción de sangre, y segundo, porque la marcha de la afección es rápida, el desenlace favorable ó adverso, no se hace esperar y no importará tanto que el enfermo quede más ó menos debilitado.

Contra la peritiflitis, en su período puramente fluxionario, emplean algunos el mercurio *intus et extra*, y si el tejido se indura, aconsejan entonces la administración de los yoduros alcalinos. No nos parece fuera de lugar tal práctica; pero

con más insistencia podremos hacer uso de los compuestos de yodo que de los de mercurio.

Aparte de esto, si el flemon se indura, ha llegado el caso de promover sobre la parte actos de revulsion más ó menos enérgicos, ya dando pinceladas con tintura de yodo sobre la fosa ilíaca, ya aplicando una série de vejigatorios volantes ó uno solo con supuracion sostenida. Así, y administrando los yoduros y sosteniendo las fuerzas con tónicos y una alimentacion reparadora, al fin puede reabsorberse el flemon por completo.

Pero ocurre en otros casos que la supuracion se establece: veamos entonces qué reglas de conducta deben seguirse.

En los primeros momentos de la purulencia podremos abstenernos de toda intervencion local activa y dispondremos todo aquello de orden general que pueda mantener vigoroso el organismo, colocándole en actitud de resistencia. Esto se logrará con una alimentacion nutritiva (en consonancia siempre con el estado del tubo digestivo) y con el uso de las bebidas alcohólicas y de los tónicos neurosténicos, colocando la quina y la coca al frente del grupo.

Aunque es muy contingente si el pus irá á abrirse camino, ora por una vía, ora por otra, dependiendo estos actos migratorios de una série de circunstancias locales difíciles de prefijar y aun más difíciles de conocer, nosotros hemos de obrar en el sentido de conducir hácia la periferia tegumentaria el absceso ilíaco, aplicando el calor húmedo por medio de cataplasmas emolientes. Hasta há poco, con el natural temor de penetrar en el abdomen para lograr la evacuacion del absceso ilíaco, los clínicos lo fiaban todo á la accion lentísima y hasta algunas veces ilusoria de aquellos tópicos, aguardando el anhelado momento que el foco se hiciera subcutáneo para hendir los tegumentos y dar franca salida al líquido depositado. Pero hoy las cosas han cambiado, y ante la posibilidad, bien que remota, de que el pus se derrame

dentro del saco peritoneal, de que se erosionen vasos, dando lugar á una hemorragia interna, de que ocurra una trombosis de las venas mesentéricas y la pileflebitis consecutiva, de que se formen abscesos hepáticos con la piohemia consiguiente, y por último, de que el pus mine y socave las paredes de los órganos intrapélvicos, es preferible la intervencion quirúrgica cuando hayamos abrigado el firme convencimiento de una coleccion de pus algo cuantiosa. Y lo decimos así, porque en tanto no se haya constituido un formal depósito, las contingencias peligrosas son pocas, y huelga por tanto, un medio que dista mucho (como se verá al tratar de los abscesos y quistes del hígado) de ser del todo inocente; además, si se opera antes de tiempo, es muy fácil que, tras el acto quirúrgico, se avive la supuracion, poniéndonos en el caso de reiterar aquel recurso.

Importa pues, ni precipitarse, ni tener confianza ciega en la natural evolucion del proceso, sino decidirse por la abertura del tumor cuando el foco esté bien establecido. Respecto del procedimiento que conviene seguir, nos referimos á lo que ya es clásico en la moderna cirugía (1); y previo el esmerado lavado de toda la piel de la region abdominal y bajo una atmósfera antiséptica, con un pulverizador apropiado, se penetrará en el absceso. Si la supuracion es profunda y queda todavía muy separada de las paredes abdominales, preferiremos la evacuacion por medio de un aspirador, cerrando despues la abertura y aplicando encima gasa y algodón salicilados; pero si está ya contígua y hasta formando cuerpo con las paredes del abdomen, podrá hacerse la dilatacion con el bisturí, aplicando despues un tubo de desagüe que, á la vez que permitirá la libre salida del pus, podrá utilizarse para hacer la limpieza y desinfeccion del absceso.

(1) Véase el *Tratado práctico de Cirugía antiséptica*, del Dr. Cardenal. — Barcelona.

Ocioso es manifestar que si la supuración ha seguido la línea del psoas y asoma por el muslo, se atacará el foco en este sitio; y que si se pronuncia hácia el recto ó en el fondo de la vagina ó en las márgenes del ano, podrá procederse del propio modo.

#### INFLAMACION AGUDA DEL CÓLON. — COLITIS AGUDA.

Bien que aplicable á este caso la etiología apuntada á propósito de la inflamación del yeyuno y del íleon, importa advertir que es el cólon la porción del tramo intestinal que más íntimas relaciones patológicas tiene con los afectos hepáticos, por manera que es frecuente en la clínica observar colitis que vienen tan sólo sostenidas por desórdenes en la secreción biliar, y que se corrigen modificando las funciones del hígado: este hecho correlativo, aún mejor que en nuestra zona, puede apreciarse en los climas cálidos, particularmente en las Antillas y en la costa de Africa.

La colitis aguda puede extenderse por toda la longitud del intestino ó limitarse á una cualquiera de las tres partes en que se le considera dividido: ascendente, transversa y descendente. Sus lesiones pueden consistir tan sólo en una hiperemia intensa, con inyección vascular, placas rosadas, puntos equimóticos, infiltración edematosa y denudaciones de los epitelios; pero en casos de mayor gravedad se produce un proceso ulcerativo. Sin disputa, el cólon es el intestino que más fácil y extensamente se ulcera, sobre todo en su parte ascendente, y las soluciones de continuidad, á más de ser múltiples, son profundas y anfractuosas, al revés de lo que ocurre en los intestinos delgados que, abstracción hecha del proceso dotinentérico, las pérdidas de sustancia son discretas y muy superficiales. En el cólon nada de esto ocurre; por manera que en ocasiones se pueden contar las úlceras por docenas, y son grandes, grisáceas, con focos hemorrági-

cos, irregularmente elípticas, con bordes festoneados y reblandecidos é interesando, ya todo el espesor de la mucosa, ya la capa muscular y hasta la hoja más exterior del envoltorio. En la colitis ulcerativa á veces se forman pequeños abscesos, por manera que el aspecto total del órgano recuerda bastante las lesiones de la disentería, enfermedad infecciosa que no debe ser estudiada en la patología del aparato digestivo, sino en el de las infecciones; y para que el símil aún sea mayor, no estará demás decir que en algunas autopsias que hemos practicado se han reconocido congestiones hepato-esplénicas é infiltraciones de los ganglios mesentéricos. Posiblemente en estas circunstancias ha habido un error de diagnóstico, tomando por una colitis simple ulcerativa, lo que en rigor era una disentería esporádica.

De todas maneras, para que cada cosa quede en su lugar, cumple advertir que en nuestro país las colitis agudas ulcerativas son muy raras, al paso que las formas crónicas con ulceracion abundan bastante.

La sintomatología de la colitis aguda varía un tanto segun sea puramente catarral ó vaya acompañada de ulceraciones; pero como fenómenos comunes pueden observarse los siguientes: lengua saburral ancha y con punta y bordes encendidos, ó poco cubierta de moco, roja y lanceolada. Los enfermos acusan sed é inapetencia. La diarrea es constante y las deposiciones se caracterizan por lo dolorosas, lo frecuentes y por la corta cantidad de material deyectado; así, se ven enfermos que deponen diez, quince y aún más veces en las veinticuatro horas; pero sin esos despeños que se observan en los catarros de los intestinos delgados. También es muy propio de las colitis la sensacion de ardor que el paso de los materiales albinos produce en el recto y el tenesmo que subsigue al acto de deponer, como si la inflamacion determinase, y es la verdad, un catarro rectal.

Los materiales expulsados, líquidos y gaseosos, son de

condiciones muy distintas : así se observan diarreas aguadas ó de moco muy claro, diarreas amarillas ó verdosas, diarreas rosadas ó decididamente sanguíneas, y expulsión de grandes grumos, á modo de grasa, con trozos de membrana mucosa reblandecida ; pero sea cual fuere la coloración y aspecto, las deposiciones son fétidas, como lo son igualmente los gases expulsados.

La compresión ejercida sobre las paredes abdominales, en los puntos que corresponden al cólon, es dolorosa ; al paso que las regiones centrales del abdomen, aunque un poco meteorizadas, son más indolentes. Según el dolor quede más ó menos circunscrito en una región cólica ú otra, deducimos el punto del trayecto intestinal en donde se ha concentrado la colitis.

La colitis aguda no es una enfermedad muy febril, á menos que se exulcere y supure el intestino, porque en este caso el arrastre de materiales es más fácil y pueden producirse actos de auto-infección, con su pirexia característica.

La duración del proceso viene subordinada á la profundidad de las lesiones, así hay colitis catarrales que no duran más de una semana, y hay otras, las ulcerativas, que pueden sostenerse treinta y más días ; no siendo raro en los países tropicales que el proceso, aunque remita, no llegue á resolverse, quedando constituida la cronicidad.

Las colitis agudas en nuestro país, y recayendo en adultos, terminan por la curación cabal y completa en la inmensa mayoría de casos. En los niños puede que no ocurra así, sobre todo si se ha procedido á un destete prematuro ; pero en los países cálidos, cualquiera que sea la edad de los enfermos, la buena terminación ya no es tan fácil.

El diagnóstico diferencial entre la colitis y las demás flegmasías de los intestinos es fácil, porque el mayor número y la cortedad de las deposiciones, el tenesmo rectal y las zonas de dolor en las partes laterales del abdomen ó en los hipo-

condrios y parte baja del epigastrio, sirven para distinguirla de la inflamacion de los intestinos delgados. No podremos confundirla con la duodenitis, porque en ésta hay estreñimiento, ictericia y dolor hácia la region infra-hepática; ni con la tiflitis, por el dolor en la fosa ilíaca derecha y la falta de diarreas. Las deposiciones mucosas ó biliosas, la brevedad del curso y la escasa ó ninguna fiebre, distinguirán la colitis puramente catarral de la ulcerativa, cuyas deyecciones son verdosas, sanguíneas, fétidas y acusan elementos epiteliales y otros factores de la destruccion intestinal; aparte de que la duracion del mal es mayor y la fiebre más alta.

Si la disentería es esporádica y de forma benigna, á menudo es difícil diferenciarla de aquella afeccion; pero aún sin ser epidémica, se distingue de la colitis, no sólo por la mayor acentuacion de los fenómenos locales, así tocante al número de las deposiciones, como á la calidad de los materiales expulsados, sino porque la disentería, enfermedad verdaderamente infecciosa, desarrolla una alta pirexia, produce con facilidad un estado adinámico y se acompaña de fluxion hepática, esplénica y renal, recordando lo que ocurre en muchas fiebres tifoideas.

El pronóstico puede ajustarse á lo expresado en el curso y terminaciones; es decir, poco grave en nuestro país, cuando el enfermo es adulto, mientras la colitis no se haga ulcerativa; mas, aún en este caso, la curacion es la regla.

**Tratamiento.** — Las mismas reglas dietéticas recomendadas contra la inflamacion de los intestinos delgados, pueden aplicarse al caso concreto de la colitis aguda, sólo que, como la afeccion puede ser infebril, á veces ni siquiera necesidad hay de que el enfermo guarde cama.

El tratamiento farmacológico, que ya es clásico, para combatir la colitis aguda catarral, consiste en el uso de los preparados de bismuto, en todas sus formas (subnitrate, salicilato, fosfato, etc.), de la creta preparada, del fosfato básico

de cal y del *talco*. Pero como la necesidad frecuente de evacuar es muy molesta y los sufrimientos vienen acrecentados por el pujo, casi nunca puede prescindirse de la administracion del ópio (láudano, extracto gomoso, ópio puro, codeina y hasta morfina).

Tambien se saca gran partido de la vía recto-cólica para llevar al mismo sitio de las lesiones, por medio de enemas, algunos agentes medicamentosos. Desde luego pueden recomendarse los cocimientos emolientes, la leche, las soluciones de goma arábica y las almidonadas, ya en forma de lavativas cortas para que sean retenidas y calmen el pujo, ya, por el contrario, con el cliso-bomba para hacer una abundante y sostenida irrigacion que alcance todo el cólon descendente y pueda remontar al transversal y al ascendente. Si el tenesmo es molesto, nada más preferible para calmarlo que un enema corto de leche, almidon y 20 ó 30 centigramos de láudano.

Cuando la colitis aguda es ulcerativa todos los medios dichos están indicados; pero la lista puede ampliarse administrando soluciones bóricas (1 ó 2 por 100), de borato de sosa (1 por 100), de resorcina (1 ó 2 por 100) y de clorato de potasa (2 por 100). Con estas mismas sustancias se preparan enemas de cierta accion antiséptica y cicatrizante. En caso de rebeldía mayor, agotados los anteriores recursos, deben administrarse los astringentes vegetales, dando la preferencia al extracto de monesia y al de ratania. Contra el tenesmo, tanto en la forma ulcerativa como en la catarral, se recomiendan los semicupios emolientes.

Es innegable que disponiendo así las cosas se domina la colitis, pero tambien es una verdad que muchas veces abreviaríamos el curso del mal, si al principiar la evolucion morbosa nos dirigáramos á desfluxionar al hígado modificando sus actos secretorios y provocáramos al propio tiempo en los mismos intestinos, una accion sustitutiva. Todo esto puede lograrse administrando en los primeros dias de la colitis un

purgante : aseguramos que es una buena práctica. La indicacion puede cumplirse con los calomelanos á dosis purgante (10 centigramos cada dos horas hasta ingerir 60, 80 ó el gramo entero) ; pero nosotros preferimos las sales neutras con el bicarbonato de sosa, que en este caso son de un valor estimable (10 gramos de sulfato de sosa y de sulfato de potasa, con 2 de bicarbonato de sosa, en veinticuatro horas).

De todos modos este tratamiento sustitutivo es transitorio, y luego la curacion definitiva podrá obtenerse empleando los demás medicamentos que anteriormente se han señalado.

#### RECTITIS. — PROCTITIS.

En patología médica pocas veces la inflamacion del recto constituye proceso primitivo independiente, pues de ordinario viene producida, ya por la propagacion del catarro del cólon, ya por la accion de contacto que sobre su mucosa ejercen los materiales procedentes del aparato digestivo, incluso las mismas secreciones del hígado. Bien al contrario de lo que ocurre en la patología quirúrgica, en donde no es infrecuente poder observar la rectitis, ora con caracteres idiópatícos, ora como consecuencia natural de otros fenómenos.

No discrepa su anatomía patológica de la que ya viene señalada á propósito de las demás enteritis ; sólo cumple advertir que pocas veces se hace ulcerativa, pero que en cambio en la edad madura las lesiones catarrales pueden acompañarse de una fluxion de las venas hemorroidales, y en los niños de prolapso del recto.

El síntoma culminante de la proctitis es el tenesmo y sin duda que aventaja á la flegmasía del cólon en orden de provocar un frecuente é intenso pujo. El enfermo siente á cada instante una necesidad imperiosa de evacuar ; el paso de los materiales de deyeccion ocasiona en las márgenes del ano una urencia fuerte ; la contraccion fortísima del esfínter es

por demás molesta ; su dolor irradia á veces hácia el periné y el sacro, y aún despues de la deposicion continúa el deseo de repetirla, sosteniéndose en la parte gran ardor. A todo esto, en cada acto se expelen cantidades reducidísimas de un material mucoso ó moco-biliar, en algun caso con pintas de sangre ó con una coloracion rosácea. El orificio anal preséntase algo abierto y enrojecido, pudiendo extenderse la rubefaccion por los tegumentos contíguos que están como escal-dados.

No es raro observar que el tenesmo rectal provoque á la vez el de la vejiga y entonces el enfermo se ve acosado por dos necesidades juntas, orinando á menudo y expeliendo un líquido tambien ardoroso. El abdomen está fláxido, á menos de coincidir la rectitis con otros catarros agudos de los intestinos ; pero si se comprime con alguna fuerza la parte más baja de la fosa ilíaca izquierda, como si fuera en busca de la parte más honda de la pélvis, se despierta algun dolor.

Si la rectitis es protopática, no va acompañada de calentura.

**Tratamiento.** — Como quiera que, por lo comun, la inflamacion del recto es la consecuencia de catarros intestinales más altos, debe instituirse el plan curativo que convenga á cada una de las enfermedades causales ; mas por lo que es la rectitis en sí, bien puede decirse que casi el único medicamento que por ingestion puede ser de reconocida utilidad, es el ópio. No hay en la actualidad medio superior á este narcótico estupefaciente para calmar el tenesmo, ya que su accion puede desarrollarse sin necesidad de que se ponga en inmediato contacto de la mucosa rectal, pues los demás agentes que se puedan emplear por la vía gástrica llegan al último intestino tan modificados, que sus efectos necesariamente serán poco más que nulos.

Pero dejando aparte aquella virtud del ópio, la curacion puede obtenerse por medio de enemas, muy cortos para que

sean retenidos, y que pueden prepararse con diversas sustancias : emolientes (semilla de lino, zaragatona, malvavisco, almidon, leche, etc.); calmantes, de cocimiento de adormideras ó laudanizados (4 gotas por lavativa en los adultos) y astringentes (con ácido bórico, sub-borato de sosa, clorato de potasa, cocimiento de ratania, etc.).

#### CATARRO INTESTINAL CRÓNICO.—ENTEROCOLITIS CRÓNICA.

**Etiología.** — Frecuente en nuestra zona geográfica, aún lo es más en los climas cálidos, sobre todo si la humedad del ambiente corre pareja con la elevacion de temperatura : á este propósito nadie desconoce la influencia que las Antillas, las islas Filipinas, las de Sumatra y Java, las costas oriental y occidental de Africa, etc., ejercen en la produccion del catarro crónico de los intestinos. Discurriendo acerca del particular no sería difícil la demostracion de que algunos de estos procesos vienen relacionados con afectos del hígado (ingurgitaciones crónicas, hepatitis parenquimatosas, atrofiás simples, etc.); con la particularidad, tal al menos se deduce de las observaciones que llevamos recogidas, que á menudo las diarreas crónicas contraídas en la isla de Cuba y en la de Puerto-Rico van acompañadas de procesos hipertróficos de aquella glándula, y las de Filipinas, al contrario, de procesos atróficos. Se comprende que la mala elaboracion biliar se baste á producir por puro contacto un catarro crónico de los intestinos, ya que lo propio sucede en los afectos agudos; pero quizás en aquellas latitudes haya una flora criptogámica capaz de originar *per se* la enfermedad que nos ocupa : coincidiendo con esto recordamos haber visto años atrás varios enfermos en Paris, en la clínica de Gubler, procedentes de Oceanía, y este ilustre profesor, fundándose en los beneficios que alcanzaba administrando el borato de sosa como germicida, nos dijo que sospechaba en los catarros crónicos de la zona tropical una ingerencia microbiana.

En nuestro país es aplicable al catarro intestinal crónico la etiología de la gastritis, que tenemos ya conocida ; así se observa la misma influencia de las trasgresiones en el régimen de alimentos y bebidas, del uso inmoderado de los purgantes, de la acción continuada de medicamentos irritantes, etcétera. Y para que la paridad sea más completa, también se nota todos los días la relación entre el catarro intestinal crónico y la tuberculosis, el paludismo inveterado, la sífilis constitucional, el herpetismo, el artrismo y una larga serie de afectos discrásicos y distróficos. ¡ Quién ignora, además, que las diarreas, casi incoercibles, constituyen el final de un gran número de procesos viscerales crónicos !

**Anatomía patológica.** — La enterocolitis puede afectar la forma puramente catarral (catarro intestinal crónico propiamente dicho) ó la ulcerativa. En el primer caso, el proceso puede diseminarse á lo largo de toda la mucosa (enterocolitis catarral) ó circunscribirse á un punto del trayecto (de ahí la duodenitis crónica, la enteritis del yeyuno y del íleon, la colitis y la rectitis) ; en el segundo, siempre las ulceraciones están circunscritas (ileitis ulcerativa, colitis, etc.).

Cuando la lesión es catarral, dominan los trastornos vasculares, ofreciéndose los intestinos inyectados con arborizaciones, puntos y hasta pequeñas manchas equimóticas ; pero así como en los procesos agudos la inyección es rojiza, en el que nos ocupa el matiz es más vinoso. La mucosa está tumefacta, con infiltraciones edematosas y con los folículos ingurgitados, pero con marcada tendencia al reblandecimiento y hasta la denudación de sus epitelios. Mas esta forma proliferante, muy propia sobre todo de la colitis catarral, puede faltar de todo punto en los intestinos delgados, ya que á veces en las autopsias se encuentran éstos tan finos y translúcidos, que acusan un movimiento atrófico y la pérdida de su mucosa. Sea lo que fuere, también es carácter anatómico del catarro intestinal la pigmentación, que si bien puede ser po-

lícroma, tiende más á las coloraciones apizarradas, siendo á veces caprichosa la configuracion de las manchas ; así, autopsiamos un cadáver, cuyos intestinos pigmentados en su totalidad, ofrecían como una inmensa impregnacion, comparable á la que se habría producido infiltrando miles de granitos de esa pólvora fina llamada mostacilla.

Si el proceso es ulcerativo, la mayor diversidad puede descubrirse en lo tocante á pérdidas de sustancia. Aunque siempre múltiple la ulceracion, las úlceras pueden ser pequeñas como lentejuelas ó grandes de 1, 2 y 3 centímetros de longitud, cual se ve en los intestinos gruesos ; redondeadas, elípticas ó angulosas, con los bordes á bisel ó festoneados y desprendidos ; superficiales, interesando únicamente la mucosa, ó profundas hasta el extremo de la perforacion ; pálidas y con vascularizacion pobrísima ó amoratadas, lívidas y hasta con infiltracion hemorrágica, etc. De todas maneras, el tipo de la ulceracion más desenvuelta siempre es más propio del cólon y del recto que de los intestinos delgados ; tanto es así, que aparte de las linfangitis mesentéricas, consecuencia abonada de muchas enterocolitis, pueden observarse flegmasías pericólicas y perirectales, que en algun caso alcanzan la forma supurativa. Por último, no echaremos en olvido la posibilidad de encontrar en algun cadáver, como ya nos ha ocurrido, focos supurativos múltiples en el hígado.

**Sintomatología.** — *Forma catarral.* — Son constantes las alteraciones de la lengua, pero se ofrecen con alguna variedad. Unas veces presenta tan sólo el aspecto saburral, conservándose ancha, húmeda, sin encendimiento de su punta y bordes y con una capa de moco que recubre su superficie, especialmente hácia la base del órgano. En otros casos, se presenta roja, afilada (lengua lanceolada), con las papilas erectas ; húmeda ó enjuta ; con sus epitelios íntegros, ó desnudada y siempre con una ligera capa de saburra hácia su tercio posterior. La restante mucosa de la boca está algunas

veces hiperemiada, con los caracteres de una estomatitis catarral. Como rectificacion prévia, importa decir que á veces, en los períodos extremos de la enterocolitis crónica, gracias á la anemia profunda en que el enfermo está sumido, la lengua y toda la mucosa bucal, lejos de ofrecerse inyectada, muéstrase pálida y sin ninguna inyeccion.

El enfermo puede estar inapetente ó conservar su apetito normal y hasta ofrecerlo exagerado (bulimia) y aun caprichoso. Respecto de esto último, obsérvanse en la práctica cosas muy singulares : personas de buen juicio y que deberían conocer lo que mejor les conviene, sin embargo, no sólo comen con exceso, sino que son antojadizas y cometen trasgresiones en el régimen alimenticio, usando sustancias las más caprichosas é indigestas. Nada fijo puede expresarse respecto de la sed, ora normal, ora ardiente, y en cuanto al sabor de boca, suele ser pastoso, sobre todo al despertar.

Si no hay catarro gástrico concomitante, la primera digestion puede hacerse con toda regularidad ; pero ya porque el catarro exista, ya porque se irregularizan por vecindad las funciones estomacales, los enfermos presentan cualquiera de las formas de la dispepsia gástrica. En cambio, la digestion intestinal se perturba, de ahí que la mayor violencia de los trastornos coincida con la permanencia de los alimentos en los intestinos ; es por esto que á la caída de la tarde ó durante la noche, y sobre todo hácia la madrugada, el enfermo experimenta molestias en el vientre, sensacion distensiva, cólicos y borborigmos : entonces es tambien cuando el vientre más se meteoriza. Esto no quiere decir que el mal-estar cese del todo en los momentos de vacuidad, antes, al contrario, pueden sostenerse los síntomas indicados, bien que más remisos.

En el catarro intestinal crónico la diarrea es la regla y el estreñimiento la excepcion ; con todo, hay catarros que podríamos apellidar secos, en los que la constipacion es casi

constante, y hay otras formas que se caracterizan por presentar alternativamente períodos de estreñimiento y diarrea: tal ocurre en los catarros de los intestinos delgados. Las deposiciones son también muy variables, así en el modo de producirse como en su cantidad y en los materiales de que están constituidos. Si las lesiones se han acentuado preferentemente en el yeyuno y el íleon, las deyecciones son menos frecuentes que en el caso de catarro del cólon; en cambio, en éste la cantidad depuesta en cada acto de defecación es mucho menor que cuando el daño radica en los intestinos delgados: en ambos casos las evacuaciones van precedidas y acompañadas de dolor, y las subsigue un período de relativa ó absoluta calma, á menos que se insinúe algun tenesmo rectal y hasta vesical, cosa no rara en las colitis y rectitis crónicas. Los materiales deyectados unas veces están principalmente formados por alimentos á medio digerir, muy fétidos, ó por sustancias alimenticias casi íntegras (lientería); otras por materiales fecaloides más ó menos líquidos, ó por una sustancia sero-mucosa, á modo de un cocimiento feculento aguanoso, teñidos ó no por una materia biliar amarilla, verde ó bronceada: también en algun caso se descubre alguna estría de sangre ó se desprenden trozos de moco concreto remedando peladuras del propio intestino. De ahí que la inspección microscópica de los productos diarréicos, sea tan compleja, ya que permite descubrir no sólo los caracteres comunes de todo lo que se ha ingerido y de la materia excrementicia, sí que también los epitelios intestinales, glóbulos de moco y de sangre y multitud de bacterias que normal ó accidentalmente pululan en los intestinos.

*Forma ulcerativa.*—Por lo mismo que esta enteritis tiende más á circunscribirse, pero á herir más profundamente la textura íntima del órgano, su síndrome discrepa un tanto del anterior. Da lugar á los mismos trastornos bucales y gástricos ya descritos, pero la diarrea es más persistente y sólo

con un gran esfuerzo terapéutico se logra cohibirla, para volverse á reproducir dentro de poco. Las deposiciones de materiales líquidos y gaseosos son todavía más fétidos, y vienen constituidos tambien por todos los factores ya apuntados y por glóbulos de pus y pequeños detritus de la mucosa. Muchas veces la inspeccion abdominal, permitiendo circunscribir las zonas de mayor sensibilidad á la presion y de más meteorismo, indica cuáles son las asas intestinales más lesionadas.

Los catarros ulcerativos crónicos propenden á mover el pulso y á elevar la temperatura; pero la fiebre así puede ser continúa como paroxística y tiende poco á resolverse por medio del sudor, porque la piel en todos los casos de catarro, pero con especialidad si existen ulceraciones, suele presentarse árida, seca y como apergaminada.

**Curso y terminaciones.** — Los catarros crónicos de los intestinos ofrecen un curso por demás variado. Algunos, despues de sostenerse meses y años, se van mitigando y llegan á corregirse; otros remiten y aun se borran temporalmente, pero retoñan despues á favor de la influencia estacional, tanto de estío como de invierno, ó en virtud de trangresiones en el régimen; y, por último, hay catarros cuya característica es la agravacion progresiva.

En este caso, ya se trate de un proceso puramente catarral, ya del ulcerativo, á compás de los fenómenos locales cuya relacion queda hecha, se opera una desnutricion cada vez mayor. Son sin disputa las enfermedades de los intestinos las que más influyen en el proceso nutritivo, y la explicacion es bien obvia para cuantos conozcan los actos de quilificacion y absorbentes que se realizan en su interior: así se comprende que las enfermedades estomacales, sobre todo cuando no van acompañadas de vómito, tarden más que las entéricas en ocasionar enflaquecimientos profundos. Como quiera que sea, ello es que las entero-colitis, en todas sus formas, producen gran desmejoramiento orgánico y no sólo los en-

fermos van perdiendo sus carnes, sino que la piel pierde su elasticidad, se exfolia en ocasiones, no se presta al sudor y cambia sus pigmentos. Es por esto que hay enfermos que no sólo palidecen, gracias á la anemia que les consume, sino que la piel se les torna de un color térreo más ó menos súcio, se les cubre á veces como de una materia mugrienta y aun pueden aparecer efélides en su superficie. Es muy característico en estos casos, como consecuencia natural del autofagismo, que con la piel del vientre se puedan formar grandes pliegues, como desprendida que está de los planos aponeuróticos y musculares por la desaparicion de la gordura.

Es tambien notable que á medida del avance morboso se vaya modificando el sello moral de los enfermos, pudiéndose comparar por su carácter triste y melancólico y hasta, si cabe, por su irratibilidad, á los que padecen afecciones crónicas del estómago y del hígado.

Así los enfermos van lentamente aniquilándose, constituidos en una especie de tisis intestinal, y es comun que al acercarse el período extremo aparezca la boca y la parte alta del tubo digestivo invadida por el muguet, á semejanza de lo que ocurre en otros procesos crónicos.

**Diagnóstico.** — Toda diarrea crónica supone un catarro intestinal, por más que el punto de partida del proceso pueda encontrarse en otro sitio. Es cierto que hay dispepsias simples de los intestinos que mantienen el vientre descompuesto; pero si se trata tan sólo de una digestion difícil, las deposiciones serán matutinas y formadas por material fecaloide ó por sustancias alimenticias en incompleta digestion; los trastornos correrán siempre paralelos con los actos digestivos, tanto que si no hay digestion desaparecerá el cuadro morboso y, al revés, á mayor cantidad de material alible, mayor violencia en los sufrimientos: todo esto, aparte de que la dispepsia de los intestinos es enfermedad más dócil al tratamiento que el catarro.

De pronto podría suscitarse alguna duda respecto del diagnóstico del catarro seco, en el cual, en vez de la diarrea, el enfermo depone excrementos caprinos; pero la confusión es más aparente que real si se advierte que, en este caso, las deposiciones fecales van acompañadas de desprendimiento de moco que las envuelve, que el paciente acusa dolores intestinales, que se producen borborigmos y flatulencias, que la lengua es saburral y que la anamnesis indica también la marcha evolutiva de un catarro.

Se distinguirá la enteritis puramente catarral de la forma ulcerativa, porque en ésta la diarrea se hace casi incoercible, los materiales depuestos son muy fétidos, mucosos, con glóbulos de pus y de sangre, el enfermo está más demacrado, muchas veces febril, y porque la marcha es relativamente más rápida.

Sea ó no ulcerativo el catarro, conocemos el sitio del tramo intestinal en que radica, por el foco de dolor, á la presión ó durante los movimientos intestinales, que varía según sean éstos ó aquellos los intestinos lesionados; porque en la duodenitis hay estreñimiento de vientre y obstrucción de las vías biliares con ictericia; porque en la flegmasía de los intestinos delgados hay deposiciones abundantes y poco frecuentes, ó porque alterna la diarrea con la constipación; y porque en la colitis y colon-rectitis la diarrea es frecuente, poco abundante y va acompañada de tenesmo.

Pero en el ejercicio de la medicina todos esos distingos aún no son bastantes, pues importa estudiar los conmemorativos del enfermo y todos los desórdenes viscerales que pueden coexistir, para venir en conocimiento de si se trata de un catarro protopático ó deuteropático; única manera por la cual puede fundamentarse un buen plan curativo.

**Pronóstico.**— Es muy variable ya que son tantas las modalidades que el catarro intestinal crónico puede ofrecer. En los dos extremos de la vida — los niños durante la lactancia

y el destete, y los viejos—la enfermedad es por demás grave: en los ancianos casi puede reputarse incurable, y en los pequeños representa una gran cifra de mortalidad, sobre todo en las grandes urbes; pero esto no quita que en algunos jóvenes, particularmente cuando gravita sobre ellos la herencia tuberculosa, no sea temible el catarro, porque la diaria experiencia enseña que muchas veces, antes de la erupcion pneumofímica, ha habido un prelude de diarreas. De todos modos, dejando aparte la influencia ejercida por la edad, debe aceptarse el catarro crónico de los intestinos como dolencia muy rebelde, de curso prolongado y dispuesta á recidivar, siendo parte en estas repeticiones la propia inclinacion de los enfermos á desordenar su régimen alimenticio. Debe tambien advertirse que el catarro seco es el menos temible y que el ulcerativo es el más grave; que las enteritis crónicas hijas de causas que hayan obrado directamente sobre la mucosa (alimentos irritantes, uso de purgantes drásticos, etc.), son más dóciles al tratamiento que los de procedencia deuteropática, y, por último, que los contraídos en los países cálidos son por esta sola circunstancia muy rebeldes al tratamiento y hasta incurables en más de un caso.

**Tratamiento.** — Importa que antes de establecer el plan curativo directo contra el catarro crónico de los intestinos, se conozca con la mayor fijeza su procedencia, para remover las causas que puedan sostenerlo; así, en los casos últimamente citados ya se comprende que la terapéutica resultaría estéril si el enfermo no modificase el plan alimenticio, no prescindiese de usar purgantes ó no se alejase del país en donde contrajo la enfermedad; y lo propio debe aplicarse á los demás casos. Es en este sentido que en alguna ocasion se pueden corregir catarros intestinales crónicos con el sulfuro de calcio ó con el uso de aguas minero-medicinales sulfurosas, como tambien en otras circunstancias surten buen efecto los mercuriales ó los baños calientes, y es que puede haberse

tratado de un catarro de fondo herpético, sifilítico ó reumático. Es en virtud de esta manera de ver la cuestion, que tambien en algun caso, tratándose de un catarro crónico sostenido por un afecto hepático, haya podido dominarse con el empleo de los calomelanos. Por desgracia, cuando el afecto intestinal es consecutivo pueden hacerse necesarios ciertos agentes, encaminados á corregir el afecto causal, que por su virtud irritante se hagan de uso temible, y entonces nos encontraremos en una situacion difícil si hemos de abandonar el tratamiento patogenético.

Ya cumplida esta indicacion, siempre que sea dable, se plantea el tratamiento directo que ha de ser dietético y farmacológico.

La dieta láctea constituye en algunas ocasiones un recurso terapéutico de primer orden; tal ocurre en las enterocolitis ulcerativas y en las desarrolladas en los países cálidos. Por lo mismo que en estos casos los agentes medicamentosos pueden hacerse inútiles, viene con frecuencia la ocasion de fiarlo todo al uso de la leche; en las enteritis catarrales tambien es beneficiosa cuando el enfermo no presenta la lengua muy saburral, ni ofrece muy desordenado el funcionalismo gástrico, pues en este caso no siempre es tolerada. Como quiera que sea, si la enteritis se muestra rebelde al tratamiento, entonces estamos en el caso de ensayar la dieta láctea, bien que con algunas precauciones, sujetándonos para ello á las reglas siguientes: 1.<sup>a</sup>, cuando al enfermo se le proscriba todo otro alimento, deberá ingerir, como cantidad mínima diaria, unos dos litros de leche, pues de lo contrario la asimilacion será insuficiente; 2.<sup>a</sup>, debe usarse de preferencia la leche de cabra ó en su lugar la de vaca, reservando la de burra para aquellos casos en que la lengua se ofrezca muy roja y lanceolada, y sobre todo cuando se presenta la forma de enteritis que hemos denominado seca, por ser constante el estreñimiento; 3.<sup>a</sup>, se usará la leche recién ordeñada, y si es

posible la del mismo animal, ó se hará hervir la que deba conservarse en la casa durante el dia; 4.<sup>a</sup>, cuando se acede la leche en el estómago la administraremos con agua de cal, bicarbonato sódico, fosfato básico de cal ó aguas bicarbonatadas; 5.<sup>a</sup>, á la menor indigestion que se produzca, se suspenderá la dieta láctea ó á lo menos se disminuirán las cantidades, para interpolarlas con otros alimentos; y 6.<sup>a</sup>, siempre que la ingestion de la leche no sea grata al paladar, deberá aromatizarse con cortas cantidades de café, té ó canela.

Otras sustancias alimenticias pueden tambien permitirse á los enteríticos; tales son: los caldos vegetales y animales, pero éstos más bien gelatinosos que sobrado estimulantes; los purés de patata, guisantes y lentejas; las sopas muy cocidas, recordando que la de arroz es la menos digerible; las carnes tiernas, los huevos crudos ó pasados por agua, las gelatinas y el pescado frito ó hervido. Las verduras, las frutas y los dulces deben en general proscribirse, excepto en las enteritis con estreñimiento de vientre, en cuyo caso las frutas bien sazonadas (uvas, peras y manzanas) y las verduras cocidas regularizan el movimiento intestinal.

En la enteritis crónica, sobre todo ulcerativa, cuando la diarrea es casi constante y muéstrase gran intolerancia á toda sustancia alimenticia, se ha recomendado el uso de la carne cruda. Puede aceptarse el medio, pero conste que aun en el caso de no causar repugnancia al enfermo, disfrazando aquel alimento de diversos modos, se nos figura que se han exagerado bastante sus virtudes curativas.

Tocante á las bebidas, debemos ser muy prudentes al aconsejar el uso del vino y de la cerveza, permitiéndolos muy puros y de poca alcoholizacion; en cambio las aguas carbónicas naturales ó artificiales son de mucha utilidad.

En la dietética que nos ocupa ha de figurar tambien todo aquello que mantenga muy vivas las funciones de la piel en punto á transpiracion y calor. Dê ahí los vestidos de lana ó

algodon, la esmerada limpieza de todo el cuerpo y muy especialmente la hidroterapia en todos sus grados y variedades. La termal está indicada en menos casos que la fria, pero es indudable que en algunos enfermos herpéticos y artríticos el empleo de los baños calientes sulfurosos ó salinos es de gran eficacia para combatir el catarro intestinal. Por desgracia, no todos los pacientes están en aptitud para reaccionarse despues de las prácticas hidroterápicas; por manera que no hemos de ser temerarios en el consejo, siempre que el proceso esté muy adelantado, la postracion de fuerzas muy profunda ó que se haya desarrollado el movimiento febril.

Para la farmacología, debe distinguirse si la enteritis va acompañada de estreñimiento de vientre habitual ó de diarrea.

Si el catarro es seco, se procurará que el enfermo deponga diariamente, lo cual podrá lograrse empleando alguno de los medios siguientes: enemas á hora fija (para habitar los intestinos á la contraccion) preparados con líquidos emolientes, con aceite de olivas ó de almendras, ó con glicerina neutra; beber en ayunas un gran vaso de agua tibia ó azucarada; tomar al sentarse á la mesa una cucharada de semillas de linaza; una píldora mañana y noche de extracto de belladona y ruibarbo, de cáscara sagrada y taraxacon, de podofilino, etc. Son tambien de mucha utilidad las sales neutras tomadas en ayunas, diluidas en gran cantidad de agua, ó las aguas minero-medicinales salinas; pero tienen sobre aquellos otros agentes la desventaja de que se ha de aumentar periódicamente su dosificacion ó de que al suspender su uso aumente la estipticidad. De todas maneras muchos son los enfermos con constipacion de vientre tenaz, que han mejorado grandemente haciendo una estacion estival en Ribas, en Cestona ó en puntos análogos. Por último, el empleo de la nuez vómica á las horas de las comidas refuerza mucho el tratamiento.