

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA

# GOLITIS ULCERO-MEMBRANOSA

TRABAJO

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

## DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

### GALO DE ITA.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México,  
practicante de anfiteatro del Hospital General de San Andrés y miembro de la  
Sociedad Filoiátrica.



MEXICO

IMPRENTA DE LA LIBRERÍA MADRILEÑA

PORTAL DEL AGUILA DE ORO, NUM. 7

1896



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI AMADO PADRE.



**A MIS QUÉRIDOS TIOS**

LOS SEÑORES

**ANTONIO ITA Y NABOR PEREZ.**

**AL MODESTO PROFESOR**

**DR. MANUEL TOUSSAINT.**



---

Las afecciones que más comunmente se presentan en la práctica son, sin la menor duda, las del aparato digestivo. Su considerable extensión, su frecuencia tan notable, sobre todo entre la gente del bajo pueblo, no pueden atribuirse en su mayor parte, en mi concepto, á otra causa que á la falta de higiene en el régimen alimenticio y á los excesos en las bebidas alcohólicas.

Es indiscutible el doble papel substancial y dinámico que desempeña el alimento en la organización humana. El rige y gobierna el movimiento molecular que incontestablemente constituye la esencia misma de la vida.

Pero si es cierto que el alimento debe llenar las condiciones higiénicas (variado, substancial, nutritivo y libre de substancias nocivas) indispensables para el importantísimo papel que tiene que desempeñar en el organismo, también lo es que cuando estas condiciones no se ven realizadas, se producen perturbaciones más ó menos graves, pero siempre importantes desde el punto de vista del estado en que colocan al individuo, desequilibrando su energía vital, agotando su salud y consumiendo sus fuerzas.

Por otra parte, encontramos en el tubo digestivo una cavidad cuyas condiciones físicas de humedad y temperatura son muy favorables para el desarrollo de micro-organismos. Sabemos, sin embargo, que felizmente en el estómago se encuentra una substancia capaz de oponerse á las fermentaciones: el ácido clorhídrico. Pero no todos los gérmenes patógenos que pasan al estómago con los alimentos, son destruídos é incapacitados por la acción del jugo gástrico. Muchos de ellos, bien se sabe, escapan á su acción llegando de esta manera al intestino en el estado de vida latente, y recobrando después su actividad allí donde la acidez del jugo gástrico se encuentra neutralizada ó disminuida por las substancias alcalinas.

Es cierto que también la bilis se ha considerado como un elemento que impide las fermentaciones; pero sabemos que ella es susceptible á su vez de llegar á la putrefacción. Suponiendo su primera acción indiscutible, solamente podría oponer un obstáculo débil á las fermentaciones que van á producirse en la primera parte del intestino delgado y casi ninguno á las que van á continuarse al intestino grueso. Resulta, pues, que en la segunda mitad del intestino hay siempre gérmenes, en cantidad no escasa, susceptibles de desarrollarse de un modo extraordinario á expensas de las materias alimenticias que allí llegan y tan pronto como por funcionamiento irregular de la pared del órgano. éstas no son absorbidas ó expulsadas con la regularidad debida.

No hay que asombrarse de la frecuencia de las

lesiones gastro-intestinales cuando son tantos y tan diversos los factores que intervienen en las funciones del aparato digestivo.

Por último, si conocemos bien la influencia terrible del alcohol y los desórdenes que produce en dicho aparato; sí, por otro lado, vemos la considerable extensión que cada vez más toman las bebidas alcohólicas y el uso immoderado que en todas las partes del mundo se hace de ellas, no es difícil comprender la frecuencia de estas enfermedades—frecuencia ciertamente notable y que preocupa altamente al Mundo médico, con tanta más razón cuanto que algunos de los padecimientos no están perfectamente definidos sea en su sintomatología, sea en su anatomía patológica, ó en su *patogenia*.

Estas consideraciones y la circunstancia de que entre nosotros el factor más importante en la mortalidad es el aparato digestivo, hicieron pensar al que esto escribe, que sería de alguna utilidad referir un padecimiento que, durante su permanencia en el Hospital General de San Andrés, como practicante de Anfiteatro al lado del Sr. Dr. Toussaint, tuvo oportunidad de conocer.

Llamó poderosamente mi atención que, entre los cadáveres que presentaban diversas lesiones del tubo intestinal, hubiera algunos en los que se encontraba una lesión inflamatoria terminada por la ulceración y localizada en el intestino grueso. Esta lesión patológica no hubiera sido para mí motivo de extrañeza, á no haber ofrecido, además, un aspecto especial que me hizo considerarla como una lesión no descrita todavía.

Desde hacía algunos meses se había observado que se presentaba con alguna frecuencia esta afección y que las alteraciones anatomo-patológicas de ésta, no estaban en relación con el escaso cuadro clínico que se había recogido, durante la vida, en las salas del Hospital.

Penetrado de la importancia que tenía esta afección quise, para tener un punto de partida, hacer un estudio clínico de ella y obtener después por la autopsia, en caso de fallecimiento, la comprobación de los datos que hubiera recogido á la cabecera del enfermo; y, por último, hacer el estudio anatomo-patológico de estas lesiones.

Vacilaba, sin embargo, convencido de la superioridad de la empresa que iba á acometer, y seguramente hubiera desfallecido mi ánimo, á no haber comprendido la importancia que ofrecía el estudio de la enfermedad á que me refiero.

La serie de observaciones que al efecto he practicado y las conclusiones á que aquéllas me han conducido, constituyen el trabajo que tengo el honor de presentar á mi ilustre Jurado, en cumplimiento del requisito que la Ley exige al estudiante al terminar su carrera, para sustentar su examen profesional.

Debo advertir, desde luego, que no abrigo la pretensión de crear una entidad morbosa nueva; y que este trabajo no tiene, después del indicado, otro fin que el de llamar la atención sobre dicha enfermedad para que sea estudiada con más extensión y sobre todo, con más conocimientos de los que yo poseo.

---

Para emprender el estudio de esta enfermedad que, por el aspecto de las lesiones que produce, el Sr. Dr. Toussaint llama «Colitis úlcero-membranosa» y que, respetando esta denominación, yo me atrevo á llamar «Colitis pultácea,» he consultado los autores de las obras que he podido tener á mi alcance. Mi principal objeto era saber si había sido descrita yá y si existían algunas observaciones respecto á esta variedad importante de Colitis; pero no he encontrado más que la descripción de lesiones que tienen alguna semejanza con aquélla.

Así G. See, en su tratado de «Dispepsias Gastro-intestinales,» habla de una forma de colitis, que él llama «Moco-membranosa,» y que por el nombre parece ser la enfermedad que yo intento describir, pero que, como veremos después, presenta grandes diferencias tanto desde el punto de vista clínico como patológico. Lo mismo podría decir de otras variedades de colitis que con distinto nombre y caracteres he encontrado descritas.

No voy á hacer, tanto por la premura del tiempo, cuanto por considerarlo muy superior á mis fuerzas, el estudio completo de la importante enfermedad de

que me vengo ocupando; me fijaré de preferencia en la anatomía patológica, en la sintomatología, en el diagnóstico diferencial y por último haré algunas consideraciones sobre su patogenia.

La descripción de la lesión patológica macroscópica, la he tomado de las piezas anatómicas pertenecientes al Museo Anatómo-Patológico del Hospital de San Andrés. En cuanto á la descripción de la parte microscópica, debo decir que bondadosamente el Sr. Dr. Toussaint me facilitó las observaciones que ha recogido durante largo tiempo, referentes á la lesión que es objeto de mi trabajo.

Un sentimiento de gratitud me obliga á darle públicamente las gracias por tan valioso contingente.

---

---

---

## ANATOMÍA PATOLÓGICA.

---

Cuando se abre la cavidad abdominal de un individuo, muerto á consecuencia de esta enfermedad, se ve el intestino grueso dilatado por gases y con frecuencia tapizada la superficie exterior por manchas de color negruzco ó violado de dirección transversal. Estas manchas corresponden á las ulceraciones que están situadas en la mucosa. Hay casos en que no se percibe ninguna mancha. Algunas veces las asas del intestino delgado que están en contacto con el cólon, tienen un color rojizo y aparecen adheridas entre sí por un exsudado inflamatorio de color blanco-amari-llento. Tales adherencias existen también entre el intestino grueso y los órganos vecinos é indican que la inflamación ha invadido la serosa abdominal. También se pueden notar perforaciones en la pared del intestino y un derrame purulento en la cavidad del peritoneo: tengo dos casos de esta complicación.

La cavidad del intestino grueso contiene materias fecales fluidas, de color amarillo verdoso ó negruzco; á veces son de color rojizo debido á la sangre de que

están más ó menos mezcladas, y contienen moco en suspensión así como pequeños colgajos membranosos irregulares.

Lavado el intestino grueso, la mucosa se presenta con un aspecto característico: tiene un color rojizo, finamente inyectada, bastante engrosada, reblandecida, cubierta de abundante moco y tapizada de numerosas ulceraciones en toda su longitud. (*Véase la lámina núm. 1.*)

Estas úlceras son en lo general profundas y van aumentando en extensión y profundidad del ciego á la S iliaca. Por lo común son de dirección transversal, aparecen situadas sobre los pliegues salientes de la mucosa y algunas veces intercaladas entre ellas, afectando la forma alargada en el primer caso y oval en el segundo; y cuando por los progresos de la lesión llegan á ser confluentes las úlceras, entonces toman una forma irregular que sale de los caracteres descritos. Debo insistir, sin embargo, en que el signo distintivo de la lesión es que están situadas casi siempre sobre los pliegues salientes de la mucosa. Los bordes de dichas úlceras son anfractuosos, levantados, no despegados y limitados por una zona rojiza; el fondo de ellas es más ó menos anfractuosos y está tapizado por una substancia cuyo color varía del gris al verde obscuro, de consistencia blanda, de aspecto pultáceo, finamente veloso y cuyo espesor, bastante considerable, forma una saliente en la superficie de la mucosa. Esta materia pultácea que se desprende con cierta dificultad, está constituída por un detritus de la mucosa necrosada,

masas bacterianas y detritus del contenido del intestino. Cuando las úlceras se unen entre sí en toda la longitud del cólon, la mucosa toma el aspecto pultáceo, y como las partes en apariencia sanas de ésta, se encuentran congestionadas y en descamación, puede creerse á primera vista, que las porciones sanas son las ulceradas é inversamente, que las partes ulceradas cubiertas del producto pultáceo son las porciones sanas.

Desprendida esta masa pultácea se ve que la pared del intestino que forma el fondo de la úlcera está más ó menos adelgazada. Este adelgazamiento, cuando es pronunciado, explica las manchas oscuras que se ven en el exterior del intestino antes de abrirlo manchas que corresponden á las ulceraciones y que resultan de la transparencia de la pared á su nivel.

---

### EXAMEN HISTOLÓGICO.

PORCIONES DEL INTESTINO NO MUY ALTERADAS.—LOS CORTES FUERON COLORIDOS POR EL MORENO DE BISMARCK Y SOLUCIÓN DE VAN GIESON.—Este método consiste en tratar el corte primero por el moreno de Bismarck, con el objeto de que los núcleos de las celdillas se tiñan de ese color; luego se pasa la preparación al alcohol absoluto para diferenciar: en seguida se trata con la solución de Van Gieson para dar la coloración de contraste; después se lava con alcohol absoluto en el que se han disuelto unos cristallitos de ácido pícrico, se aclara

la preparación sumergiéndola en aceite de cedro y en xylol; y, por último, se monta la preparación en el bálsamo de Canadá. Con este método los núcleos de las celdillas toman un color moreno, la substancia conjuntiva un color rojo vivo, los glóbulos rojos de la sangre, amarillo intenso y finalmente el protoplasma amarillo pálido. (*Véase lámina núm. 2*).

Colorida así la preparación que está hecha en córtes perpendiculares á la superficie de la mucosa y puesta en el campo del microscopio, se observan las alteraciones siguientes:

1.º *Mucosa*.—El epitelio de la superficie ha desaparecido; en su lugar se observa una zona uniformemente granulosa que se tiñe pálidamente con la fuschina, después de esta zona sigue otra en la que se percibe abundantísima infiltración de leucocitos polinucleares; los elementos mismos de la mucosa están en esta zona totalmente atacados de necrosis de coagulación, siendo imposible reconocer las glándulas del córion intermedio; á mayor profundidad y ya cerca de la «*muscularis mucosæ*,» se distinguen los fondos de saco de algunas glándulas así como algunos vasos sanguíneos considerablemente dilatados por la sangre. Entre ambos, el córion intermedio tiene abundantísima infiltración de leucocitos polinucleares. Esta infiltración disminuye al nivel de la «*muscularis mucosæ*,» que es bastante perceptible en muchos lugares para aumentar de nuevo en las capas superficiales de la sub-mucosa; los vasos de ésta, principalmente los inmediatos á la superficie, están notablemente dilatados

por la sangre; el resto de la sub--mucosa tiene sus haces conjuntivos bastante separados unos de otros y como desagregados por una infiltración edematosa. De aquí resulta que el espesor total de la mucosa está bastante aumentado.

2.<sup>o</sup>—En la túnica muscular se ven solamente entre las capas longitudinal y circular, los grupos de infiltración celular (leucocitos polinucleares) diseminados.

3.<sup>o</sup>—La serosa tiene su estructura normal.

PORCIONES EN QUE LA ALTERACION ESTA BASTANTE AVANZADA.—(*Véase lámina núm. 3*).—La mucosa se encuentra totalmente destruída; en su lugar hay pérdidas de substancia que llegan hasta las capas superficiales de la sub--mucosa; debajo de estas ulceraciones el tejido de la sub--mucosa se halla atacado de necrosis de coagulación y abundantemente infiltrado por leucocitos polinucleares. La túnica muscular tiene igualmente infiltración celular en la parte inmediata á la sub--mucosa. Las capas más próximas á la serosa y esta última, no tienen alteración alguna notable.

PORCIONES EN QUE LA LESIÓN HA ALCANZADO SU MAYOR DESARROLLO.—Los tejidos de las tres tunicas del intestino están completamente necrosadas. Con frecuencia falta la mucosa y á veces la muscular, quedando sólo una lámina gruesa correspondiente á la serosa, que no tiene resistencia ninguna y que se desgarrara con facilidad. En estos casos no es rara la perforación. Las tres tunicas tienen histológicamente el mismo aspecto que la mucosa en los dos grados antes descritos.

En cortes perpendiculares y coloridos convenien-

temente, se ha podido observar que en la superficie de la mucosa se encuentran los «bacilus» que habitualmente contiene el intestino.

### EXAMEN BACTERIOLÓGICO.

Examinadas las evacuaciones en el microscopio, se vió que la parte líquida tenía en suspensión celdillas vegetales teñidas de amarillo por la bilis, leucocitos y glóbulos rojos de la sangre, fibras de tejido muscular, abundante moco y una fabulosa cantidad de micro-organismos.

Con el objeto de averiguar cuáles eran estos micro-organismos y de ver si se encontraba alguno que fuera especial á esta enfermedad, tuve oportunidad de hacer varios cultivos de ellos tomándolos del contenido intestinal del cadáver. Para esto, procedí de la manera siguiente: tomé con un alambre de platino previamente esterilizado, una partícula de dicho contenido y la sumergí en gelatina líquida (para cultivos), depositada en cajas de Petri igualmente esterilizadas.

En el término de 48 horas, se habían desarrollado, á la temperatura ambiente, numerosos puntos de color blanco y amarillo. Entre los puntos blancos, había varios de mayores dimensiones con relación á los demás y que deprimían á la gelatina fundiéndola. Vistos en el microscopio estos puntos, pude observar que correspondían á colonias de bacterias de diversas formas. Los puntos blancos de mayores dimensiones pertenecían

á colonias que afectaban la forma de un disco blanco, refringente, con el centro obscuro rodeado de una zona clara y ésta rodeada de otra más clara todavía, de cuya circunferencia partían numerosas fibrillas, radiadas rectilíneas semejentes á un resplandor; había otras colonias de bacterias de varias formas: unas tenían forma oval de color blanquecino con granulaciones grises en su anterior; otras la forma de roseta formadas por varias colonias superpuestas y parecidas á copos de nieve; y por último, otras de forma circular y con el aspecto de una nebulosa.

Procuré aislar cada una de estas colonias con el objeto de cultivarlas separadamente, tomándolas para el efecto con el alambre de platino y sumergiéndolas rápidamente en gelatina solidificada y contenida en probetas. Después de haberse desarrollado cada una de ellas y de haber hecho preparaciones coloridas con violeta de genciana unas, y con rojo de Ziehl otras, pude comprobar que las tres últimas estaban formadas por los gérmenes que habitualmente viven en la cavidad del intestino y en los cuales el «bacilus coli común» es más abundante.

En la primera colonia, es decir, la grande, la que funde la gelatina, estaba compuesta de «bacilus» en forma de bastoncillos cortos situados paralelamente unos á otras y colocados en grupos. La forma y sobre todo, la disposición en que están dispuestos estos gérmenes es muy digna de llamar la atención, porque no parecen estar clasificados entre los diversos microorganismos que habitualmente existen en el intestino.

(Véase la lámina núm. 4.) Estas son las observaciones que pude recoger del examen del contenido en el intestino del cadáver. Después tuve oportunidad de hacer las observaciones en las materias fecales de una enferma en la que el cuadro clínico que presentaba hizo suponer que probablemente estaba atacada de esta enfermedad; y pude comprobar que los microorganismos que existían allí, eran casi los mismos que los que he referido anteriormente, encontrándose entre éstos, el «bacilus» de que he hablado antes. Además, en el cultivo había una colonia de color rosado y de forma arborescente y que estaba formada de «saccharomyces»—caso digno de mención especial porque es rara la presencia de estos pequeños organismos en la cavidad del intestino.

## SÍNTOMAS.

Generalmente lo primero que llama la atención de las personas á quienes ataca esta enfermedad, es la diarrea que casi siempre viene precedida de perturbaciones gástricas como nauseas, vómitos al principio alimenticios y después biliosos. Estos fenómenos desaparecen por lo regular á los dos ó tres días.

La diarrea es el síntoma principal; en los comienzos de la enfermedad es muy abundante y frecuente; el número de evacuaciones al día es de 12 á 14, siendo de notar que en la mayoría de los casos son más frecuentes en la noche, sumamente fétidas, de color

amarillo verdoso, muy líquidas y mezcladas con abundante moco. A los 8 días, poco más ó menos, las evacuaciones comienzan á venir con estrías sanguinolentas ó con sangre íntimamente mezclada en cuyo caso tienen un color rojo más ó menos obscuro. Ya en este período de la enfermedad, las evacuaciones han aumentado en frecuencia (de 20 á 25 en las 24 horas) y disminuído en cantidad, llevan en suspensión colgajos membranosos irregulares y abundante moco.

Sin embargo, tengo que hacer observar, que no siempre la enfermedad principia con los caracteres anteriormente dichos, pues, sucede que las evacuaciones son francamente hemorrágicas desde que se inicia la enfermedad, están constituídas casi exclusivamente por sangre pura, líquida y con coágulos y son tan abundantes como frecuentes. Pero como ya he dicho, no es este último carácter el que comunmente se presenta, sino el anteriormente dicho.

El dolor, que al principio es difuso en todo el vientre y que acompaña á las evacuaciones en la forma de retortijones, es entónces más limitado, sigue el trayecto del intestino grueso y más intenso, llegando á ser un verdadero tenesmo que obliga á los enfermos á sentir la necesidad de defecar frecuentemente para arrojar una cantidad relativamente insignificante de materias fecales.

Es raro que el movimiento febril no se presente desde que la enfermedad se declara. Por lo general, toma la forma intermitente y se anuncia en las tardes. Otras veces domina la forma remitente en cuyo

caso la temperatura es de exacerbación vespertina. Con frecuencia viene precedida de pequeños calosfríos y seguida de sudores más ó menos profusos en todo el cuerpo. La temperatura se eleva á  $39^{\circ}5$  y  $40^{\circ}$ .

Conforme la enfermedad progresa, los síntomas van tomando mayor gravedad hasta llegar á poner al enfermo en una situación bastante crítica: la demacración es notable; las fuerzas y el apetito están completamente perdidos; en cambio la sed es devoradora, la piel es ardiente y seca; la fisonomía está alterada, los ojos aparecen hundidos, la mirada opaca, la lengua seca y sucia tiene un color moreno obscuro; los dientes y labios son fuliginosos, el aliento es fétido, el pulso filiforme y frecuente; se le habla y apenas responde; no se dá cuenta de lo que le rodea; en una palabra, el estado patológico es semejante al de un tífico. Como se comprende fácilmente cuando la enfermedad ha alcanzado este grado, la terminación es casi siempre fatal. Al contrario, cuando la afección va á terminar por la curación, entonces todos los síntomas van disminuyendo en intensidad hasta desaparecer por completo.

Examinando al enfermo, se nota, además del enflaquecimiento, que el vientre está deprimido en la gran mayoría de los casos. Palpando la pared anterior del vientre, se provoca un dolor que es más intenso en todo el trayecto del cólon y con especialidad en la fosa iliaca izquierda. Se puede percibir algunas veces una sensación de empastamiento á los lados de

la cavidad abdominal correspondientes á las porciones ascendente y descendente del intestino grueso. Puede percibirse también la existencia del surrido intestinal.

Si se percute la cavidad abdominal, se obtiene una sub-macidez ó macidez completa en el trayecto del cólon y, por lo común, en la región umbilical existe una sonoridad timpánica.

Si se hace el examen del recto por medio del espejo, se pueden llegar á percibir las ulceraciones con los caracteres referidos antes. No hay que olvidar que para hacer este examen es necesario que se limpie perfectamente el recto á fin de que las ulceraciones se presenten á la vista con todos sus caracteres, porque si no se hace esta limpieza, la substancia pultácea es difícilmente perceptible.

Este cuadro clínico que acabo de referir, es el que corresponde con mayor frecuencia á la colitis úlcero-membranosa en la forma que llamaré sub-aguda; cuando es la forma aguda, entonces todos los síntomas son más intensos y la terminación es rápidamente mortal; en el término de 8 ó 9 días todo está terminado.

Tales son los principales y más constantes síntomas que presenta esta enfermedad y que he podido recoger de las observaciones hechas en la cabecera del enfermo; dicho cuadro clínico, tal vez incompleto, parece ser el que se aproxima más á la verdad.

Es cierto que á las veces se presentan otros signos que vienen á añadirse á los descritos antes, pero corresponden á los síntomas de las diversas complica-

ciones que con frecuencia acompañan á esta enfermedad.

Dichas complicaciones son por orden de frecuencia: 1º los abscesos del hígado; 2º la peritonitis séptica rápidamente mortal, cuando la ulceración termina en la perforación; y 3º los infartos en los pulmones y riñones. Fácilmente se comprenden los síntomas á que dan origen estas enfermedades y por consiguiente no me detendré en enumerarlos.

---

#### MARCHA, DURACIÓN Y TERMINACIÓN.

Esta enfermedad tiene una marcha de forma rápida y otra de forma relativamente lenta; en el primer caso la duración es de 8 á 9 días, y en el segundo de 2 á 3 meses. La terminación es casi siempre mortal en la forma rápida y fácil de curar en la otra.

---

#### DIAGNÓSTICO.

ENTERITIS CRÓNICA.—Esta enfermedad, que casi siempre es una colitis, termina con frecuencia en ulceraciones de la mucosa, dando lugar á síntomas que pueden inducir á cometer un error, creyendo que se trata de la «colitis úlcero-membranosa»; pero, las diferencias son notables en las lesiones patológicas. En ambas enfermedades existen pérdidas de substancia de la mucosa del cólon; solamente que en la enteritis crónica no tienen el aspecto, ni la forma, ni la situa-

ción que presentan en la segunda enfermedad. Se recordará que en la colitis crónica es muy raro que las úlceras ofrezcan un aspecto pultáceo, que estén situadas obre los pliegues salientes de la mucosa y que tengan la forma alargada transversalmente, y por último, que la mucosa que limita las úlceras no ofrezca despegamientos más ó menos grandes; caracteres que precisamente son los que corresponden á la colitis «úlceró-membranosa.»

En la parte clínica las dos enfermedades presentan síntomas comunes como son: evacuaciones acompañadas de tenesmo, dolor en las fosas iliacas, algunas veces movimiento febril, vientre deprimido, enflaquecimiento más ó menos marcado; pero examinando bien el asunto se vé que la colitis crónica difiere en: que generalmente es consecutiva á la inflamación aguda del intestino delgado, rara vez viene mezclada con sangre y casi nunca, con falsas membranas; y, por lo común aparece después de haber tomado los alimentos; es raro que el dolor siga todo el trayecto del intestino grueso, pues casi siempre ocupa exclusivamente la fosa ilíaca izquierda; los fenómenos generales son poco marcados, la fiebre pocas veces se presenta; además la marcha de la enfermedad es muy lenta y de muy larga duración. Como se vé todos estos signos difieren con mucho de los que corresponden á la segunda enfermedad.

TUBERCULOSIS INTESTINAL.—Esta forma de la tuberculosis puede dar lugar á confusión con la *colitis úlcero membranosa*, cuando se presenta en el intestino de una

manera primitiva. Al principio esta enfermedad se declara por una diarrea que presenta algunos caracteres comunes con la de la *colitis*, pero difiere, 1º en que aparece sin causa apreciable, en que es muy tenáz, y en que aumentando con los progresos de la enfermedad, llega á ser casi continúa; 2º en que cuando las ulceraciones están constituídas, toman una coloración negruzca, lo que ha hecho á Girode compararlas á las evacuaciones melénicas ó al vómito negro del carcinoma gástrico; 3º en que el dolor á la palpación se limita casi exclusivamente á la fosa iliaca derecha para lo cual, como veremos después, hay una razón anatómica en la situación de las úlceras; y 4º en que si se hace el examen bacteriológico de las evacuaciones, se encontrará casi seguramente el bacilo de Koch.

Las lesiones patológicas difieren también notablemente, pues en esta enfermedad las ulceraciones están situadas por lo regular en la última porción del intestino delgado ó en el ciego, de ésto resulta que el dolor está limitado á la fosa iliaca derecha; el aspecto de ellas es característico; existen algunas que tienen la forma de godete y de fondo descubierto; de bordes poco salientes y rodeados de finas granulaciones tuberculosas; en el interior de la úlcera existen pequeños fragmentos de mucosa lo que hace que el fondo de ella sea muy anfractuoso; hay otras pérdidas de substancia que se sitúan en el intestino grueso y son muy irregulares, con los bordes muy afractuosos y á veces despegados y rodeados de granulaciones; rara vez ocupan los pliegues salientes de la mucosa. Por

lo demás, esta última se encuentra sembrada de numerosas nudosidades tuberculosas.

DISENTERIA.—Acabamos de ver que el diagnóstico en las enfermedades anteriores es relativamente fácil; pero no pasa lo mismo con la disenteria: en este caso el parecido es notable ora en la parte clínica, ora en la anatomía patológica. En ambas enfermedades existen ulceraciones en el intestino grueso con depósito de productos pultáceos en la superficie de ellas; pero dichas pérdidas de substancia difieren en la situación, pues mientras que en la disenteria predominan en el ciego, en la S iliaca y en el recto, dejando casi intacto el cólon transverso, en la *colitis úlcero membranosa* van aumentando en extensión y profundidad del ciego al recto, de manera que casi siempre el cólon transverso está lleno de ulceraciones. Estas empiezan á desarrollarse en la disenteria en los folículos cerrados, mientras que en la *colitis* comienzan en los pliegues salientes. Tanto en una como en otra, las úlceras son profundas, pero varían en la forma; en la disenteria tienen la forma de boton de camisa, se ensanchan en la sub-mucosa produciendo vastos despegamientos que ponen en comunicación unas úlceras con otras, los productos pultáceos que las cubren se desprenden fácilmente; mientras que en la *colitis úlcero-membranosa* las úlceras son de forma alargada, de dirección transversal, de bordes no despegados y el producto pultáceo se desprende con dificultad. Estas son las principales diferencias que podrían establecerse en lo que se

refiere á las lesiones patológicas, sin que éstas tengan un valor absoluto.

La disenteria es una enfermedad que parece ser producida por un germen especial pero cuyo conocimiento no es exacto todavía. En 1876 Loesch descubrió en las evacuaciones de un individuo que sufría una inflamación ulcerosa del intestino grueso, amibas en número considerable y les dió el nombre de *amibas coli*. Más tarde Koch encontró las mismas amibas en varios casos de disenteria y por último Kártulis cree que ellas son los agentes específicos de esta enfermedad. De sus numerosas experiencias ha resultado que estos gérmenes adquieren por medio del cultivo un perfecto desarrollo y que inyectadas en el recto de un gato, han producido evacuaciones mucosas y sanguinolentas. La teoría de Kártulis es la que actualmente priva. Como sé recordará tuve la oportunidad de hacer el estudio bacteriológico de las evacuaciones de la *colitis úlcero membranosa* y no encontré dichos gérmenes. Es un dato que reputo importante porque muy bien podría constituir la línea divisoria entre las dos enfermedades.

En la parte sintomatológica el signo más importante y que es común á las dos enfermedades es la diarrea. Al principio no existe realmente gran diferencia entre las dos; las evacuaciones tienen un color verdoso, son líquidas, con grumos amarillentos estriados de sangre, pero más tarde sí se notan diferencias pues las evacuaciones en la disenteria aguda, toman un aspecto característico; tienen mucha semejanza con la cla-

ra de huevo, mezcladas con sangre, en forma de estrías, son parecidas al esputo del primer período de la neumonía; tienen la viscosidad, la transparencia y el tinte rojizo de él. Es que apenas la mucosa comienza á exfoliarse (Curtois-Suffit). Mientras más avanza la enfermedad, las evacuaciones toman otro carácter: pierden su viscosidad, se vuelven líquidas, son semejantes al agua que resulta después de haber lavado la carne, y en medio de ellas nadan colgajos de membrana, que son restos de mucosa necrosada desprendida de la pared intestinal—caracteres que no encontramos en la *colitis úlcero membranosa*. El dolor también es común á las dos enfermedades; en ambas sigue el trayecto del intestino grueso, sólo que en la disenteria es mucho más intenso y el tenesmo rectal atormenta más atrozmente á estos desgraciados enfermos que experimenten una necesidad continúa de defecar y que no expulsan sino pequeñas cantidades de materias fecales. El movimiento febril así como los demás síntomas generales, son más intensos; la temperatura sube bruscamente acompañada de calosfríos repetidos. La palpación del vientre es sumamente dolorosa, así como cualquier movimiento, de manera que el enfermo instintivamente adopta una posición en la que se relajen los músculos de la pared abdominal y así no hagan presión sobre el intestino; por lo general los enfermos se acuestan de lado con los muslos doblados sobre el vientre y se mantienen inmóviles de esta suerte.

Estos son los principales signos que según creo, bastan

para diferenciar una enfermedad de otra. Solamente me falta describir otra forma de colitis que podría dar lugar á confusión por el nombre que lleva, pero nunca por los signos tanto anatómicos como clínicos que presenta. Bastará, pues, la simple descripción de ella para establecer el diagnóstico.

ENTERITIS MOCO -MEMBRANOSA.—Esta afección ha llamado la atención de un gran número de observadores, pero aún no es completamente conocida. Su característica clínica es la expulsión de moco en forma de membranas contenidas en las evacuaciones.

Es una enfermedad observada desde hace mucho tiempo. Van Swieten la denominó *diarrea glutinosa*. Más tarde fué confundida con la difteria, localizada en el intestino grueso, creyéndose que las falsas membranas eran debidas á esta enfermedad infecciosa.

Pero, Laboulbene presentó un notable trabajo demostrando claramente que esas falsas membranas no eran producidas por la difteria.

Germán See es el que ha hecho hasta ahora, el estudio más completo sobre esta enfermedad y da una descripción muy detallada de ella, en su «*Tratado de dispepsias gastro-intestinales*,» (pág. 225). Me limitaré, pues, con exponer un ligero resumen del cuadro que de esta enfermedad hace en su descripción.

Es conocida con el nombre de *enteritis moco-membranosa* y que simplemente es una secreción mucilaginosa solidificada, que resulta de una constipación atónica; es el resultado de una atonía intestinal á consecuencia de la cual hay una detención de las materias

fecales que irritan la mucosa y producen la secreción y excreción de productos mucilaginosos consistentes, ya en forma de membranas, ya de fragmentos cilíndricos. Estos productos están formados de una substancia amorfa transparente y que no es otra cosa que mucina. Nunca contiene tejido elástico fibroso. La mucosa raramente presenta alteraciones graves; en la mayor parte de los casos las lesiones son superficiales y mal conocidas, porque como excepcionalmente producen la muerte, no se ha practicado el examen microscópico. El punto de partida es una constipación que puede ser fisiológica, pero que la mayoría de las veces es ocasionada por una debilidad general como acontece en la histeria, en la clorosis y en la anemia. Bajo la influencia de esta constipación, las materias fecales permanecen un tiempo prolongado en el cólon y determinan la irritación; es decir, la secreción mucilaginosa; por este motivo se producen solamente en el punto de acumulación de las masas excrementicias y se deposita en la superficie de la mucosa bajo las formas antes dichas á causa de las contracciones peristálticas ó antiperistálticas del intestino. Se trata, pues, de una verdadera atonía intestinal.

Algunas veces las moco-membranas tienen analogía con las falsas membranas de la garganta. Es lo que había hecho creer impropriamente que se trataba de una enteritis diftérica, como si hubiera analogía entre un producto anatómico y una enfermedad parasitaria, tal como la difteria. Como se ve, simplemente con la ligera descripción anterior, es suficiente para establecer una gran diferencia entre esta enfermedad y la *colitis úlcero-membranosa*.

---

---

## ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

---

La colitis úlcero-membranosa es una enfermedad por lo general de forma secundaria; pero que en algunos casos es primitiva y se presenta por lo común en individuos de 40 á 60 años de edad y que parece ser más frecuente en el hombre que en la mujer.

Es probable que las diversas estaciones del año tengan alguna influencia sobre su desarrollo porque se presenta con mayor frecuencia en primavera y en estío.

Las causas que comunmente refieren los enfermos como origen de su enfermedad son variables; algunos creen que es debido á enfriamientos; hay otros —y son los más numerosos— que lo hacen provenir de excesos en las bebidas alcohólicas ó de infracciones á la higiene del régimen alimenticio.

¿Se puede decir que son estas las causas de la enfermedad ó que solamente preparan el terreno para que agentes patógenos encuentren sitio apropiado á su desarrollo y den nacimiento á la afección? Creo que si aquéllas no son las verdaderas causas por lo

menos sí vienen á crear una oportunidad morbosa para que los micro-organismos se desarrollen. Efectivamente, se recordará que los primeros síntomas de que se dan cuenta los enfermos corresponden á un catarro gastro-intestinal. Aún más, las lesiones patológicas nos lo confirman, pues se verá por las observaciones que voy á referir, que hay lugar á suponer lo que he asentado antes.

En la pieza anatómica de la observación núm. 172 perteneciente á Ruperto Romero muerto de esta afección, se ven en la mucosa intestinal los diversos aspectos siguientes: 1º pequeñas pérdidas de substancia que tienen apenas un milímetro de diámetro, al nivel de las cuales el epitelio está descamado; estas pequeñas ulceraciones análogas á las que se encuentran en la colitis catarral, tienen sus bordes irregularmente festonados sin duda á causa de que la mucosa es corroída desigualmente; en su fondo se pueden ver por medio de la lente algunos orificios glandulares; 2º pérdidas de substancia más grandes hasta un centímetro de diámetro, con el mismo aspecto que las precedentes, sólo que en ellas ya no se ven los orificios glandulares; 3º en algunos sitios, particularmente en los pliegues salientes de la mucosa, se ven ulceraciones semejantes á las descritas, que se unen por sus extremos dando lugar á otras más grandes de forma elíptica alargada; 4º pérdidas de substancia aún más grandes, cuyo fondo está cubierto por un producto pultáceo blanquecino y cuyos bordes conservan su aspecto festonado.

El estudio de la pieza núm 209 perteneciente á José Posada, muerto de la misma enfermedad, nos da un resultado semejante al anterior. Esta pieza: que comprende una porción de íleon, el ciego y el cólon ascendente, presenta caracteres muy parecidos. En ella se ven, principalmente en el ciego, pequeñas ulceraciones irregulares de bordes festonados análogas á las de la colitis catarral; estas ulceraciones van creciendo tanto por el ensanchamiento como por la confluencia de ellas, y al fin del ciego se ven grandes pérdidas de substancia cuyo fondo está lleno de producto pultáceo blanco verdoso.

Pasemos ahora al estudio de la pieza núm. 262, perteneciente á Francisco Gómez. En esta pieza que comprende el ciego y el cólon ascendente se observa sobre el fondo rojo intenso de la mucosa congestionada: 1º puntos éxtremadamente pequeños salientes; del color rojo intenso; 2º otros puntos salientes como de tamaño de una cabeza de alfiler, de color blanquecino y rodeados por una aureola roja; 3º pérdidas de substancia muy pequeñas, crateriformes, de bordes rojos salientes y de fondo blanquecino. Estas lesiones cuya marcha gradual acabamos de describir, corresponden á la inflamación bien conocida con el nombre de foliculitis ulcerosa, tienen, en efecto, por sitio los folículos linfáticos del intestino, que gradualmente van creciendo hasta romperse, vaciando su contenido purulento y dejando las pequeñas úlceras que mencionamos. Pero más adelante, en la misma pieza encontramos: 4º ulceraciones con los caracteres del gru-

po 3º situadas en hilera transversal y de preferencia en los pliegues salientes de la mucosa; 5º grandes ulceraciones elípticas alargadas, transversales, de bordes rojos, salientes y de fondo cubierto por un producto pultáceo blanco verdoso. La transición entre este tipo y el precedente es manifiesta; se ven efectivamente ulceraciones en la forma de un número 8, que resulta de la confluencia de dos úlceras y se ve también que el depósito pultáceo va adquiriendo más importancia á medida que la úlcera gana en extensión. La forma elíptica alargada de la úlcera no es más que un tipo notable por su constancia y debido sin duda al sitio preferente de esta lesión en las salientes de los pliegues de la mucosa. Pero no es la única forma que se ve; suelen reunirse dos ó más ulceraciones por sus lados mayores, y de aquí resulta una pérdida de substancia más ó menos circular ó de contorno irregular.

Como se ve, casi siempre hay una inflamación catarral que parece ser la primera que invade la mucosa antes de que las ulceraciones aparezcan y no es raro que la mucosa así inflamada, llegue á ser muy apta para que los gérmenes patógenos puedan desarrollarse y vengan á producir las lesiones anteriormente enumeradas. Igualmente se ve que las lesiones son más avanzadas en su evolución á medida que se aproximan al recto y creo que es debido á que, como las materias excrementicias permanecen algún tiempo en el cólon descendente y en el recto, ejercen una acción irritante más prolongada sobre la mucosa de estas porciones del intestino grueso que en las otras. La situa-

ción y dirección de las úlceras, me las explico de esta manera: como los pliegues salientes de la mucosa están en contacto más íntimo con las materias fecales, resulta que es mayor la influencia de las acciones bacterianas sobre ellas que sobre las otras porciones de la mucosa; en cuanto á la dirección fácilmente se comprende por ser la dirección misma del pliegue.

Las úlceras nos explican también por qué se observan las diversas complicaciones que hemos observado. Se sabe que dichas úlceras dan origen á las embolias sépticas, que llevan diversos gérmenes á diferentes vísceras á donde van á producir variadas perturbaciones, dando lugar también á una infección general por la absorción de los productos de secreción de estos micro-organismos.

No es dudoso que existan algunos agentes patógenos que produzcan esta enfermedad, pues como hemos visto en la parte sintomatológica, hay fenómenos generales de infección que no pueden ser explicados sencillamente por las lesiones anatómicas.

En el supuesto de que existan estos agentes, queda por resolver esta otra cuestión. ¿Son especiales á esta enfermedad ó son sólo los que habitualmente se encuentran en el intestino y que, debido á circunstancias *sui generis*, producen esta lesión? No podría dar una respuesta decisiva sobre este punto, porque no he hecho el número suficiente de observaciones. Empero, se recordará que al hacer el examen bacteriológico de las evacuaciones, se encontraron los gérmenes que habitualmente existen en el intestino y que llamé la aten-



ción sobre un bacilus que, según parece, no está descrito entre los que habitualmente existen en la cavidad intestinal. No sería difícil que éste fuera el agente patógeno del caso que estudio, pues en mi humilde concepto, hay motivos para pensar que si los otros gérmenes que viven en el intestino fueran los patógenos de dicha afección, ésta se presentaría también en otros estados catarrales de la mucosa intestinal.

### CONCLUSIONES.

Lo expuesto anteriormente, me induce á concluir lo siguiente:

1º Que la *colitis úlcero--membranosa* es una enfermedad en la mayoría de los casos de origen secundario.

2º Que casi siempre es consecutiva á la forma catarral.

3º Que el caracter principal de la lesión anatómica es que la ulceración aparece situada sobre los pliegues salientes del intestino y cubierta por un pro ducto pultáceo que con dificultad se desprende.

4º Que las lesiones patológicas son de evolución más avanzada conforme se aproximan al recto.

5º Que en la parte sintomatológica no tiene caracteres verdaderamente especiales; y

6º Que por falta de observaciones no puede decir el autor de este trabajo si es una enfermedad producida por un gérmen especial.

Esto es, en resumen, Sres. Jurados, el resultado de las observaciones á que he podido llegar. Comperndo que mi trabajo adolece de grandes defectos, porque grande también es mi insuficiencia; pero tengo la convicción de que he puesto todo el empeño de que soy susceptible y toda la eficacia de que soy capaz, por presentar á vuestra ilustrada consideración el boceto de un cuadro cuyo asunto puede ser interesante para la ciencia médica.

La afección que ha sido objeto de mis deficientes, pero bien encaminadas observaciones, presenta, á mi modo de ver, una gran importancia, así por lo que hace á su naturaleza íntima, que no vacilo en reputar ignorada á lo menos hasta ahora; como por la frecuencia verdaderamente notable con que se advierte en el Hospital donde he practicado mis escasas observaciones.

Vuestra reconocida competencia habría sido un obstáculo más que poderoso, acaso invencible, para presentaros este trabajo que, en cierto modo indica—pues de ninguna manera crea—la existencia de una entidad morbosa desconocida. Pero sabiendo además, que la competencia es inseparable de la indulgencia, y que, por consiguiente, no me era dable aspirar á ninguna garantía más sólida para mi ignorancia que á la competencia de mis Jueces, hube de emprender este trabajo venciendo todas mis vacilaciones. Entiendo que está plenamente justificada mi conducta.

*Gálo de Ita.*

LAMINA NUM. I.



PORCION DE INTESTINO GRUESO.

- A.—*Mucosa normal.*  
B.—*Ulceración con fondo pultáceo.*  
C.—*Ulceración de evolución avanzada.*  
D.—*Ulceración de evolución más avanzada.*

LAMINA NUM. 2.



*Ramon*

*Zeiss Obj AA Oc 4.*

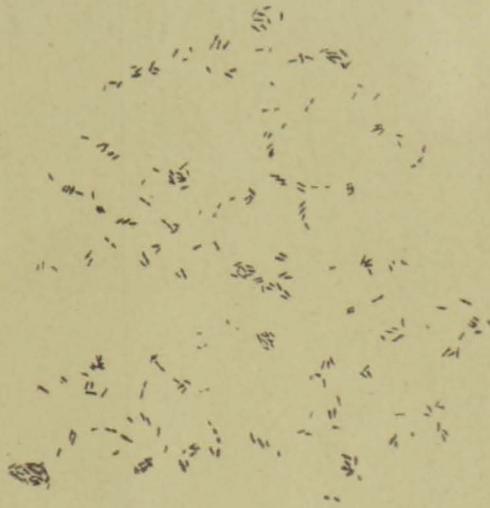
CORTE DE INTESTINO EN QUE LA LESIÓN NO ES MUY  
AVANZADA.

LAMINA NUM. 3.



CORTE DE INTESTINO EN QUE LA LESIÓN ESTÁ MUY  
AVANZADA.

LAMINA NUM. 1.



FORMA Y DISPOSICIÓN DE LOS «BACILUS.»