

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR: Dr.

Humberto Díaz

REDACTORES:

Dr. Antonia Vidal

Dr. Ricardo D. Alduvin

Dr. Salvador Paredes

ADMTNIS TKADOR:

Dr. Miguel A. Sánchez

---

Año III Tegucigalpa, Honduras, C. A., Agosto de 1933 | No. 34

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*Leyendo el canje que nos viene de Nicaragua, nos hemos cerciorado, hace poco, que el gremio médico de ese país hermano comienza a preocuparse ya, por el mejoramiento de su situación social y profesional.*

*Para celebrar el XI aniversario de la fundación de la Sociedad Médica de Managua., se promovió un concurso entre todos los médicos de la República, en el cual, todos los trabajos presentados giraron alrededor del tema; "Medios de que podemos valemos para mejorar la condición social y profesional del Médico en Nicaragua".*

*El asunto en cuestión, de vital importancia para esa pléyade de abnegados luchadores que por los diversos rumbos del planeta, van aliviando las dolencias de la humanidad, ha sido abordado de un modo brillante por gran número de médicos nicaragüenses, llegándose a conclusiones trascendentales no sólo en el aspecto económico, sino desde el punto de vista espiritual.*

*Afirman, y con mucho acierto, que la falta de preparación moral de algunos profesionales, es la responsable de un sinnúmero de prejuicios que la mente popular ha enderezado en contra, aun del elemento noble y honrado, de aquel gremio. Afirman también que en la enseñanza universitaria del futuro médico debe ir comprendida de un modo inevitable, la influencia que la Deontología debe ejercer sobre la personalidad científica de todo individuo que, en un momento dado, la Universidad, pone en condiciones para ejercer el nobilísimo apostolado de la medicina.*

*Este aspecto es el que para nosotros reviste mayor importancia, ya que su face económica, desde luego, la relegamos a un lugar*

*secundario. Aquí en Honduras, nuestro humilde criterio ha estado siempre de acuerdo con todos aquellos que piensan que una de las funciones básicas que no ha llenado nuestra Universidad, ha sido la de modelar la personalidad espiritual de los individuos que llegan a su seno, la institución en referencia se ha concretado a dar títulos sin tomar en cuenta el apotegma de Montaigne: "Ciencia sin conciencia es la ruina del alma". Porque si hay honrosas excepciones en nuestro medio, con relación a, lo apuntado, habrán sido casos de verdadero milagro o de instintiva conservación si gustáis, pero nunca el resultado de una labor humanamente previsor, sostenida por nuestro sistema universitario.*

*Urge, pues, aquí en Honduras, orientar a las nuevas generaciones por caminos más fecundos a la realización del admirable consorcio de la ciencia y la conciencia, del corazón y del pensamiento, con lo cual deberá ser repujada la personalidad de los profesionales futuros.*

## Tratamiento de las Recto-Colitis graves no disintéricas

*Traducción y comentarios al trabajo del Dr. Eduardo Antoine, de París, publicado en el Suplemento de "La Medicina"*

*Por el Dr. Antonio Vidal*

<p>Todo el mundo conoce que existen dos clases de disentería perfectamente individuales, que son:</p> <p>1-Disentería amibiana. 2- bacilar.</p> <p>Pero sucede que al lado de estas afecciones, sobre todo en los trópicos, existen numerosas afecciones que sin ser causadas por amibas ni bacilos específicos, semejan estas afecciones tanto en su marcha clínica como</p>	<p>en su gravedad, La importancia que tiene el estudio de estas afecciones es enorme, y su literatura llena uno de los capítulos más importantes de nuestra Patología Tropical.</p> <p>Será, pues, sobre estas afecciones, algunas de las cuales aun no están enteramente individualizadas, que llamaré vuestra atención, así como sobre su tratamiento. La clasificación de la recto- colitis en general puede</p>
---	---

hacerse de diferentes puntos de vista clínico, etiológico y anato-mo-patológico.

Desde el punto de vista anato-mo-patológico estas recto-colitis, en general pueden agruparse de la manera siguiente:

1- Disenterías amibianas de las cuales no me voy a ocupar.

2- Enteritis, tiflitis y colitis muco-membranosas.

3- Rectitis de origen ascen-dente, rectitis blenorragica por ejemplo.

Atendiendo a su forma clínica Antoine y Bensaude las clasifican como sigue:

1- En el caso de predominar el mucus con pus o sangre, tenemos la recto-colitis hemorrágica, purulenta, o la forma mixta llamada hemorrágica purulenta.

En este caso las lesiones se han desarrollado al nivel de la mucosa con o sin ulceraciones.

2- Si las lesiones mucosas pasan al segundo plano y la reacción esclero-hipertrófica predomina, tendremos las formas llamadas estenosantes o pseudo cancerosas, las cuales realizan verdaderos tumores inflamatorios del colon.

En este caso las lesiones se sitúan al nivel de la sub-mucosa y de la musculosa.

3- En un tercer grupo estos autores colocan la recto-colitis que parecen interesar sobre todo la sub-serosa y la serosa, produciendo por consiguiente reaccio-

nes inflamatorias perifonéales.

Con respecto a la etiología de estas afecciones tenemos que decir que cualquiera que sea el agente que infecte o irrite, la mucosa recto-cólica reacciona de la misma manera, por consiguiente cualquier estudio clínico por profundo que sea no permitirá precisar la etiología de la afección. Debemos recurrir en todo caso al laboratorio. En este caso deberán precisarse los exámenes siguientes :1º-Examen de orina, que suministrando el dato de la falta de azúcar y albúmina, permitirá eliminar las recto-colitis consecutivas a la diabetes y a la albuminuria.

3-El examen de sangre, que será practicado con los objetos siguientes:

a) Dosificación de la urea sanguínea que permitirá descubrir las azotemias y las reacciones secundarias a la uremia;  
b) Numeración globular con el objeto de establecer la fórmula leucocitaria que nos dará ciertas enseñanzas. La anemia es constante en la forma hemorrágica, así como la leucocitosis. Si se encuentran eosinófilos hay que pensar en una lesión parasitaria o amibiana, sin embargo, hay casos donde se encuentra eosinofilia y donde no es posible demostrar ninguna causa parasitaria.

No debe olvidarse que es ne-

cesario investigar en el suero sanguíneo el poder aglutinante para los bacilos de Eberth, paratíficos A y B, Flexner y Hiss, con el objeto de eliminar la posibilidad de secuelas tíficas, paratíficas, de disentería bacilar.

3)\*—El examen de heces, así como el de las evacuaciones anormales será rigurosamente practicado, investigando al estado fresco los parásitos siguientes:

Amibas patógenas, levaduras, spirilos, tricomonas, balantidium Coli. quistes de toda clase, huevos de parásitos, etc. Para mayor seguridad se podrá hacer esta investigación después de; haber dado al enfermo una pequeña dosis de sulfato de soda, 5 a 10 gramos la mañana misma del examen.

Con el objeto de perfeccionar el diagnóstico se aconseja también colorear frotis de materias fecales, los cuales, además de los parásitos, pueden revelar la presencia de hemáticas, glóbulos de pus, eosinofilia local, etc.

4°—En último lugar el examen directo por medio del rectoscopio nos dará a conocer el estado de la mucosa, permitiéndonos tomar mucus o cualquiera otra substancia con el objeto de practicar siembras y completar así los exámenes anteriores.

En resumen diremos que en presencia de un enfermo atacado de recto-colitis grave, deberemos pensar en primer lugar en una

disentería amibiana o bacilar o en sus secuelas, y no es sino después de haber eliminado estas afecciones por todos los medios del laboratorio posibles y por exámenes repetidos que estaremos autorizados a diagnosticar recto-colitis de cualquiera otra naturaleza. Y gracias a las investigaciones complementarias, las cuales necesitan una gran experiencia, que podremos aislar del grupo llamado de recto-colitis criptogenéticas cierto número de casos en los cuales la causa quede plenamente demostrada.

Ecológicamente y de manera hasta cierto punto provisional, pueden clasificarse la recto-colitis graves no disentéricas en los grupos siguientes-

1° Recto colitis debida a infecciones parasitarias. Numerosos casos han sido publicados en estos últimos años incriminando diversos parásitos, tales como lamblías, tricomonas, balantidium coli, spirilas, cercomonas, esquistosomas, etc Este grupo de recto-colitis los autores americanos lo engloban bajo el nombre de "diarrea o flagelos". Está fuera de duda la acción de los parásitos anteriormente mencionados, sin embargo, existe aún un grupo de autores que niegan la acción patógena de estos parásitos. Una de las pruebas más evidentes de su patogeneidad es la acción brillante obtenida contra

Ros por medio de medicamentos apropiados.

2"—Recto-colitis debidas a infecciones microbianas. Este grupo es muy vasto, pues abarca las colitis producidas por diversos bacilos, tales como el de Eberth, los paratíficos A y B, colibacilos, enterococos, estreptococos, etc.

3"—Recto-colitis debidas a intoxicaciones.—Entre las auto intoxicaciones merecen mención la uremia, 3a gota, la diabetes, etc., la Oxalemia, la apendicitis crónica y entre las entero intoxicaciones son bien conocidas las recto-colitis graves secundarias al hidrargirismo, arsenicismo, cólchico, baryum, etc.

4"—En fin, en un cuarto grupo se ha convenido en colocar todas aquellas recto-colitis cuya causa escapa a nuestra ignorancia. Este grupo irá desapareciendo a medida que nuestros medios de investigación se conviertan en más potentes y perfectos.

*Tratamiento en general* En el tratamiento de estas afecciones hay que reconocer la dificultad en obtener una curación absoluta, pues las recaídas y recidivas son muy frecuentes.

El tratamiento médico exige paciencia y tenacidad, tanto de parte del médico como del enfermo. En cuanto al tratamiento clínico, aun encuéntrase en un periodo que podríamos llamar embrionario y parece no haber

producido buenos resultados sino en manos de muy hábiles cirujanos.

Comenzaremos nuestro estudio sobre el tratamiento de estas afecciones con el método dietético.

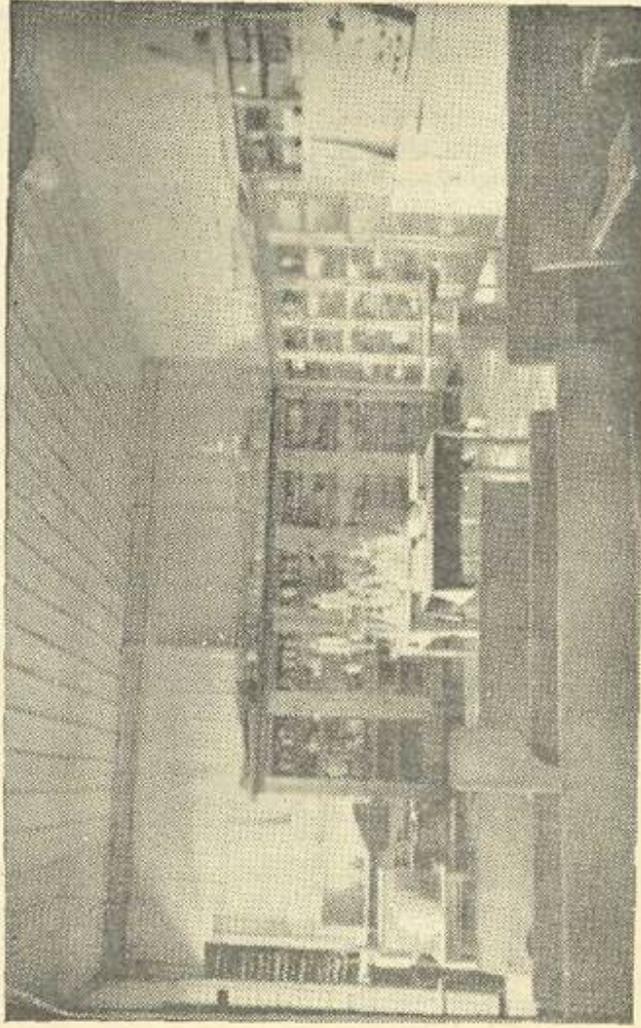
1°—Tratamiento dietético.—El régimen alimenticio debe imponerse tanto durante los periodos agudos como durante los periodos de calina

En el curso de los periodos agudos, si hay diarrea, el enfermo será puesto en reposo, tanto físico como moral, sometiéndolo a dieta líquida compuesta de aguas gaseosas, infusiones azucaradas, agua de arroz adicionada con jugo de limones y decocción de cereales. Esta dieta se continuará durante uno o los días, sin jamás pasar de cuatro. Si hay fenómenos de depresión, éstos se combatirán por medio de las inyecciones subcutáneas de aceite alcanforado, estriquina y suero glucosado. También podrá dar adrenalina por vía digestiva.

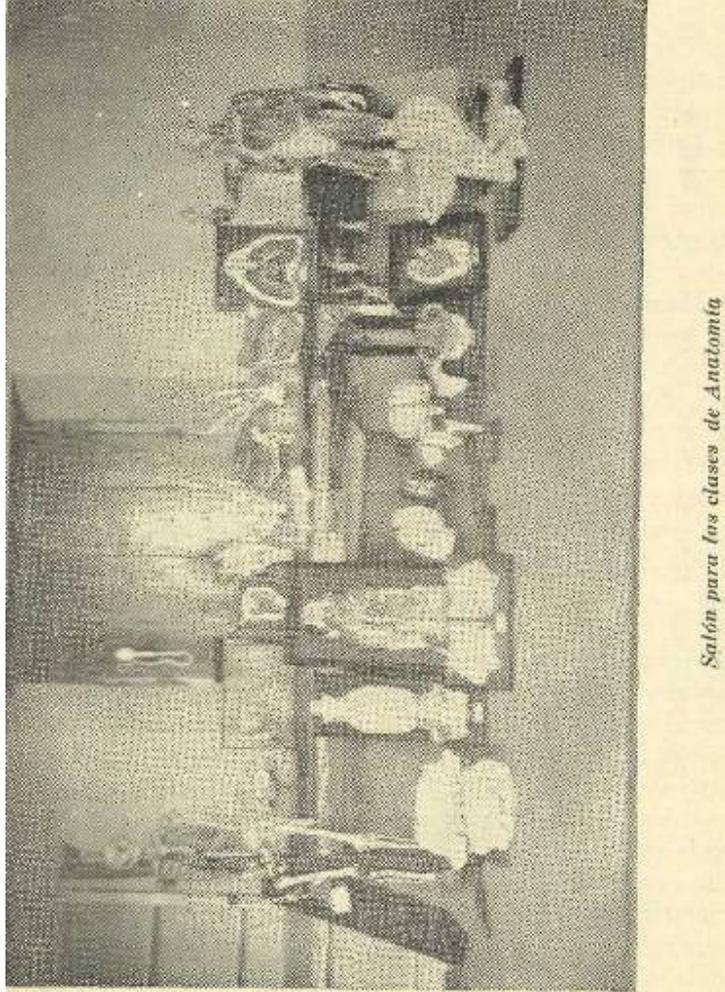
Después de este tiempo se continuará alimentando el enfermo de manera progresiva.

En las formas crónicas hay que limitarlo a la alimentación a caldos de legumbres y cereales. De manera general hay que reducir la cantidad de leche en aquellos enfermos sujetos a flatulencia, así como los hidratos de carbono, el pan y los azúca-

LOS PROGRESOS DE NUESTRA ESCUELA DE MEDICINA



*Un Aspecto de los Laboratorios de Química*



*Salón para las clases de Anatomía*

res. Las frutas crudas y las legumbres verdes deben ser cocidas, molidas y tamizadas para que sean aceptadas por estos enfermos de intestino muy sensible.

Si las heces son duras o hay constipación, la alimentación deberá ser abundante, pero de manera general se evitará dar alimentos que aumenten la putrefacción en el segmento terminal del intestino, tales como carne, huevos, leche y pescado. En estos casos se instituirá un régimen harinoso y de vegetales tales como patatas, legumbres conocidas, diversas harinas de cereales, caldo de legumbres, mantequilla, aceite, confituras, pan o bizcochos. Después la alimentación se aumentará poco a poco a medida que la mejoría se acentúe.

Si hay diarrea, sólo los exámenes coprológicos podrán guiarnos para instituir el régimen más conveniente. Si un enfermo, por ejemplo, adolece de insuficiencia gastro-pancreática, podrá digerir convenientemente si se le da extractos gástricos, pancreáticos o ácido clorhídrico diluido.

Si otro enfermo adolece de diarrea del intestino delgado, se le deberá poner un régimen muy severo, compuesto de caldo, de cocción de cereales, agua de arroz, sémola y tapioca.

El kéfir o el Yoghourt da algunos resultados tomados a la

dosis de 200 grms. antes de cada comida.

En los enfermos atacados de diarrea cecal se deberá evitar el uso de las leguminosas, tales como guisantes, lentejas, frijolea etc., así como las legumbres verdes. En este caso lo mejor es un régimen mixto, compuesto de caldo, feculentos, carne, azúcar, mantequilla y confituras.

Todo lo dicho anteriormente es en términos generales, pues es necesario tener presente que cada enfermo reacciona de manera muy personal. Es necesario saber variar en cada caso la alimentación para así encontrar el régimen más apropiado para cada caso, dejándose guiar naturalmente por el resultado de los exámenes coprológicos.

#### *Tratamiento medicamentoso*

Se presentan los grandes indicaciones que son: 1\*—El uso de pastas de carbón y 2"—El es] polvoreaje del intestino.

Si de la fórmula bien conocida de la pasta Revaut se suprime la ipeca y el opio, obtenemos una pasta de carbón que da siempre excelentes resultados y cuya fórmula sería la siguiente:

Carbonato de bismuto muy puro.

Carbón vegetal finamente pulverizado, a a 100 gr.

Glicerina.

Jarabe simple

En las formas sin diarrea sí

prescribirá un tercio o una media cucharadita de esta pasta, en un poco de agua antes de las principales comidas.

Si hay diarrea, se aumentará la dosis a una cucharadita antes de cada comida. En ciertos casos de diarrea ácida se agregará a la fórmula anterior un poco de carbonato de calcio, así:

Carbonato de bismuto muy puro.

Carbón vegetal finamente pulverizado.

Creta, 30 gr.

Glicerina.

Jarabe simple, 100 gr.

De esta preparación se darán las mismas dosis que anteriormente. En ciertos casos con constipación ligera, se reemplazará

la creta ventajosamente por la magnesia.

El uso prolongado de estas diversas pastas da casi siempre muy buenos resultados.

Siguiendo el mismo principio se pueden utilizar con gran ventaja polvos diversos que obran como calmantes y desinfectantes del intestino grueso, constituyendo un verdadero espolvoreaje de la mucosa de dicho órgano.

Entre estos polvos citaremos el carbonato y el sub-nitrato de bismuto, el carbón vegetal o animal purificado, el talco, el dermatol, etc. Estos diversos medicamentos pueden emplearse ya solos o combinados de la manera siguiente:

Bismuto y Kaolín, aa.

Bismuto, Kaolín y Creta.

Bismuto, Kaolín y Magnesia.

Dermatol y Creta, etc.

Respecto a la dosis de estos medicamentos hay que tener presente que las dosis pequeñas de un cuarto de cucharadita antes de cada comida dan mejor resultado en los casos con diarrea. Las dosis mayores de una cucharada tomadas en un vaso de agua tienen acción laxante y dan mejores resultados en las formas con constipación.

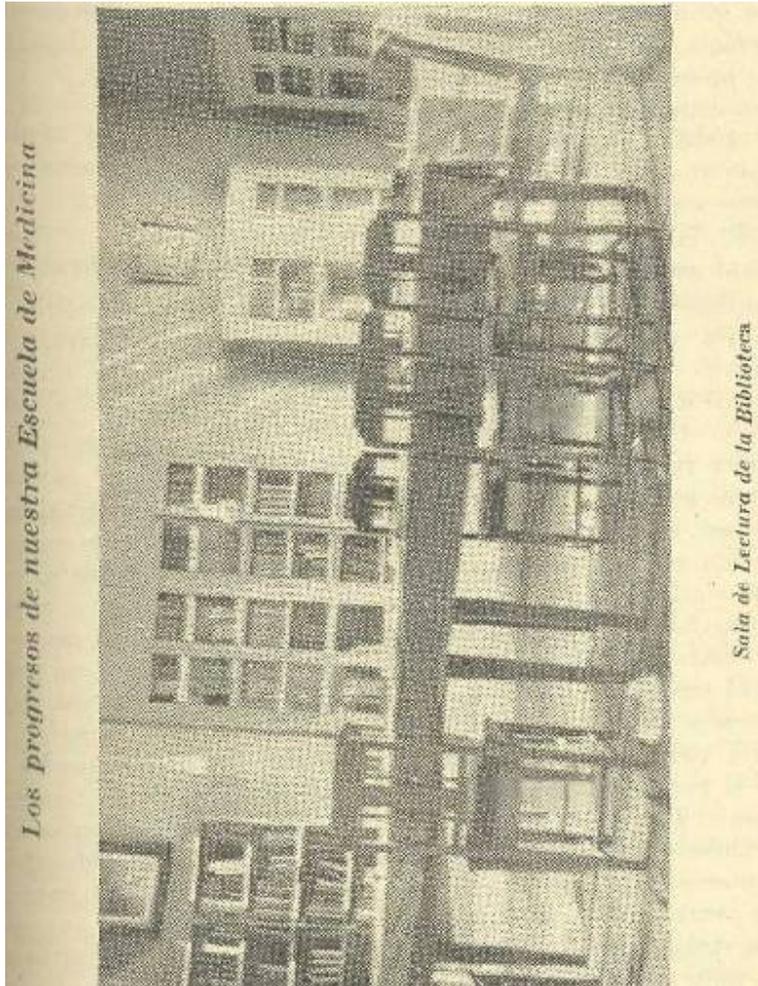
La emetina es también un buen medicamento que se da a la dosis de cuatro centigramos dos veces al día bajo forma de inyecciones y sobre el cual no me voy

a extender por ser de vosotros conocida.

El arzeno-benzol da buenos resultados en los casos de infecciones parasitarias. Este medicamento puede ser administrado de diversas maneras. Por la vía intravenosa se da a la dosis de 15 a 30 mgrms. cada cuatro días en series de 10 inyecciones. Por la vía bucal se dará en comprimidos glutinizados de 10 mgrms. dos veces al día por series de 10 días. Por la vía rectal a la dosis de 30 centigramos incorporados a un pequeño enema modificador. Por la vía duodenal se dará con la ayuda de la sonda de Einhorn.

El Estovarsol y el Treparsol son arsenicales pentavalentes, recientemente introducidos en terapéutica y que han dado excelentes resultados en todas las afecciones del intestino grueso. La eficacia de estos medicamentos es, sobre todo, patente en los casos de colitis parasitaria debida a amibas, lamblías o tricomonas, colitis o blastocistis, así como en la enteritis simple y aun en las tuberculosas.

El estovarsol se prescribe en las recto-colitis ligeras a la dosis cotidiana de un comprimido de 25 centigramos durante varias semanas o varios meses, sin ningún inconveniente, siendo preferible darlo a la hora de las comidas.



*Los progresos de nuestra Escuela de Medicina*

*Sala de Lectura de la Biblioteca*

En los casos más graves es necesario prescribir un comprimido de estovarsol de 25 **ctgrms.** dos veces diarias y aun a tres a la hora de las comidas durante los primeros tres días de cada semana. En ciertos casos se puede prescribir esta dosis de dos a tres comprimidos por día durante 1.0 días, suspendiendo cinco días y comenzando de nuevo si es necesario.

El Treparsol se prescribe de igual manera, pero a dosis ligeramente más fuerte, de tres a cuatro comprimido de 25 centigramos por día. Fuera de la acción anti diarreica. el Estovarsol y el Treparsol tienen cierto poder reconstituyente sobre el estado general. Estos medicamentos son, además, antisépticos, haciendo imputrecibles los desechos alimenticios no atacados; activarían también la acción de la diastasa digestiva.

El tenor en arsénico de estos diversos compuestos sería el 20 % para el Novoarsenovenzol, 27% para el Estovarsol y 28% para el Treparsol.

Otros antisépticos intestinales que se podrán utilizar con alguna ventaja en ciertos casos son los siguientes: el salicilato de bismuto a la dosis de 1 a 2 gramos por día, la cloramina a la dosis de 3 a 4 series de 5 centigramos por día, la uroformina, el azul de metileno, los fermentos lácticos, la quinina a la do-

sis de 1 gramo 50 diario, etc.

El empleo del cloruro de calcio en solución concentrada y en inyecciones intravenosas ha dado resultados muy interesantes en ciertos casos por diarrea intensa.

Últimamente se ha estado ensayando con muy buenos resultados el rivanol.

#### *Tratamientos locales*

Estos se pueden referir a los puntos siguientes: lavados, métodos endoscópicos. curaciones rectales y tratamientos eléctricos.

1.-Lavados.—Estos deberán ser reservados a los casos muy graves con supuración abundante o con hemorragias repetidas. Este método no puede aplicarse verdaderamente bien si no es en un hospital o en una casa de salud, donde se obrará con prudencia y bajo la dirección de una enfermera experimentada. Los lavados serán practicados con una solución tibia o caliente a muy débil presión, encontrándose el enfermo acostado sobre el dorso o sobre el lado izquierdo. Hay que servirse de una cánula de vidrio de doble corriente, o en rigor con la ayuda de sondas de hule, una para introducir el líquido y la otra para facilitar su derrame. En efecto, todo lavado rectal, para que pueda llamarse bueno, deberá derramar

el líquido a medida que es inyectado en el recto.

Hay *que* evitar el lavado bajo presión, pues él puede llevar más alto los gérmenes de la deyección. Los lavados deben ser cotidianos. Para estos lavados se han aconsejado múltiples antisépticos, tales como el Colargol, Ictiol. Creosota. Nitrato de plata, **Percloruro** de hierro, agua oxigenada, azul de metileno, timol, etc.

En la práctica resulta que las soluciones medicamentosas débiles son perfectamente inútiles y las soluciones fuertes realmente desinfectantes son muy irritantes para la mucosa intestinal.

Sólo las soluciones isotónicas de cloruro de sodio al 7 por **mil** o de cloruro de magnesia del 10 al 50 por mil pueden ser empleadas con la esperanza de traumatizar lo menos posible la mucosa intestinal.

Conviene mencionar aquí el método preconizado por Einhorn recientemente. Según este autor, feria posible lavar el colon de arriba abajo sin necesidad de una cecostomía o apendicotomía, introduciendo **un tubo** de goma por la boca y dejándolo ir hasta el ciego. La introducción de este tubo debe seguirse por medio de exámenes sucesivos por los rayos X. Tan pronto como la cápsula del tubo está alojada en el ciego, se detiene la proyección del tubo de manera que no pueda descender más. Einhorn practica

entonces una instilación de una solución de 0.50 por mil de carbonato de calcio por el método de gota a gota dos, veces por día. Una solución débil de mercurio cromo a 50" por ciento es instilada de igual manera una vez por día en la cantidad de 70 a 100 c. c. El tubo queda en su lugar por un espacio de dos a tres semanas y el enfermo se alimenta durante este tiempo de manera ordinaria por la boca. La quitada del tubo puede hacerse, sea retirándolo por la boca, sea después de sección, dejándolo pasar por la vía intestinal, apareciendo en las heces al cabo de dos o tres días. Este método no es aplicable en clientela particular, sólo en el hospital o en casa de salud bien equipada.

2"—Métodos endoscópicos.— Estos tienen la ventaja de poner directamente los medicamentos en relación con la mucosa enferma. No deben ser empleados sino con una gran prudencia a causa de la irritación provocada por el paso repetido del rectoscopio. Son absolutamente impracticables en los casos muy graves y cuando la parte inferior del recto está ya invadida, en caso contrario pueden ser muy útiles.

Se han utilizado con ventaja al nivel de las ulceraciones, las insuflaciones con una pera de polvos inertes tales como el dermatol, creta, bismuto, óxido de zinc, etc., o los toques con solu-

ciones de fushina, azul de metileno y violeta de genciana al 1 o 2 por mil.

3°—Curaciones rectales.—Parece ser que este método terapéutico es el más útil y más fácil de fijar. Procura este método una sedación rápida de los dolores, así como una disminución muy marcada de las hemorragias y de las secreciones purulentas.

El principio del método consiste en llevar al recto y al sigmoides sustancias medicamentosas finamente divididas y emulsiones en un excipiente mucilaginoso. Mathieu, Friedel, etc., han preconizado una especie de helado preparado con 20 gramos de agar-agar en un litro de agua. Más o menos tres cucharadas grandes de esta solución se vierten en agua hirviendo y se mezclan hasta consistencia cremosa. A este preparado se incorpora medicamentos calmantes tales como tintura de belladona XXX gotas, láudano XX gotas, antipirina 2 grms., cocaína 6 ctgrms. y medicamentos estípticos tales como adrenalina XX gotas, cloruro de calcio 2 grms., emetina 10 ctgrms. Se puede agregar también cauterizantes tales como ácido crómico III gotas de la solución al 1%, creosota III gotas, o desinfectantes tales como el aceite gomenolado XX gotas, licor de Labarraque XX a XXX gotas, o polvos inertes tales como óxido de zinc, talco y

bismuto. Se inyecta la mezcla en el recto con una sonda blanda y una jeringa de Guyon. La curación debe ser hecha todos los días al acostarse para retener toda la noche.

Entre las fórmulas más usadas citaré las siguientes:

Dermatol, 5 gramos.

Creta preparada, 10 gramos.

Láudano, XX gotas.

Tintura de belladona, XXX gotas.

Excipiente mucilaginoso, 200 c.c.

O bien:

Cloruro de calcio, 4 gramos.

Láudano, XX gotas.

Aceite gomenolado, 10 c.c.

Excipiente mucilaginoso. 50 c.c.

O

Creosota 1 gramo.

Aceite de almendras dulces, 10 gramos.

Agua destilada, 150 gramos.

Esta otra fórmula es muy recomendada:

Láudano, XX gotas.'

Tintura de belladona XX gotas.

Almidón. 10 gramos.

Dermatol, 2 gramos.

Decoción de raíz de malva, 100 c.c.

La acción calmante de esta fórmula es considerable y su fabricación muy fácil. En los Estados Unidos, Crohn y Rosenberg han utilizado con éxito los lavados de acriflavina. Esta sustancia es altamente antiséptica y

parece no ser irritante ni tóxica. Se principia con una solución al 1 por 4 mil, administrando dos veces al día un enema de 75c.c, para guardar 20 minutos. Al obtener alguna mejoría se reducen los lavados a 1 por día y el total de la solución se sube a 1 por 3.500 y después a 1 por tres mil. Cuando la mejoría es manifiesta se practican las curaciones alternas, dando en el día intercalado un enema de bicarbonato de soda al 1%. Al cabo de la tercera o cuarta semana la rectoscopia permite constatar una mejoría considerable.

También los lavados de rivanol serían dignos de ensayarse.

4"—Tratamientos eléctricos.— No haré más que mencionar la ionización rectal al sulfato de zinc y el empleo de la diaternia, así como de las corrientes de alta frecuencia.

*Tratamientos biológicos* Los tratamientos biológicos se encuentran aún en su primera etapa de desarrollo y se aplican especialmente a la recto-colitis grave cuyo agente ha podido ser aislado, tal como en las colitis debidas a los bacilos tíficos y paratíficos.

Aun en las formas de gérmenes múltiples la vacunoterapia practicada en auto-vacunas o con simples vacunas comerciales, ha producido buenos resultados. Los autores Butler, Harris, Daw-

sier, White, Allen, etc., después de los trabajos de Wrieth, nos han ilustrado sobre casos de curación completa por medio de la vacunoterapia. Estos autores han empleado las inyecciones preparadas con microbios tales como el bacterio coli, el bacilo lactis aerógenos, el estreptococo, el para colibacilo y otros encontrados en el mismo enfermo.

Maute, Renaud, Vadet, han empleado también vacunas a base de coli. Yasles ha utilizado una vacuna mixta compuesta de coli perfringens y enterococo. Igual manera Berthelot y Bertrand se han servido de una vacuna a base de proteos y de bacilo acidófilo.

La especificidad de los agentes microbianos utilizados como vacuna, no sería indispensable conforme lo demuestra reciente trabajo. Danyczh ha empleado con éxito en un gran número de enfermos preparaciones heterogéneas dadas ya sea por la vía bucal o bajo forma de inyecciones hipodérmicas de los microbios aislados de la forma intestinal y esterilizados por el calor. Instilaciones rectales de emulsiones de bacilo coli, diplococos y proteos calentados de 80 a 100 centigramos han dado excelentes resultados. Mejorías notables y aun curaciones han sido obtenidas en ciertos enfermos empleando la vacunación subcutánea, sea

parece no ser irritante ni tóxica. Se principia con una **solución** al **1** por **4 mil**, administrando dos veces al día un enema de 75c.c, para guardar 20 minutos. Al obtener alguna mejoría se reducen los lavados a 1 por día y el total de la solución se sube a 1 por 3.500 y después a 1 por tres mil. Cuando la mejoría es manifiesta se practican las curaciones alternas, dando en el día intercalado un enema de bicarbonato de soda al 1%. Al cabo de la tercera o cuarta semana la rectoscopia permite constatar una mejoría considerable.

También los lavados de rivanol serían dignos de ensayarse.

4"—Tratamientos eléctricos.— No haré más que mencionar la ionización rectal al sulfato de zinc y el empleo de la **diatermia**, así como de las corrientes de alta frecuencia.

*Tratamientos biológicos* Los tratamientos biológicos se encuentran aún en su primera etapa de desarrollo y se aplican especialmente a la recto-colitis grave cuyo agente ha podido ser aislado, tal como en las colitis debidas a los bacilos tíficos y paratíficos.

Aun en las formas de gérmenes múltiples la vacunoterapia practicada en auto-vacunas o con simples vacunas comerciales, ha producido buenos resultados. Los autores Butler, Harris, Daw-

sier, White, Allen, etc., después de los trabajos de Writh, nos han ilustrado sobre casos de curación completa por medio de la vacuoterapia. Estos autores han empleado las inyecciones preparadas con microbios tales como el bacterio coli, el bacilo lactis aerógenos, el estreptococo, el para colibacilo y otros encontrados en el mismo enfermo.

Maute, **Renaud**, Vadet, han empleado también vacunas a base de coli. Yasles ha utilizado una vacuna mixta compuesta de coli **perfringens** y enterococo. Igual manera Berthelot y Bertrand se han servido de una vacuna a base de proteos y de bacilo acidófilo.

La especificidad de los agentes microbianos utilizados como vacuna, no sería indispensable conforme lo demuestra reciente trabajo. Danyczh ha empleado con éxito en un gran número de enfermos preparaciones heterogéneas dadas ya sea por la vía bucal o bajo forma de inyecciones hipodérmicas de los microbios aislados de la forma intestinal y esterilizados por el calor. Instilaciones rectales de emulsiones de bacilo coli, diplococos y proteos calentados de 80 a **100** centigramos han dado excelentes resultados. Mejorías notables y aun curaciones han sido obtenidas en ciertos enfermos empleando la vacunación **subcutánea**, sea

con los entero antígenos de Danysz, sea por la vacuna antipiógena de Bruschetti o las entero vacunas de **Carrion** o las diversas vacunas de Gremy.

Es necesario recordar al lado de estos métodos el empleo del suero anti-disentérico, aunque no se trate de disentería bacilar. En estos casos se puede utilizar el suero por la vía cutánea o por enemas para guardar durante la noche. También las inyecciones intramusculares son recomendadas

De igual manera el uso de los bacteriófagos de d'Herelle, ya sea por ingestión o por instilación rectal da buenos resultados en ciertos casos, sobre todo en las infecciones por bacilos tíficos y paratíficos.

Buenos resultados también han sido obtenidos por la auto emoterapia, inyectando 10 centímetros de sangre cada cuatro días.

En resumen, podemos decir que la mayor parte de estos métodos de tratamiento se encuentran a disposición del médico. Este último debe aprender a utilizarlos ampliamente y asociarlos para obtener el resultado no sólo la mejoría de la recto-colitis grave sino también su curación. *Tratamiento de algunas formas*

#### *clínicas*

##### **1- Recto-colitis** hemorrágica.

—Estas formas no existen hasta

cierto punto como entidades completamente individualizadas, sin embargo hay enfermos cuyo único síntoma parece ser una hemorragia más o menos abundante, más o menos repetida, cuya frecuencia puede poner a los enfermos en peligro. En estos casos hay que recurrir sin ninguna duda a las inyecciones de **emetina**, al cloruro de calcio y al suero antidisentérico. También el uso del Khosam, extracto de la Brusea Sumatrana, preconizado por Mathieu de **la** manera siguiente:

El primer día se prescribe 4 comprimidos.

El segundo día se prescribe 8 comprimidos.

El tercer día se prescribe 12 comprimidos.

El cuarto día se prescribe 8 comprimidos.

El quinto día se prescribe 3 comprimidos.

El extracto de giarsinia o sea la amibiasina del comercio, da muy buenos resultados a la dosis de 2 a 6 cucharadas pequeñas por día.

De gual manera ciertos autores han utilizado las infusiones de simarouba cuasia y de simarouba china.

Localmente se prescribirán pequeños enemas de 150 grms. de agua salada bastante caliente, así como enemas de almidón con láudano, **antipirina**. nitrato de plata y cloruro de calcio.

2- Recto-colitis purulenta.— En este caso se practicarán lavados con la sonda de doble corriente y las instilaciones rectales gota a gota que limpiarán mecánicamente la mucosa que supura. En estos casos es que los pequeños enemas modificadores, y las curaciones rectales ya indicadas, así como el uso de la **gonocrina** y de la **acriflavina** dan los mejores resultados.

3- Recto-colitis hemorrágico purulenta.—En este caso se utiliza un tratamiento mixto conforme los principios ya enumerados.

4- Recto-colitis con constipación.—Se dará aceite de parafina, agar-agar, polvos inertes tales como bismuto, Koalín, talco, magnesia, etc., a dosis bastante fuertes. El régimen incluirá el uso de las legumbres y frutas cocidas. En las formas con diarrea, el régimen dietético estará indicado conforme el examen coprológico. Al punto de vista mecánico se dará sobre todo la pasta de carbón, la creta, el dermatol, el salicilato de bismuto, el tanino, el bismuto en pequeñas dosis, la salicarina, etc.

5- Recto-colitis a lamblia.— Son muy frecuentes y en su tratamiento se han ensayado diversos medicamentos, tales como el timo], la san tonina, uroformina, naftol. azul de metileno, salicilato de bismuto, azufre, emetina, esencia de trementina, etc.

El éxito en el tratamiento consiste en escoger el **medicamento** apropiado, recordando que ellos no son absolutamente específicos y que por consiguiente *no* dan buenos resultados con ciertos enfermos y quedan ineficaces con otros.

Los medicamentos más activos contra la lamblia parecen ser el Novarsenobenzol por la vía bucal y los lavados con estovarsol.

6- Recto-colitis a spirilas.— Serán' tratadas por la pasta de carbón y especialmente por el estovarsol y treparsol, dado por la vía gástrica y los enemas de Novarsenobenzol.

7- Recto-colitis debidas a diversos parásitos. — Cuando el examen coprológico revele la presencia de diversos parásitos intestinales, tales como helmintos y flagelados e infusorios, debemos recurrir a los tratamientos ya reconocidos de alguna eficacia para cada uso.

Si se trata de tricocéfalos, se dará el **quenopodio**, el **timol**, y sobre todo la leche de higuera, que parece ser la que da mejores resultados.

En el caso de Tricomonas, balantidium Coli y demás flagelados, puede emplearse el método Escome!, y los lavados de yodo yodurado al 1 por mil.

La fórmula de Escome! es la siguiente:

Esencia de trementina, 20 gramos.

Elíxir paregórico, 10 gramos.

Julepe gomoso U. S. para 90 ce. para 24 horas.

El yatrén 105 por la vía bucal y en enemas parece dar buen resultado. También los lavados de timol son muy recomendados.

El *Balantidium Coli* será combatido por la emetina, los arsenicales, el Yatrén 105 y el rivanol.

La *Bilarsia Mansonni* se tratará con inyecciones de tártaro emético, así como de emetina, la cual será preferible por menos tóxica.

8° Recto-colitis infecciosa.— Los exámenes y las culturas pueden revelar a veces la existencia de diversos microbios patógenos, tales como el Bacilo de Eberth paratíficos A. y B, salmonelas, enterococos, etc. En estos casos el tratamiento local será prescrito aquí como en las otras variedades de recto-colitis, pero además se recurrirá a las auto-vacunas después del aislamiento del germen causal.

9°—Recto-colitis tóxica.—Estas formas se encuentran ligadas generalmente a la uremia, a la diabetes, a la gota, a las intoxicaciones por el mercurio, al arsénico, al cólchico, etc., y en estos casos es el tratamiento etiológico al que debemos recurrir más que al sintomático.

10.—Recto-colitis criptogénica. — Son todavía las más frecuentes y hay que observarlas.

El tratamiento sistemático será prescrito conforme las indicaciones ya estudiadas, dando pasta de carbón, emetina, enemas rectales calmantes y antisépticos, etc. No hay que olvidar el ensayo de las vacunas Gremy, Bruschetti, Danyex y las auto-vacunas. El empleo combinado de estas vacunas y las instilaciones rectales han dado a veces resultados notables. El tratamiento deberá seguirse con la mayor paciencia, no vacilando respecto al empleo de tal o cual medicamento, pues hay que tener presente que una fórmula que no da resultados en cierto caso obtendrá éxito en otro. En las formas rebeldes podrá recurrirse como un método excepcional, al tratamiento quirúrgico, sin embargo ya mayor parte de estos enfermos conservan un estado general satisfactorio, dedicándose a sus quehaceres cotidianos y no será entonces cuando se les someterá a un tratamiento de suyo arriesgado peligroso.

#### *Tratamiento quirúrgico*

Según Segond, la única indicación operatoria de valor está indicada por la gravedad del caso y *el* fracaso de todo tratamiento médico. Ciertos enfermos soportan bien sus lesiones y debe dejarse tal como están, pues los riesgos de una operación intestinal son más graves que una **infección** bien soportada.

El fin que se propone la ciru-

gía es poner el intestino en reposo y desviar las materias fecales para después aseptisar la cavidad intestinal por largos lavados, obrando directamente sobre las lesiones de la mucosa; en fin, si hay necesidad se suprimirán las partes enfermas.

En cirugía han propuesto las operaciones siguientes:

1- Ano contra natura —Esta operación sirve para desviar las materias fecales y para permitir el acceso a los lavados modificadores a un intestino en reposo. La operación admite las variantes siguientes: enterostomía, cecostomía no valvular, colostomía derecha o izquierda y apendicectomía.

2- Entero, anastomosis sobre todo ilio-sigmoidestomía o rectostomía, con o sin exclusión del colon. Estas operaciones son imitales por ser hechas sobre tejidos muy dañados que dejan generalmente un basto foco de supuración sin posibilidad de una buena cicatrización por los bordes.

3- Fistulización por cecostomía valvular y sobre todo por apendicostomía.

4- Recección parcial o total del colon, después del establecimiento de la anastomosis correspondiente.

No discutiremos sobre el valor de estas operaciones anteriormente nominadas y su indicación respectiva, dejando lo anterior para otros mejores calificados en el

campo de la cirugía.

Entre las operaciones anteriormente nominadas parece que las preferidas por los cirujanos son las cecostomías y la iliostomía, que permiten derivar las malcrias fecales y dejar al colon en reposo.

Cuando un enfermo portador de un ano contra natura presenta una curación aparente después de un año, cuando los exámenes rectocópicos repetidos no revelan lesiones anatómicas, cuando su estado general es normal, puede cerrarse este ano para reabrirlo en caso de recidiva.

En cuanto a las 'ecto-colitis complicadas, éstas requieren indicaciones operatorias especiales.

Si se tratara de formas esteñosantes de reacción fibrosa exagerada produciendo obstrucción cólica progresiva, deben derivarse las materias fecales con el objeto de hacer seguir esta derivación de la aplicación del tumor si es posible.

En cuanto a las formas peritoneales, perforación peritoneal aguda, peritonitis localizada de forma purulenta en la fosa ilíaca izquierda, peritonitis crónica plástica con adherencias, etc., exigen intervenciones quirúrgicas más o menos urgentes y más o menos extensas.

Tegucigalpa, 1º de agosto de

Agosto de 1933.