

Según los casos, el efecto ulterior de la operación variará: en algunos la mejoría postoperatoria continúa acentuándose hasta desaparecer toda alteración, de modo que después de una persistencia mayor o menor de la fístula apendicular podemos considerar el caso como curado y proceder a la oclusión de dicha fístula. Otras veces la mejoría conseguida desaparece en cuanto deja de funcionar la apendicostomía, siendo necesario mantenerla durante un tiempo indefinido; también en este caso dicha operación puede ser la única empleada siempre que el enfermo se avenga a sobrellevar los pequeños inconvenientes que acarrea la abertura anormal. Por último, existen casos en los cuales la mejoría conseguida con la apendicostomía es muy fugaz, al cabo de corto tiempo de practicada reaparecen las molestias primeras muy poco aminoradas y en estos casos el resultado conseguido no satisface al médico ni al enfermo; en ellos es preciso acudir a algo más radical que suprima la parte afecta. Esta supresión puede ser simplemente funcional, disponiendo para ello del ano cecal y de las exclusiones, o bien anatómica representada por la colectomía. El ano cecal tiene en estos casos de colitis crónica escasas aplicaciones, puesto que el tiempo que debe mantenerse abierto es suficiente para que se manifiesten las consecuencias depauperantes por insuficiencia de la absorción intestinal propias de dicho ano; todo lo más podría aceptarse como primer tiempo de una colectomía. En cuanto a las anastómosis intestinales que tratan de excluir una porción extensa del intestino grueso, me he extendido bastante en páginas anteriores, de modo que en este lugar sólo indicaré que sus indicaciones han de ser muy restringidas y aun emplear la forma de anastómosis que mejor nos pone a cubierto del círculo retrógrado, la cual hasta ahora parece ser la tiflosigmoidistomía en Y. En cambio puede prestar buen servicio la exclusión bilateral con establecimiento de una fístula mucosa en la parte excluída, pues con ella conseguimos evitar todo contacto de las materias intestinales con la parte afecta; ésta queda en un reposo completo y merced a la fístula evitamos los inconvenientes y peligros de una retención de secreciones; claro que el paciente queda con el achaque de una fístula mucosa, pero hay que tener en cuenta que la secreción de la misma suele disminuir rápidamente y al cabo de algunos meses es escasísima la cantidad de líquido que por la misma se expulsa. Si así no fuera la extirpación del intestino excluído, cuando el enfermo ha podido reponerse de su enfermedad, no ofrecerá los peligros de una extirpación primaria.

En cuanto a la colectomía primitiva contra las colitis difusas rebeldes ha de presentar indicaciones muy limitadas. No debemos

olvidar las menguadas energías de los pacientes, la gravedad operatoria de la intervención y aun las dificultades de la misma; con todo esto presente comprenderemos que muy pocos casos pueden soportar tal operación, de manera que las indicaciones no es posible actualmente establecerlas y sólo como última ratio, ante el fracaso de los demás medios, podrá intentarse alguna vez.

De lo dicho se desprende que de todas las operaciones la apendicostomía es la que tendrá más aplicación en el tratamiento de las colitis crónicas difusas y sólo cuando fracase acudiremos a operaciones más graves. Sería muy conveniente poder precisar de antemano los casos que curarán por la apendicostomía y los que resistirán a la misma, pero esto no es posible hacerlo hoy; de poco sirve la intensidad de los síntomas, ni el tiempo que dura la afección, ya que actualmente son numerosos los casos intensos y antiguos que han curado con la fistulización de la apéndice y otros en condiciones opuestas en que la misma ha resultado ineficaz; por esto creo que en las formas difusas debe empezarse sistemáticamente por la apendicostomía y sólo ante su fracaso recurrir a la cecostomía y aun mejor a la exclusión bilateral del intestino. Como último recurso tenemos la colectomía cuya gravedad será menor cuando la practiquemos después de una exclusión bilateral.

* * *

El estudio quirúrgico de las afecciones del colon ha sido ampliado últimamente merced al conocimiento de una serie de procesos íntimamente conexados con la patología de dicho intestino y que hasta hace pocos años eran completamente desconocidos o bien se ignoraba su importancia y significación. Ha sido preciso que se practicasen gran número de laparotomías contra procesos de interpretación clínica obscura, que se relacionaran las alteraciones anatómicas encontradas con el síndrome anteoperatorio y que se parangonase unas y otro con las alteraciones de otros órganos, para que la nosografía cólica contase con nuevas especies y viniera un nuevo chorro de luz a iluminar la complicada patología abdominal.

Los procesos a que me refiero han merecido la designación general de pericolititis tanto para marcar el sitio anatómico del mal alrededor del intestino, como para señalar sus estrechas relaciones con las enfermedades del colon, de las cuales habitualmente las

pericolitis no son más que una consecuencia. En el estudio de estos procesos ha servido de mucho la serie de conocimientos adquiridos referentes a las enfermedades del apéndice vermiforme, ya que han permitido sentar algunos principios generales que luego aplicados al colon nos han facilitado grandemente el conocimiento de las pericolitis. En este orden de ideas sabemos que dicho apéndice no representa más que un divertículo recubierto de serosa y todos los divertículos que en estas condiciones se encuentran, ofrecen cuadros morbosos en los cuales el papel de la serosa es grande hasta el punto que los trastornos con ella relacionados ocupan el primer lugar, quedando oscurecidos o casi anulados los propios de las otras tunicas del divertículo. El intestino grueso se presenta en las mejores condiciones para el desarrollo de estas alteraciones diverticulares y así no es de extrañar que vengan con ellas relacionadas un gran grupo de pericolitis. La forma abollonada del colon, que se va acentuando con la edad, por un lado, y la frecuencia de la estasis estercorácea en esta parte del intestino por otro, son dos factores que de consuno contribuyen a desarrollar los divertículos y con ellos todas las perturbaciones anejas a esta clase de anomalías. En virtud de ello se comprende que aquellas partes en que la estasis es más acentuada sean también las que con más frecuencia presentan las alteraciones que estudiamos, figurando en lugar preferente la S ilíaca, en la que se desarrollan las perisigmoiditis, viniendo luego el colon transverso y con menos frecuencia las porciones ascendente y descendente del mismo intestino.

La alteración más apreciable y de fenomenología más clara es la constituida por la pericolitis flemonosa comparable por completo al flemón apendicular, ya que como éste suele traducir la reacción flemonosa del peritoneo ante una infección cuyo punto de partida radica en el interior del intestino. La diferencia más notable entre ambos procesos estriba en que la lesión del apéndice la encontramos principalmente en la primera mitad de la vida, haciéndose cada vez más rara al entrar en la vejez, mientras que estos procesos pericólicos, por el contrario, se encuentran de preferencia en la edad madura y en los ancianos. Las relaciones de dependencia entre estos flemones pericólicos y la alteración anterior del intestino pudieron fácilmente establecerse merced a un fenómeno bastante común, cual es el encontrar una comunicación entre la luz del primero y el foco flemonoso o abscesal, comunicación que se convertía en una fístula del intestino cuando procedíamos a la abertura de la colección purulenta. A pesar de que la perforación de la pared intestinal es bastante frecuente, no es una condición indispensable, como pudiera

creerse, para el desarrollo del flemón pericólico, pues sabemos basta el simple transporte por la vía linfática o directamente a través de las tunicas intestinales para que se formen procesos de la índole indicada; lo indispensable es que los gérmenes intestinales adquieran virulencia suficiente para obligar al peritoneo a reaccionar contra los mismos y dicha virulencia cuenta como factores las dos condiciones antes indicadas: formación diverticular y estasis de los materiales excrementicios.

Resulta de lo dicho que las colitis no sólo interesan al cirujano por la posibilidad de beneficiarse en ciertos casos de una intervención quirúrgica, sino que en cualquier momento de su evolución pueden complicarse con lesiones pericólicas flemonosas que como se comprende son de índole esencialmente quirúrgica.

Mas, las alteraciones pericólicas flemonosas son las únicas a que puede dar lugar una colitis? Lógicamente pensando debemos dar una contestación negativa a la anterior pregunta, pues sabemos que la flegmasia supurativa es una de las formas de infección, de ningún modo la única y con más motivo tratándose de superficies serosas en las que una reacción muy frecuente estriba en la formación de bridas y neomenbranas que traducen infecciones de virulencia menor que la de los procesos flemonosos. Natural parece, por lo tanto, aceptar que al lado de la pericolitis flemonosa y representando un grado más atenuado en la virulencia de los gérmenes, debe existir una forma pseudomembranosa de cuya autenticidad es necesario ocuparse.

En 1909 aparece por primera vez en la literatura médica la designación de pericolitis membranosa, siendo Jackson el autor de la misma en un artículo de la *Surg. Gyn. and Obst.* y designando con ella una lesión del ciego y colon ascendente constituida por una delgada membrana vascular que fijaba el colon a la pared abdominal y que por su aspecto exterior podía compararse a la aracnoides edematosa del cerebro fresco de un alcohólico. El colon parece colocado dentro de una bolsa diáfana y más corta que aquél, por lo cual se ve obligado a arrugarse. Esta membrana difiere de las adherencias ordinarias por no tener una conexión orgánica íntima con el peritoneo parietal o con el visceral, pudiendo al contrario desprenderse del intestino como si fuera un velo y entonces aparece íntegra la capa serosa de aquél. La existencia de tal membrana parece haberse conocido mucho antes, pues Virchow describió una formación análoga y varios cirujanos alemanes, como Crede, Lauenstein y Riedel, preconizaron el extirpar unas adherencias especiales que se manifestaban por cólicos intestinales fuertes y persistentes. Más

recientemente Lane, al estudiar las que llama adherencias por tracción, se ocupa de un proceso análogo y Binnie publicó en 1905 un artículo titulado «Pericolitis dextra», en el que sumariamente describía dichas formaciones membraniformes, aunque las consideraba como vulgares adherencias. A pesar de todo debe reconocerse a Jackson el honor de haber sido el primero que dió a esta formación membranosa el carácter de entidad nosológica, bautizándola con el nombre de pericolitis membranosa para marcar su parentesco con las alteraciones del colon. Después de Jackson, numerosos cirujanos han podido comprobar la presencia de la membrana que lleva su nombre, de manera que en la actualidad nadie deja de aceptar la relativa frecuencia con que se encuentra dicha alteración y en lo único en que difieren los autores estriba en la significación que deba dársele.

Las diversas teorías que se han expuesto para señalar la significación de la membrana de Jackson pueden clasificarse en tres grupos principales, correspondiendo a un origen congénito, mecánico e inflamatorio.

Los partidarios de un origen congénito difieren entre sí respecto al punto anatómico de donde deriva. Así Mayo cree que se trata del peritoneo, el cual al verificar el ciego su descenso normal hacia la fosa ilíaca no permanece intimamente conexionado con la pared del intestino grueso, sino que continúa laxo y por esto adquiere una vascularización especial; pero si esta explicación fuese exacta podríamos preguntarnos como en el mismo ciego dicho peritoneo no ofrece la disposición de un velo y por el contrario se presenta en la forma normal. Para Keiller, de Galveston, esta membrana sería una prolongación del borde del epíploon mayor, el cual se uniría al colon ascendente antes de la rotación completa del intestino grueso, mientras está situado debajo del estómago y luego al descender aquél, esta porción de epíploon quedaría por delante del colon formando una capa peritoneal distinta de la ordinaria. Esta opinión parecen comprobarla en primer término la disposición paralela de los vasos, análoga a la del epíploon mayor y sobre todo el que en algunos casos la membrana se continúa con el borde derecho del epíploon; de todos modos como esta disposición no es constante y la membrana de Jackson puede ofrecer disposiciones muy variadas, se comprende que esta explicación no puede abarcar la totalidad de los casos.

El origen mecánico de las formaciones membraniformes pericólicas ha sido defendido por Arbuthnot Lane, de Londres, en sus conocidos trabajos relativos a la estasis intestinal crónica. El hombre al adoptar la posición erecta cambia las condiciones de estabilidad

de las vísceras abdominales, de las cuales las más movibles son las que principalmente padecerán y por esto ofrecerán una gran tendencia al descenso o caída hacia la pelvis, cuya consecuencia funcional será una estasis del contenido del intestino y anatómicamente dará por resultado la formación de una serie de bridas, de adherencias, alrededor de la parte terminal del íleon, en el colon ascendente, en los ángulos cólicos, en la S ílfaca, etc., cuyo objeto principal es sujetar dichas porciones de intestino contrabalanceando la tendencia de las mismas al descenso. Estas adherencias cuyo papel es protector, pueden convertirse en causa de trastornos cuando obran como agentes de obstrucción. Summers aceptando estas ideas las ha completado afirmando que tales membranas son constantes, que lejos de ocasionar estasis intestinal son su mejor preventivo y sólo pueden aceptarse como causa de trastornos cuando el apoyo que prestan es defectuoso, o cuando por ser excesivas ocasionen angulaciones del intestino. Este mismo autor sale al encuentro de la objeción de la variabilidad de aspectos de la membrana diciendo que una misma víscera en los diferentes individuos ofrece una variabilidad tan grande como los rostros de los mismos; no hay dos exactamente iguales. Contra esta opinión del origen mecánico, Jackson objeta, con razón, que si bien es cierto que siempre que existen membranas hay estasis, falta demostrar cual de las dos circunstancias es la causa y cual el efecto, ya que existiendo casos en que extirpadas las membranas ha desaparecido la estasis cabe suponer que ésta sea consecutiva a aquéllas. Además, son bastante numerosos los casos en que existiendo todos los fenómenos que Lane da como característicos de la estasis intestinal crónica, una operación o una autopsia no han permitido descubrir el menor rastro de formación membrani-forme.

El origen inflamatorio de estas formaciones membranosas es el tercero de los expuestos y aquí también se encuentran divergencias respecto a cual sea el punto de donde parte el agente inflamatorio, pues mientras para unos reside fuera del colon, para otros radica en este intestino. Los que admiten el que podríamos llamar origen exterior de la inflamación, creen se trata de simples adherencias inflamatorias consecutivas a procesos apendiculares en la mayoría de casos y cuando aquéllas radican en la vecindad del ángulo hepático a una colecistitis. Sin embargo, contra esta explicación parece poder oponerse el hecho de que un proceso peritoneal de punto de origen distante que alcance la extensión que marcan las neomembranas, debería traducirse en clínica por hechos de reacción peritoneal manifiesta y sin embargo en muchos casos la historia clínica

de los enfermos es completamente negativa en este sentido y por si esto fuera poco existe el hecho de que el apéndice y la vesícula biliar se han encontrado perfectamente normales en casos de pericolicitis membranosa muy manifiesta.

El origen intrainestinal del trastorno que estudiamos ha sido defendido por Gerster, quien en su trabajo establece las siguientes conclusiones:

1. El peritoneo reacciona ante el proceso infeccioso que de ordinario va asociado a la colitis crónica, por la formación de unas membranas características, vascularizadas y transparentes, cuyos puntos de origen radican en la parte lateral externa del ciego, colon ascendente y ángulo hepático en el lado derecho y de la S ílaca, colon descendente y ángulo esplénico en el izquierdo. De un modo general esta línea de origen es paralela al eje mayor del intestino y los elementos neoformados en tal sitio representan la parte más antigua de la membrana. Desde estos puntos la membrana se extiende transversalmente y a menudo envuelve por completo al intestino constituyendo un sistema de bridas en forma de abanico, entre las cuales las partes más finas de la membrana quedan distendidas como una membrana interdigital. Exceptuados los ángulos, rara vez se establece una constricción por las bridas suficiente para determinar síntomas de ileus; sin embargo, el acodamiento de una parte movable del intestino contra el borde de dicha brida puede ocasionar serios trastornos en algunos casos.

2. Una causa predisponente importantísima de colitis crónica estriba en el desarrollo exagerado de las formaciones fisiológicas que sirven para retardar la progresión de las heces, lo cual sucede principalmente en el ángulo esplénico y en menor grado en el hepático y flexura sigmoidea. Una laxitud congénita o adquirida de la inserción y un aumento exagerado del diámetro o de la longitud del intestino grueso son factores predisponentes del mal y que lo agravan una vez establecido.

Stephen Pilcher en sus primeros estudios se muestra partidario de una opinión análoga, ya que dice que las neomembranas parecen ser el resultado de infecciones atenuadas que han durado mucho tiempo o se han repetido muchas veces en la cubierta peritoneal del ciego y apéndice y que han sido transmitidas a través de la pared del intestino. Añade que todos han podido encontrar casos de apendicitis en los cuales las peritonitis y pericolicitis coexistentes parecían ser más importantes que la enfermedad primitiva. En sus últimas publicaciones este mismo autor se muestra partidario de la teoría ecléctica, que en nuestro concepto es la verdadera.

Harris acepta también la teoría inflamatoria y cree que las bacterias anaerobias descritas por Runeberg y Keyde, que siempre residen en esta parte del intestino, son los agentes específicos de la inflamación especial de esta clase de pericolicitis.

Por último, el dato de Hofmeister quien en 10 casos de 14 encontró el *Trichocephalus dispar*, ha servido a Connell para hacer aplicación al caso de la pericolicitis membranosa de la idea de Metchnikoff y Guirat según la cual los parásitos intestinales abren pequeñas brechas en la pared del intestino que luego aprovechan las bacterias para llegar hasta el peritoneo y producir una infección.

De lo expuesto se deduce la confusión reinante respecto al significado de las formaciones membraniformes pericólicas, pero el análisis detenido de los casos publicados permite comprender el por qué de dicha confusión. ya que aquéllos son bastante desemejantes. Compárese por ejemplo la descripción que dió Jackson de la membrana de su nombre con las descripciones de los casos publicados por Gerster, Pilcher, etc. y se verán las grandes diferencias que las separan. Así no es de extrañar que según los casos observados cada autor haya querido dar a la lesión una explicación que conviniera a sus propios casos: los que han encontrado membranas más o menos resistentes se han inclinado a un origen inflamatorio, por su semejanza con las bridas consecutivas a peritonitis; los que han encontrado producciones tenues han creído en formaciones peritoneales embrionarias que no han sufrido una involución completa; si coexistían con pocos trastornos han creído que eran formaciones normales, en el caso contrario patológicas y de esta manera el número de explicaciones ha ido aumentando al compás del de observadores. A pesar de esta aparente confusión creo que hoy son en bastante número las observaciones para poder deducir una serie de datos convincentes que sirven para dar una explicación que comprenda todos los casos. Es indudable que el intestino grueso representa una parte del tubo digestivo que experimenta grandes cambios de situación durante la vida embrionaria, los cuales han de dar por resultado que el ciego desde una posición infrahepática venga a ocupar la fosa ilíaca derecha, al paso que verificando el colon una especie de torsión, su porción transversa queda por encima de dicho ciego. Durante esta evolución, sea por desdoblamiento peritoneal o por adherencia con el epíplon, una hojilla serosa puede envolver dichas partes y esta hojilla serosa puede reabsorberse total o parcialmente o bien quedar permanente. Si en este último caso conserva su estructura embrionaria formando un tenue velo que no dificulta el funcionamiento intestinal, entonces no llega a adquirir carácter

de proceso patológico, ya que sus manifestaciones clínicas son nulas; así se comprende que se le haya podido negar toda significación patológica. Mas si una causa cualquiera obra como un estimulante que hiperplasia tales formaciones embrionarias, estén éstas completamente desarrolladas o queden sólo con el carácter de residuos, las condiciones cambian por completo y el intestino se ve perturbado en su fisiologismo, ya sea por los acodamientos que sufre o por los obstáculos que se presentan al peristaltismo intestinal; el proceso adquiere entonces carácter patológico y es cuando se puede hablar de pericolicitis membranosa. Respecto a las causas que dan lugar a tal cambio en la estructura de las membranas, suelen ser variadas, pudiendo ser mecánicas, como las tracciones que sufren en ciertos casos de ptosis visceral y sobre todo infecciosas, ya de vecindad (apéndice, vesícula biliar) o del mismo colon. A pesar de cuanto se ha dicho en contra, no puede negarse que una colitis favorece el desarrollo de la pericolicitis membranosa, ya que por un lado ambos procesos suelen aparecer conjuntamente y modificando la colitis mejoran los trastornos atribuidos a la pericolicitis y por otro la pericolicitis membranosa no sólo se ha observado en el colon ascendente, en donde por su vecindad con el ciego son más fáciles los trastornos de origen embrionario, sino que se ha encontrado y descrito en todas las porciones del intestino, hasta el punto que algunos autores, como Eastman, forman una entidad nosológica con las localizaciones en la parte izquierda del colon a la cual denominan *pericolicitis sinistra* por oposición al nombre de pericolicitis dextra que diera Binnie al proceso que estudiamos. Creo que con esta doctrina ecléctica que con pocas variantes vienen a iniciar el mismo Jackson, Stephen Pilcher y otros, quedan explicados la diversidad de los casos y la de opiniones.

Para terminar lo referente a la pericolicitis membranosa, veamos las indicaciones terapéuticas que en el curso de la misma pueden presentarse.

A pesar de la diversidad de opiniones respecto a la patogenia del proceso, existe un criterio bastante armónico entre los diferentes autores en lo que concierne a la terapéutica. Todos convienen en que un buen número de casos no son tributarios del tratamiento quirúrgico, sin duda porque la pericolicitis ha de revestir una cierta intensidad para reclamar una terapéutica directa. En los casos de neo-membranas tenues y poco desarrolladas no existen alteraciones funcionales del intestino por causa mecánica hija de aquéllas y en tales circunstancias la terapéutica se dirige a evitar la acentuación progresiva de la pericolicitis, manteniéndola en condiciones de tole-

rancia. Los recursos terapéuticos en este caso son de diversos órdenes, concurriendo todos ellos al mismo fin: regularizar las funciones del intestino grueso, y así en el orden dietético se recomienda la restricción de las carnes y el empleo abundante de vegetales frescos para reducir al mínimum los fenómenos de fermentación intestinal; la conveniente regularización de las evacuaciones alvinas obrando sobre el tono muscular, por medio del amasamiento y del ejercicio metódico; el tratamiento directo de las lesiones cólicas, ya sea por vía baja o mediante apendicostomía, y por último, toda caída visceral debe remediarse mediante el conveniente vendaje ortopédico con objeto de evitar la estasis por la gravedad. Merced al empleo juicioso de estos recursos, muchos enfermos conllevan perfectamente su pericolicitis, pero es preciso reconocer que no son pocos los que a pesar de estar sometidos a tales prácticas durante un período de tiempo muy dilatado, lejos de mejorar empeoran cada vez más, mostrando la ineficacia de aquéllas. Estos casos corresponden a los grados adelantados de pericolicitis en los que las formaciones membranosas imposibilitan el funcionalismo normal del intestino, favorecen la estancación excrementicia, impiden la libre contractilidad de la túnica muscular y facilitan la reabsorción en masa de los productos de desecho; son aquellos casos en que anatómicamente las neomembranas recuerdan más las bridas peritoníticas que el tenue velo de las formaciones embrionarias. Contra ellos es lógica una terapéutica directa que no puede ser otra que la quirúrgica, dada la anatomía patológica del proceso. La operación puede proponerse diferentes objetivos según las condiciones de cada caso: si las neomembranas determinan estrechamientos limitados del intestino, la supresión de las bridas constrictoras ha de ser el objetivo único. Si la constricción es antigua y la porción de intestino que precede a la parte estrechada ha perdido su tonicidad muscular quedando dilatado y parético, debemos procurar corregir esta secuela al tiempo que suprimimos la causa. Por último, la porción de colon afecta puede encontrarse tan alterada en su estructura que después de suprimir las neomembranas sea incapaz de cumplir la función que le está encomendada y entonces hay que pensar en su supresión funcional u orgánica. Tales son las indicaciones que pueden presentarse, las cuales cumpliremos de la siguiente manera.

Contra las bridas pericólicas algunos han propuesto y practicado la simple sección de las mismas, pero este recurso resulta de ordinario insuficiente, ya que la brida se neoforma y reaparecen los trastornos. Actualmente casi todos los autores admiten la necesidad de una extirpación de la brida o membrana causantes de las perturbaciones

funcionales, operación casi siempre factible y que deja al intestino en perfecta aptitud funcional. La objeción teórica que se ha formulado contra esta práctica es la posibilidad de establecerse adherencias entre la superficie denudada de peritoneo y las partes inmediatas, pero en la práctica no ha resultado confirmada esta suposición, de modo que Jackson cita dos casos en los que con la pericolicitis coexistían otros procesos que requerían una intervención abdominal y que fueron tratados en una segunda laparotomía para ver los resultados de la intervención directa sobre las bridas pericólicas; uno de ellos fué operado de nuevo a los seis meses de la primera intervención y el segundo al cabo de un año, no encontrándose en ninguno de ellos adherencias fraguadas en el sitio en que se extirparon las neomembranas. Según Jackson, la razón de este hecho debe residir en que la superficie aparentemente denudada queda recubierta por la capa endotelial de un espacio linfático, y este endotelio puede desempeñar el mismo papel que el de la serosa peritoneal. A pesar de todo, la extensión que deba darse a la extirpación de las neomembranas viene regulada por el hecho de la disminución de calibre que en el intestino determinan, debiendo detenerse la extirpación una vez ha desaparecido dicho estrechamiento.

Cuando el proceso es antiguo y radica sobre todo en el colon ascendente, se observa como fenómeno secundario la distensión parética del ciego, trastorno que no basta a combatir la supresión de la brida, debiendo en tal caso ir acompañada esta última de la plicación del ciego con objeto de devolverle su volumen normal y con ello el restablecimiento de sus funciones.

Si la pericolicitis ataca preponderantemente los ángulos del colon, ya el hepático o el esplénico, puede producirse un acodamiento tan considerable que sea imposible vencerlo extirpando las bridas dentro de los límites prudenciales, es decir, sin comprometer la vitalidad del intestino, y para este caso se desecha la intervención directa contentándonos con establecer una anastómosis entre las porciones de intestino que preceden y siguen a la parte afecta; una colo-colostomía entre el colon ascendente y el transverso, cuando la lesión radica en el ángulo hepático, y entre el transverso y el descendente si asienta en el ángulo esplénico. Esta operación equivale a la supresión funcional de la parte afecta.

Por último, en los casos extremos, después de extirpar las bridas podemos encontrar un intestino atrofiado, de paredes degeneradas, con un calibre insuficiente para desempeñar la función normal y en tales condiciones es preciso suprimir toda la porción alterada, sea mediante una exclusión cuyos inconvenientes he expuesto ya

al ocuparme de las colitis, o mejor practicando su extirpación. Esta operación es casi siempre posible en las pericolitis membranosas, porque lo ordinario es que no llegue a este grado extremo en toda la extensión del colon, sino simplemente en una porción del mismo, de modo que es un caso análogo al de las colitis crónicas circunscritas en donde he indicado ya la legitimidad de una operación radical.

Sea el que quiera el procedimiento quirúrgico empleado, es preciso recordar siempre que la pericolitis membranosa es un proceso secundario y que una vez corregida debemos evitar su reaparición, para lo cual será necesario establecer un tratamiento postoperatorio seguido todo el tiempo necesario para devolver al intestino la tonicidad perdida y restablecer por completo sus funciones.

* * *

Aquí termina mi cometido. A pesar de mi buena voluntad, no me ha sido posible llenar cumplidamente bastantes lagunas que en el desarrollo del tema habréis notado, en parte debido a insuficiencia del autor, en parte a la índole misma del asunto. Como entre nosotros no ha merecido, a mi juicio, la atención que cabía esperar dada su índole práctica, mis deseos son de que el presente trabajo consiga atraer vuestra atención sobre un punto tan litigioso, pues no dudo de que si así fuera muchas incógnitas se despejaran y los hechos recibirían una exacta interpretación. Las numerosas pruebas que de esclarecido ingenio tiene dadas esta docta Corporación, justifican mis esperanzas e impiden calificar de pretenciosas mis aseveraciones.

HE TERMINADO

al ocuparme de las cosas, o mejor practicamente en extirpacion.
Esta operacion es casi siempre posible en las partes mencionadas.
Porque la operacion es que no llegue a estado extremo en la
extension del color, sino simplemente en una parte del mismo.
de modo que es un caso analogo al de las colitis cronicas, en las
cuales se ha debido ya la legitimidad de una operacion radical.
Des de que el tratamiento quirurgico empieza, es por-
tanto necesario siempre que la peritonitis, tambien es un proceso
secundario y que una vez corregida debemos evitar su reaparicion.
para lo cual sera necesario establecer un tratamiento postoperatorio
seguido todo el tiempo necesario para devolver al intestino la total
actividad perdida y restablecer por completo sus funciones.

Des de que el tratamiento quirurgico empieza, es por-
tanto necesario siempre que la peritonitis, tambien es un proceso
secundario y que una vez corregida debemos evitar su reaparicion.
para lo cual sera necesario establecer un tratamiento postoperatorio
seguido todo el tiempo necesario para devolver al intestino la total
actividad perdida y restablecer por completo sus funciones.

Des de que el tratamiento quirurgico empieza, es por-
tanto necesario siempre que la peritonitis, tambien es un proceso
secundario y que una vez corregida debemos evitar su reaparicion.
para lo cual sera necesario establecer un tratamiento postoperatorio
seguido todo el tiempo necesario para devolver al intestino la total
actividad perdida y restablecer por completo sus funciones.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

POR EL

DOCTOR SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ

ACADÉMICO NUMERARIO

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

TOR 21

DOCTOR SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ

SECRETARIO GENERAL

EXCMO. SEÑOR:

SEÑORES

Cumpliendo gustosísimo un deber de cortesía y de buena amistad, y holgándome con el honor que me ha dispensado la Academia al encargarme de recibir y presentaros en su nombre a nuestro nuevo y distinguidísimo consocio, he de luchar en este momento con la segura de mi forma expositiva y su total ausencia de galas oratorias, para haceros agradable mi cometido. Pero, como el *nosce te ipsum descendit de Celo*, y no hay nada peor que querer forzar lo natural, tratando de parecer lo que no se es, no intentaré siquiera adornar mis juicios con flores que no existen en mi pobre jardín (que apenas llega a huerto) ni con notas líricas de que carece mi enjuto cacumen, y os expondré mis ideas en puro canto llano.

La costumbre impone, al que se halla en mi situación, hacer un panegírico encomiástico del nuevo Académico, de lo cual resulta que, haciéndolo de todos y de cada uno, ninguno sale favorecido, y las formas comparativas y superlativas de los adjetivos empleados pierden todo su significado y su valor. Yo no quiero criticar esa costumbre; pero conociéndome a mí mismo, y creyendo conocer el modo de sentir y de pensar de mi querido colega aquí presente, sólo os haré de él un juicio escueto, expresión de un concepto por demás conciso, al que, ya que no otra cosa, mis años y la experiencia que ellos traen consigo darán tal vez su justo valor y su carácter de exacta precisión: el Doctor Torres Casanovas, Catedrático de Cirugía, por oposición, de nuestra Facultad de Medicina, a la edad de 35 años, es un hombre de mérito positivo, que lo debe todo a su

propio esfuerzo, y perfectamente *serio*. Este concepto, aunque brevísimo como veis, encierra para mí un elogio que no puede, por desgracia, prodigarse, en nuestra época de bizantinismo ultramoderno. Un hombre *serio*, que merezca en todos los terrenos el respeto de todos sus conciudadanos y la confianza absoluta en la veracidad de sus afirmaciones y en la perfecta buena fe de todos sus actos... no diré que sea hoy un *rara avis*, pero abunda casi tan poco como los individuos dotados del llamado paradójicamente «sentido común» que yo creería calificar mejor llamándolo «sentido *raro* de hacerse cargo.»

Es, pues, el doctor Torres Casanovas, un *hombre serio*, que honrará a la Academia y en el cual la Corporación podrá confiar en absoluto.

Ese es el hombre; ocupémonos, aunque sólo sea ligeramente, de su trabajo.

Se ha ocupado el doctor Torres, en su oración inaugural, de una cuestión de palpitante interés y de verdadera actualidad, que se roza y casi se identifica con otra de importancia tal, que puede llegar a ser de enorme trascendencia en la práctica y en el desarrollo de las doctrinas médicas, por su origen casi de naturaleza ontogenética y su alcance verdaderamente filogenético: ya comprenderéis que me refiero a la importancia trascendental del intestino grueso, considerado por algunos naturalistas como órgano de finalidad todavía no bien definida y por otros como destinado tal vez a desaparecer gradualmente en el proceso evolutivo de nuestra especie.

Todos sabéis que, hace algunos años, Metschnikoff, el sabio colaborador de Pasteur, llegó a afirmar, en varias de sus publicaciones, que la vejez prematura y aun muchas de las alteraciones que acompañan a la vejez normal, no son otra cosa que el resultado de una intoxicación crónica, producida por la absorción continua o muy frecuentemente repetida, de venenos procedentes de las fermentaciones anormales que tienen lugar en el intestino grueso, afirmación de la cual Metschnikoff sacaba la consecuencia de que «el hombre ganaría mucho deshaciéndose de su intestino grueso.»

Esa afirmación ultramoderna, fundada en hechos de química orgánica experimental y en deducciones de la anatomía comparada, resulta doblemente interesante, si la asociamos con la que podríamos llamar antiquísima tradición empírica de todos los remedios destinados a prolongar la vida y retrasar la vejez, pues todos ellos, desde los antiguos elixires de larga vida hasta los más modernos granos o píldoras de salud, no son generalmente otra cosa que agentes laxantes, destinados a evitar la permanencia prolongada, en el intestino, de las materias excrementicias, y con ellas, naturalmente,

de los productos tóxicos solubles y absorbibles que se desarrollan en el penúltimo tramo intestinal y que de él pasan a la sangre y llegan a impregnar los tejidos.

Hasta aquí, pues, veis la extraña y completa asociación de una creencia esencialmente empírica y tradicional, con una deducción de carácter puramente científico, experimental y fisio-patológico, que se corresponden y cubren recíprocamente. Para muchos podrá todo ello merecer todavía poquísima atención, por faltarle a la doctrina que encierran aquellas creencias la sanción de la clínica ilustrada; pero he ahí que viene actualmente un tercer factor a intervenir en la cuestión, fundado precisamente en la pura observación clínica, el cual pretende que un sinnúmero de enfermedades cuya verdadera etiología y patología desconocíamos por completo, y otras de carácter demostradamente infectivo, pero cuya puerta de entrada escapaba generalmente a la sagacidad de los clínicos, tienen su verdadero origen en la *estasis intestinal crónica* y se curan perfectamente, como bajo la acción de una varita mágica, con la supresión funcional, por medio del llamado «corto circuito», de todo el tramo ileo-cólico en que tiene lugar aquella estancación. Ya sabéis que el verdadero creador y sostenedor de esta doctrina es uno de los más antiguos y reputados prácticos del hospital Guy de Londres, el doctor sir Williams Arbuthnot Lane.

Las doctrinas de Arbuthnot Lane, que han venido siendo expuestas y desarrolladas en varias lecciones y memorias del autor publicadas en *La Lanceta* de Londres y en distintos periódicos y revistas médicas de Inglaterra, traducidas luego a la mayor parte de los idiomas de Europa y reunidas en una reciente monografía, no produjeron en un principio más que sonrisas de desdén, como ocurre siempre con toda idea nueva y atrevida, resulte luego cierta o errónea; pero, paulatinamente, el público médico se ha ido ocupando e interesando en el asunto, ha disminuído la general oposición, han sido muchos los que han querido y logrado comprobar, *de visu*, los resultados que Lane pretendía obtener, y hoy son tantos los que los atestiguan, que, como dice muy bien uno de los famosos hermanos Mayo, podrá uno no dejarse convencer fácilmente y deberemos todos proceder con la mayor cautela antes de aceptar como un hecho frecuente la indicación de suprimir artificialmente el colon humano, pero no puede negarse, ni cabe dudar, que Lane ha descubierto una gran verdad fisiopatológica, que puede convertirse en base de grandes consecuencias, al atribuir a la retención y a la estasis intestinal el origen tóxico e infectivo de un gran número de estados patológicos indefinidos y de verdaderas enfermedades infectivas.

Las vellosidades del intestino delgado son para el hombre lo que las raíces son para el árbol: en la vida fetal, la primera mitad del intestino grueso tiene vellosidades como el delgado, que luego van desapareciendo; pero persiste en esa porción del tramo intestinal la facultad de absorción en grado máximo. Experimentalmente se ha demostrado que la pretendida absorción rectal es un error, y que en realidad las sustancias alimenticias, u otras, introducidas por el ano en el recto, son prontamente transportadas hacia la cabeza del colon por un movimiento de peristalsis invertido, perfectamente demostrable con el auxilio de los rayos X. Más allá de la flexura esplénica, el colon es un simple vertedero, al cual Lane califica de letrina o cloaca del organismo; más acá, en sentido central, de aquella flexura, y especialmente el ceco-colon, es un órgano de poderosa absorción. Una vez que el contenido intestinal ha vencido la resistencia de la flexura esplénica, pasa rápidamente a la S ílfaca, sin detenerse en el colon descendente: Rokitansky había demostrado, hace ya sesenta años, que el colon descendente en estado normal se halla siempre prácticamente vacío: los modernos procedimientos rontgenoscópicos han confirmado la exactitud de esa afirmación. Bajo una alimentación adecuada y normal, las últimas fermentaciones y absorciones que tienen lugar en esa primera mitad del colon no llegan a ser perjudiciales, como no lo son las que se producen en el larguísimo intestino de los hervívoros; pero cuando la alimentación se complica y va haciéndose más azoada, como ocurre en los países de mayor cultura y bienestar material, la cantidad de toxinas producidas y absorbidas es mucho mayor de la que buenamente puede tolerar el organismo sin peligro, y si a esa mayor producción se agrega un tiempo mucho mayor también de permanencia innecesaria de esos materiales en el intestino, los peligros aumentan considerablemente con la impregnación de todo el organismo con aquellas toxinas.

Los primeros órganos que, lógicamente, han de sufrir las consecuencias de esa intoxicación lenta pero constante, han de ser naturalmente los encargados de la destrucción y eliminación de esas toxinas: el hígado, el bazo, los órganos llamados endocrinos y los riñones.

Los efectos mecánicos de la posición erecta contribuyen también, en el hombre, favorecidos por cierto grado de debilidad adquirida a la formación de ptosis, bridas de defensa y acodamientos, que aumentan considerablemente las dificultades que encuentra a su paso el contenido intestinal: así, en un enfermo afecto de desórdenes de todo género, en quien la operación demostró que no existía

tumor ninguno ni otra causa mecánica visible, Jordán demostró con los rayos X que el bismuto quedaba detenido, en el último tramo del íleon, nada menos que 85 horas: la operación por el corto circuito curó radicalmente al enfermo de todas sus molestias.

De todo lo que precede se desprende que cuando la estasis tiene lugar de un modo manifiesto en el ciego-colon, sus efectos se van propagando paulatinamente y en sentido recurrente hacia el último tramo del íleon, y de este, en los grados más avanzados, hasta el yeyuno y el duodeno, y consecutivamente hasta el hígado y el páncreas. Ahora bien: fácilmente se comprende lo fatal que ha de resultar para el organismo la presencia prolongada, en un órgano dotado de tan enérgica potencia de absorción, de productos de desecho, demostradamente tóxicos cuando se ponen experimentalmente en contacto directo con tejidos vivos.

En otro terreno, pero en el mismo orden de ideas, Carrel ha demostrado experimentalmente que tejidos vivos desprendidos del organismo pueden seguir viviendo y proliferando, en un medio de cultivo adecuado, durante un período de diez a doce días si el medio no se renueva y va haciéndose inhabitable por sus propios productos de desasimilación; pero, si por medio de un inteligente sistema de drenaje se eliminan aquellos productos y se renueva el medio hecho tóxico, pueden aquellos elementos vivos seguir viviendo y proliferando nuevos períodos de 15 días, y casi indefinidamente si se le añade, al medio de cultivo, jugo desintoxicante de tiroides o de bazo fetal. Los elementos histológicos de los tejidos se intoxican, pues, lo mismo *in vitro* que en el cuerpo vivo, por su impregnación con los productos de la desintegración de los cuerpos albuminoideos.

La exactitud de todas esas consideraciones fisio-patológicas, en cuyos detalles no puedo extenderme aquí, han sido confirmadas, de un modo verdaderamente impresionante, por los resultados obtenidos en la práctica, corrigiendo y suprimiendo de un modo directo e indudable la estasis intestinal.

Lane ha presentado casos verdaderamente admirables de curación rápida de enfermos tuberculosos, pulmonares y mesentéricos, de nefritis de Bright, de tumores de la mama, de bocios tóxicos, procesos articulares reputados reumáticos, etc. La pigmentación de la piel, que en ciertos casos de estasis intestinal avanzada llegan a simular una enfermedad de Addison, se ha visto desaparecer rapidísimamente con la supresión de la toxemia intestinal, y en un caso citado por Lane, un operado que tenía los dedos azulados desde hacía varios años, se admiró él mismo de la total desaparición de dicha coloración al día siguiente de la práctica del corto circuito.

Todas estas afirmaciones de Lane podrán parecer a algunos demasiado fantásticas, para merecer entera fe; pero es el caso que la mayor parte de esos hechos han sido públicamente comprobados por personas del todo extrañas a la doctrina y a los intereses del autor. Así Chapple da cuenta del resultado de un gran número de operaciones presenciadas por él y por Distaso, asistente de Metschnikoff, en quien las ideas de Lane, según confesión propia, habían producido verdadera estupefacción y duda, y ambos afirman que pudieron comprobar, *de visu* y por sí mismos, la verdad de esos resultados, observando en el servicio de Lane verdaderas resurrecciones. Según Distaso, puede darse como casi seguro que la infección tuberculosa penetra siempre por el intestino, mientras que la vía pulmonar resulta casi descontable en la práctica, según han demostrado las experiencias de Calmette y Vanstenbergue. El tubérculo pulmonar primero es una verdadera rareza según dichos observadores: el bacilo es tomado del intestino y transportado por la sangre al *locus minoris resistentiae*. Ahora bien, es un hecho perfectamente conocido que cualquier foco local es perfectamente curable si se suprime el acceso hasta él de nuevos elementos de infección...; la impregnación general del organismo ya no lo es. La gran dificultad en la práctica estriba en conocer *cuando* es ya demasiado tarde para que la supresión de nuevas absorciones infectivas, obtenida por el corto circuito, pueda dar el resultado apetecido.

Además de los múltiples casos de procesos tuberculosos, articulares y reumáticos, los citados autores dan cuenta de varios casos de intoxicación del sistema nervioso, de neuralgias del trigémino, rebeldes a todo tratamiento, de casos de jaqueca con vómitos, diagnosticados de tumor cerebral y con ataques epileptiformes, etc., curados admirablemente por la supresión de la estasis intestinal.

En fin, más recientemente todavía, los cirujanos norteamericanos, a los que hay que reconocer un espíritu de progreso tal vez no superado actualmente por los de ningún otro país, han entrado también en esa vía, y del doctor Bainbridge, de New-York, acabo de recibir una serie de monografías, discursos y folletos, que prueban que se ha constituido en el apóstol de la nueva doctrina de lo que él llama la buena canalización o drenaje humano (*human Plumbing*).

No quiero entrar en detalle ninguno de técnica, por no cansar más vuestra atención y porque ha sido ya estudiada concienzudamente en el trabajo del doctor Torres, aunque refiriéndose más particularmente al tratamiento de la colitis y de la pericolitis. Lane se propone obtener lo que él llama corto circuito en la circulación del último tramo del tubo gastro-intestinal; ese resultado puede

conseguirse, como habéis visto, por la anastómosis directa del ileon con la S ílica, con exclusión unilateral del ciego-colon, o por la extirpación de toda esta porción del intestino.

Claro está que la supresión de 50 ó 60 centímetros de zona absorbente de intestino grueso parece a primera vista un contrasentido; pero en el terreno de la fisio-patología, el problema se reduce a tratar de saber y calcular si lo que puede dejar de absorberse en esa zona constituye un déficit insustituible y más o menos importante para el organismo, que los perjuicios que origina el entorpecimiento y retardo en ella de la marcha del contenido intestinal, que va haciéndose con ese retardo cada vez más tóxico. Si resulta un hecho que la retención ceco-cólica se propaga al ileon y el yeyuno y entorpece y altera las funciones normales de elaboración y absorción de este tramo intestinal, mucho más largo e importante que aquél, no habrá duda ninguna de que la supresión de la citada zona, origen del retardo, resultará, en definitiva, beneficiosa, y que lo que en ella deje de absorberse será compensado, con creces, en el intestino delgado restituído a la normalidad.

Como se ve, el asunto es de suma importancia, pero pertenece al grupo de los susceptibles de ser ilustrados y resueltos por la experimentación y por la clínica.

La experimentación puede ilustrarnos, dándonos a conocer qué elementos de nutrición, útiles, se desprenden todavía de la masa de la ingesta llegada al ciego, y qué cantidad de ellos se aprovecha normalmente todavía en esa región. La clínica, constituida para el caso en una especie de vivisección *in anima nobile*, puede demostrarnos, y ha demostrado ya, que el hombre puede vivir perfectamente, mejorando su nutrición y medrando físicamente en todos sentidos, privado de aquel tramo intestinal que funcione defectuosamente.

Pesarán luego, en la balanza de las indicaciones, la gravedad de la intervención y la inseguridad de la consecución del objeto propuesto.

La intervención, en cualquiera de las dos formas citadas, no puede negarse que reviste cierta gravedad. Pero esta gravedad va disminuyendo diariamente con los perfeccionamientos de la técnica, y del mismo modo que practicamos hoy gastro-enterostomías con indicaciones mucho menos apremiantes que en épocas pasadas, porque los peligros de esa operación han quedado reducidos ya al mínimum, puede llegarse y se llegará seguramente también a una benignidad relativa en la práctica de la ceco-colectomía. Porque, en realidad, la consecuencia segura del objeto que se propone el

establecimiento del corto circuito, exigirá casi siempre la extirpación de la zona defectuosa de intestino, en vez de su simple exclusión unilateral, por las razones que ya ha expuesto el doctor Torres, ya que el mismo Lane ha observado repetidas veces que cuando practicaba la exclusión por simple anastómosis íleo-sigmoidea (sobre todo si la establecía por encima del repliegue supra-sigmoideo), los materiales llegados por el íleon a la S ílica retrocedían hacia el colon descendente, semi-excluido, y podían todavía remansarse en él por cierto tiempo, con nuevo retardo de su libre evacuación y consecuencias tóxicas de rigor.

El problema no es, pues, tan sencillo como podía parecer a primera vista, y harto comprenderéis que yo, poco aficionado en general a lo que podríamos llamar Cirugía médica y convencido de que en esa Cirugía médica la Cirugía no representa un papel definitivo, sino simplemente interino, en espera de que llegue la deseada perfección de la Terapéutica general, no puedo aconsejar a la ligera la instalación del corto circuito, y sí, sólo, considerarlo como un nuevo y poderoso recurso para casos concretos y perfectamente definidos de toxemia rebelde de origen marcadamente intestinal. Que esos casos existen no cabe la menor duda: yo conozco, entre muchos otros que podría citar, una pareja compuesta de madre e hija, que se pasa la vida en busca, ambas, de medios para poder evacuar, sin conseguirlo más que de un modo imperfectísimo y a intervalos irregulares, y no hay que decir la multiplicidad de desórdenes patológicos de todas clases que a despecho de los más variados tratamientos aquejan ambas sin cesar... y como este caso se hallaran muchos otros si se escudriña un poco en el modo de ser de muchos enfermos crónicos.

En resumen y para terminar: la doctrina de Lane y sus adeptos afirma que, además de una porción de estados patológicos indefinidos, atribuibles a la estasis intestinal crónica y curables por su supresión, *nadie enferma de tuberculosis* ni de las llamadas artritis criptogénicas ni de otra infinidad de infecciones locales... *si no existe previamente* una disminución de la resistencia normal de sus tejidos contra la invasión de los micro-organismos patógenos, disminución de resistencia resultante, en los más de los casos, si no en todos, de un estado de intoxicación crónica producida por la absorción de los productos intestinales solubles retenidos por la estasis en el intestino, que es, a su vez, la puerta de entrada más frecuente de los gérmenes patógenos en el torrente circulatorio. Y lo interesante para nosotros, y sobre todo para la humanidad doliente, es que hayamos aprendido a conocer y descubierto, en el propio organismo, una nueva causa

autóctona de múltiples enfermedades y que, por de pronto y en espera de épocas mejores, tengamos en nuestra mano un medio seguro, aunque de delicado manejo, con que poder neutralizar y combatir aquellas causas.

Yo no puedo desgraciadamente, como ya os he dicho, daros todavía datos confirmativos, de mi propia experiencia, en lo que se refiere a la acción terapéutica del establecimiento del corto circuito, y me temo que tardará en aclimatarse esa práctica en nuestro país, pues no existe en nuestra raza el tipo decidido a evitar la vida de valetudinario a costa de cualquier peligro o sacrificio, como es frecuente en Inglaterra y sobre todo en Norte América, donde me han asegurado que hay ya quien se dirige espontáneamente al hospital para *hacerse hacer* el corto circuito... Pero lo que sí puedo aseguraros y probablemente podrá ser confirmado cada día por todos vosotros, es que el número de personas que sufren, en nuestro país, los más variados desórdenes patológicos, que reconocen como factor etiológico común la constipación crónica, es enorme, sobre todo en nuestros centros de población, y que vale la pena de buscar, en el régimen y en la higiene primero, y en los procedimientos radicales descritos, si aquéllos fallan, después, el alivio de tanta miseria.

El trabajo de nuestro ilustre Colega ha versado sobre la posibilidad de hallar, en los recursos de la Cirugía, un medio de combatir la cronicidad de enfermedades tan definidas como la colitis y la pericolicitis; yo he tratado de aportar a sus excelentes juicios los elementos de una observación que hace extensible la aplicación de aquellos medios a un campo mucho más extenso todavía de infecciones locales de origen intestinal y de estados morbosos más o menos indefinidos, pero no por eso menos crueles para los que los sufren y que se convierten a menudo en base y fundamento de los más graves procesos.

He terminado, y sólo me resta dar en vuestro nombre y en el mío la más cordial bienvenida al nuevo Académico y desearle muchos y buenos años de vida para gloria de la Corporación y satisfacción de cuantos le conocen y aprecian en lo que valen sus envidiables aptitudes y cualidades personales.

HE DICHO