

Herztätigkeit für praktischen Medizin auf, welche an Hand des elektrischen Bildes der Funktion des Leitungssystems und der Tätigkeit der Arbeitsmuskulatur des menschlichen Herzens ausgelegt wird.

RÉSUMÉ

L'auteur établit les bases pour le développement d'une électrocardiographie de la fonction pour la pratique médicale, déduite du tableau fonctionnel électrique du système de conductibilité et du tableau fonctionnel de la musculature du travail du cœur humain.

COLITIS ULCERATIVA GRAVE O COLITIS ULCERATIVA POLICAUSAL

J. NASIO.

Buenos Aires.

F. I. A. P. y F. N. G. A. N. Y.

Miembro de las Reales Academias de Medicina de Barcelona y Sevilla.

DENOMINACIÓN.

Denominamos colitis ulcerativa policausal a la colitis llamada hemorrágica, crónica, grave, indeterminada, idiopática, tromboculerosa, inespecífica, progresiva o incurable.

DEFINICIÓN.

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica de evolución cíclica, estacional y recidivante, que se desarrolla en enfermos con distonía psiconeurovegetativa, y se caracteriza por la aparición en el colon recto de lesiones ulcerosas hemorrágicas resistentes al tratamiento, interviniendo en su desarrollo polifactores causales (NASIO).

En nuestra experiencia de varios lustros, creemos que ésta es una adecuada definición de la rectocolitis ulcerativa grave o policausal. Constituye una característica digna de destacar la preferencia de esta enfermedad por sujetos lábiles desde el punto de vista psiconeurovegetativo y la existencia de hemorragia.

ETIOLOGÍA.

La causa de la colitis ulcerativa no existe. Existen, en cambio, factores policausales de distinta naturaleza, de carácter predisponente, que en un organismo con distonía psiconeurovegetativa desarrollan en la mucosa del receptor rectológico lesiones inespecíficas que se es-

tablecen y se mantienen favorecidas por factores precipitantes locales.

Los factores predisponentes de orden general son: heredoconstitucionales, circulatorios, infecciosos, alérgicos, nutritivos y físicos (cuadro I).

Las factores precipitantes de carácter local son, por un lado, los factores isquémicos, que desprotegen la mucosa rectocolónica, y por otro lado, los factores agresivos, que actúan sobre esa misma mucosa (cuadro II).

Este es nuestro concepto de la etiología de la colitis ulcerativa, que de acuerdo con nuestros trabajos clínicos y experimentales, tiene gran afinidad con la úlcera péptica¹ y ². Creemos que la historia de la etiología de la colitis ulcerativa adolece del grave error "unicista" de pretender encontrar para una enfermedad tan compleja como crónica una causa determinada (virósica, bacteriana, hormonal o vitamínica). De acuerdo a algunos autores y a nuestros trabajos, se demuestra que son distintos los factores que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad; por otro lado, la inespecificidad anatomofuncional e histológica de las lesiones obliga a reconocer plurifactores predisponentes y precipitantes. Intentar lo contrario es facilitar una mayor confusión y no aprovechar debidamente los conocimientos que se han ido adquiriendo en el estudio sobre la naturaleza de esta enfermedad.

Las enfermedades de sistemas, que nosotros denominados enfermedades tisulares, en las que el proceso más que en un órgano se asienta en un determinado tejido de un órgano, tal como la colitis ulcerativa, úlcera péptica, hipertensión arterial, asma, infarto miocárdico y muchas otras, no tienen una etiología única, ya que está debidamente demostrado que son varios los factores que inciden en el desarrollo de estas enfermedades relacionados con ese determinado proceso tisular orgánico. Para evitar la descripción de las distintas etiologías las hemos agrupado, según nuestro concepto, en el cuadro I.

FRECUENCIA.

En nuestra casuística³ sobre 18.000 enfermos del aparato digestivo (1939-42), las enfermedades del colon han sido unas de las más frecuentes, exhibiendo una proporción del 26 por 100. Dentro de estas colonopatías las colitis, en general, constituyen el 25 por 100. Por el contrario, la frecuencia de la colitis ulcerativa policausal o hemorrágica no ha llegado a ofrecer cifras mayores del 1 por 100. En este sentido, la estadística varía muchísimo, por cuanto la concentración de estos enfermos en los distintos Servicios hospitalarios no se hace por igual. Por otra parte, la rebeldía y cronicidad de esta enfermedad hace que diferentes médicos o Servicios hospitalarios atiendan al mismo enfermo.

CUADRO I
TEORIAS ETIOLOGICAS DE LA COLITIS ULCERATIVA
TEORIAS GENERALES

ETIOPATOGENIA	A U T O R	RELACIONES PATOGENICAS
	<i>Infecciosas.</i>	
Bacterias o virus.	BARGEN, FELSEN, HURST, EINHORN, PAULSON, ROSENOW, GALLART MONÉS y SANJUÁN (virus).	Acción infecciosa local.
	<i>Neurohormonoquímicas.</i>	
Distonía neurovegetativa.	RACHET, BUSSON, KRAUS y v. BERGMANN.	Alteración vascular - necrosis - ulceraciones. Espasmo neurovascular con isquemia local.
Perturbación hormonal.	MARAÑÓN, WOLFETA y CHIRAY.	Perturbación vasomotora local.
	<i>Psíquicas.</i>	
Psicosomatismo.	MURRAY y ALEXANDER (1930), SULLIVAN y CHANDLER (1932), BLOOMFIELD (1932), MENNINGER (1937), DANIELS y CASTEX (1941), WOLF y WOLFF (1947), BARILARI (1947), GROEN (1947), MORRISON (1948) y BASSLER (1949).	Alteración neurovasomotora local. Lisozymia.
	<i>Alérgicas.</i>	
Alérgenos.	ANDRESEN y ROWE, BONORINO y UDAONDO.	Hipersensibilidad colónica.
	<i>Heredoconstitucionales.</i>	
Predisposición constitucional.	JAHN, CROON y BROWN.	Hiperfunción colon rectal.
	<i>Físicos.</i>	
Factores meteorológicos.	FRANKENHAUSER, COHN y LOWENFELD.	A través del sistema nervioso.
	<i>Carenciales.</i>	
Alimentación insuficiente. Alteración del metabolismo.	MCCARRISON (1922) y BARGEN.	Hiponutrición local.
	<i>Desadaptación.</i>	
Stress.	SELYE, GRAY y NASIO.	Hiperfunción local. Aumento de lisozyrna.

TEORIAS LOCALES

Tripsina.	BROWN y PORTIS.	Acción enzimática de la tripsina.
Lisozyrna.	FLEMING, JERNOLJERA y MEYER.	Acción mucolítica.
Bacterias intestinales.	Varios.	Exacerbación de la virulencia y agresión local.
Mucínasa.	SAMMONS.	Acción mucolítica.
Enzima citolítica.	STOUGHTON.	Desintegración epitelial.

CUADRO II
COMPLICACIONES

Locales:

Seudopoliposis o poliposis inflamatoria secundaria.
Estrechez intestinal.
Perforación intestinal.
Hemorragias masivas.
Obstrucción colónica.
Hemorroides.
Fisuras.
Fístulas.
Prolapso.
Incontinencia esfinteriana.
Abscesos perirrectales.

Generales:

Embolia.
Flebitis.
Edemas.
Arteritis.
Hepatopatías.
Nefritis.
Artritis.
Endocarditis lenta.
Septicemia.
Manifestaciones cutáneas y mucosas.
Iritis.

En nuestra casuística particular hemos registrado 228 casos con diagnóstico clínico, radiológico y endoscópico.

Sexo.—En nuestra casuística la proporción ha sido ligeramente superior para el sexo femenino con un 50,7 por 100.

Edad.—En nuestras estadísticas la edad preferencial fué de treinta a cuarenta años con un 39,8 por 100. Se han observado casos de menos de veinte años de edad, pero son muy raros.

Herencia y raza.—De acuerdo a nuestra experiencia la herencia, frecuencia familiar y raza no presentan relaciones dignas de importancia. Sostenemos que son conceptos arcaicos y que no resisten un análisis riguroso.

Formas clínicas.—Las formas clínicas de la colitis ulcerativa pueden considerarse desde dos puntos de vista: según su extensión y según su forma de presentación y evolución.

Formas clínicas según su extensión.—Pueden ser parciales o totales, es decir, que tomen parte del colon y recto o todo el colon, incluyendo el recto. En nuestra casuística, la colitis ulcerativa parcial se ha presentado en el 57,5 por 100; la total, en el 42,5 por 100.

Formas clínicas según su presentación y evolución.—De acuerdo con nuestra experiencia, las formas clínicas de la colitis ulcerativa son:

Formas clínicas.....	Forma inicial.	{	Simple. Fulminante o grave.
	Forma aguda.		
	Forma subaguda.		
	Forma crónica.		

Forma inicial.—La forma inicial de la colitis ulcerativa es muy proteiforme, pero de decisiva importancia para establecer el diagnóstico temprano. Se presenta en forma insidiosa, nunca continua y con períodos de salud que pueden durar meses.

Las reacciones de la enfermedad son muy cortas, no durando más de una semana. El síndrome diarreico se presenta dentro de estas reacciones en forma violenta, aunque fugaz; otras veces en forma suave, pero más persistente. Del síndrome diarreico pueden faltar algunos o incluso todos los síntomas que lo integran y, por el contrario, presentarse aumentada la sensibilidad abdominal y un estado de constipación marcado. Una característica que predomina casi siempre en la forma clínica inicial de la colitis ulcerativa es el aumento de la sensibilidad colónica en ambos flancos del abdomen. Esta sensibilidad suscita el deseo imperioso de evacuar, el cual alivia dicha molestia.

La forma inicial de la colitis ulcerativa, a pesar de la variabilidad de su presentación y duración, es influenciada por factores psíquicos y climáticos, en particular el frío. Muy pocos elementos anormales puede ofrecer un examen radiológico en esta forma clínica. En cambio, la rectosigmoidoscopia evidencia una mucosa que, por hacernos recordar a las anginas por su congestión intensa, friabilidad y elementos pul-táceos, denominamos mucosa anginosa.

Formas agudas.—Pueden ser agrupadas en dos clases: simple y fulminante o grave.

Forma aguda simple.—Es la que puede adquirir la enfermedad en su comienzo o en cualquier momento de su estado crónico. La característica de esta forma es la fiebre y el mal estado general, que obligan a la postración en cama. La intensidad de esta forma aguda simple depende de una serie de factores (evolución, edad, sexo y condiciones coexistentes).

Forma aguda fulminante o grave.—Las mal llamadas formas fulminantes son los cuadros clínicos que una colitis ulcerativa crónica presenta en su reacción frente a la intensidad de las lesiones locales y de la toxemia producida en el orden general. Las lesiones ulcerosas se extienden en profundidad y superficie llegando a la necrosis, que puede abarcar una buena extensión de la mucosa colónica. La fiebre, es alta y persistente; la hemorragia, profusa; el estado infeccioso constituye una septicemia que determina la mayoría de las veces metástasis infecciosas en la mucosa, piel y articulaciones. El síntoma hemorragia es predominante.

Es una forma rara desde el advenimiento de las sulfamidas y antibióticos, por lo cual su carácter fulminante ha dejado ya de ser clásico, debiendo considerarse como una forma aguda grave.

Formas subagudas.—Las formas subagudas constituyen un estado de transición entre la

forma aguda simple y la crónica o, a veces, es una forma de iniciación de la enfermedad o de su recidiva. La fiebre y los demás síntomas tóxicos generales son muy moderados. Esta forma clínica es más frecuente de lo que aparentemente se estima en el estudio de esta enfermedad.

Es importante reconocerla a tiempo, ya que, a veces, se desarrolla en forma inaparente simulando un estado crónico. Su reconocimiento inmediato permite el tratamiento extensivo con antibióticos y succinilsulfatiazol, impidiendo el desarrollo de las formas agudas con todos sus agravantes locales y generales.

Formas crónicas.—No presentan signos generales aparentes (fiebre, toxemia, etc.), predominando los estados locales. Sin embargo, existen repercusiones generales, aunque son inaparentes, y corresponden a trastornos del hematocrito en particular. El síntoma supuración es el predominante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La característica fundamental de la colitis ulcerativa es la alteración de todo o parte del colon en extensión y profundidad. Predominan las lesiones sobre la mucosa y submucosa y se destacan los trastornos vasculares, trombosis de arteriolas y distensión de los capilares (infarto sanguíneo). La lesión anatomopatológica es fundamentalmente del tejido colágeno. En base a esta característica se inició la terapia con las hormonas de adaptación.

Histológicamente, GALLART MONÉS⁴ y ROCA y DE VIGNALS han demostrado que el daño está localizado en el corion y que la muscularis mucosae está indemne. Destacan los autores la rareza de polinucleares.

SINTOMATOLOGÍA.

La sintomatología depende de las formas clínicas, de la resistencia del enfermo, de la coexistencia de afecciones concomitantes y de la persistencia de factores concausales de carácter general o local predisponente. Se caracteriza por el síndrome constituido por diarrea, flujo, tenesmo, dolor y trastornos de orden general. Existen síndromes disintéricos atípicos o que simulan otras colitis ulcerosas específicas.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la colitis ulcerativa debe realizarse desde cuatro puntos de vista: 1.º Físico. 2.º Coprológico. 3.º Endoscópico; y 4.º Radiológico.

Físico.—El examen físico del abdomen puede ofrecer un aumento de la sensibilidad, en particular del cuadrante colónico. Casi siempre es dable palpar las cuerdas cólicas en forma de

tubo rígido o semirrígido, cuerdas cólicas derecha o izquierda o ambas a la vez.

Coprológico.—La diarrea es del tipo grueso, según la clasificación de ESCUDERO, con mucus, pus y sangre. El mucus se testimonia por el aumento del amoníaco fecal, la albúmina soluble y la prueba de putrefacción positiva. El mucus no está teñido por la bilirrubina. Las diarreas son de tipo hiperacuoso con hiperperistaltismo, dolorosas, y sin resto alimenticio. La sangre y el pus van siempre mezclados con la materia fecal.

Endoscópico.—La endoscopia es fundamental para el diagnóstico de la colitis ulcerosa. Se comprueban los distintos estadios, descritos por BARGEN y BUIE, en forma simultánea. La mucosa se presenta de color rojo oscuro, con gran hiperemia e hipersecreción, friable, que permite la marca del extremo distal del rectoscopia.

Hay hemorragias en napas, y se aprecian microabscesos miliares en forma de pequeños puntos blancoamarillentos, que imprimen a la mucosa un aspecto granuloso. La ruptura de estos abscesos determina las úlceras miliares que, al infectarse, exhiben la característica de las úlceras sacabocado típicas. Las zonas de la mucosa entre las lesiones ulcerosas no se encuentran indemnes, sino que están afectadas. El edema, que se comprueba endoscópicamente, presta a la mucosa un aspecto suculento que junto con el carácter friable se puede diagnosticar al tacto rectal. La endoscopia permite la diferenciación con la colitis amebiana, tuberculosa y disintérica, que tienen sus características especiales. Los bordes libres de la válvula de Houston están siempre afectados, encontrándose edematosos, friables y con ulceraciones. En nuestros enfermos hemos comprobado la cicatrización típica de las lesiones ulcerativas y con la mucosa recuperada. El examen endoscópico permite el raspado de la mucosa para el estudio citológico y parasitológico, de gran importancia pronóstica y terapéutica.

Radiológico.—Debe efectuarse con repleción, vaciamiento e insuflación (método de Fischer). Las características radiológicas son variadas y dependen de la evolución y extensión de la enfermedad.

Se presentan los pliegues y haustras disminuidos o desaparecidos, rigidez, doble contorno, estenosis y acortamiento. Las lesiones ulcerativas y la pseudopoliposis, gracias al bario, imprimen a la mucosa un aspecto marmóreo o moteado. El examen radiológico es lo último que acusa una colitis ulcerativa y lo último también en reconocer su mejoría. Esto tiene mucha importancia, porque hemos visto que muchos de nuestros enfermos no gozaron de un diagnóstico temprano porque el colon por enema reiterado no ofrecía anormalidad.

De los exámenes diagnósticos tiene importancia la endoscopia y el tacto rectal; en segundo

lugar, el examen coprológico y, por último, el radiológico. Todo enfermo con diarrea, máxime si es con sangre, debe ser objeto de una rectoscopia y de un tacto rectal. Esto nos permitirá diagnosticar a tiempo la colitis ulcerativa e instituir un tratamiento precoz.

Complicaciones.—Las complicaciones de las colitis ulcerativas son locales y generales (cuadro II).

Colitis y embarazo.—Nuestra experiencia nos permite afirmar que, en general, la colitis ulcerativa en su fase activa no influye sobre la concepción y gestación. Por lo tanto, creemos que no debe interrumpirse el embarazo en los casos de colitis ulcerativa grave, como aconsejan algunos autores; solamente debe extremarse la rigurosidad e intensidad del tratamiento. Por el contrario, según nuestras experiencias, la hiperactividad hormonal del embarazo puede beneficiar el curso de la colitis ulcerativa a tal punto que hemos indicado los estrógenos a altas dosis para facilitar la cicatrización de las lesiones ulcerosas.

Degeneración maligna de la colitis ulcerativa. Es indiscutible que la colitis ulcerativa grave crónica puede predisponer a los estados cancerosos del colon y recto⁵ y⁶. La enfermedad actuaría como un terreno favorable por las modificaciones tisulares que ella determina. Es frecuente en la evolución de la colitis ulcerativa la formación de hiperplasia de tipo polipoideo que puede dar lugar a lesiones neoplásicas. Si bien se puede discutir este criterio sobre la base de la coexistencia de neoplasias y colitis ulcerativa, la prevención y tratamiento precoz del cáncer obliga a tener muy en cuenta nuestro concepto de que la colitis ulcerativa de larga evolución puede considerarse como un estado precanceroso colónico. En nuestra casuística general sobre más de 200 casos hemos tenido seis de neoplasias de colon rectal.

Tratamiento.—El tratamiento de la colitis ulcerativa puede ser médico o quirúrgico (cuadro III).

Médico.—El tratamiento médico se impone en los estados agudos simples y graves y en los estados iniciales y crónicos. Las primeras medidas terapéuticas deberán adaptarse a la forma clínica, al tiempo de evolución y a la resistencia del enfermo. Dentro de las medidas señaladas en el tratamiento médico adquieren para nosotros fundamental importancia psicoterapia, régimen dietético, ileostomía medicamentosa y quimioterapia; antibióticos, transfusiones, vitaminoterapia, anticolinérgicos y sedantes y hormoterapia. En la colitis con retracción cicatrizal, fibrosis y pseudopoliposis, el uso de anticolinérgicos debe contraindicarse.

Psicosomático.—Es importante, en particular cuando nos encontramos con personalidades lábiles. Si bien es cierto que los factores psíquicos se hallan presentes en numerosas enfermedades, creemos que constituyen un verdadero

CUADRO III

TRATAMIENTO MEDICO

Psicosomatoterapia.
Reposo absoluto.
Régimen de vida.
Alimentación hipercalórica.
Ileostomía medicamentosa por vía gástrica "gota a gota" y/o por vía colónica (NASIO).
Sulfanilamidas de escasa absorción (succinilsulfatiazol) y antibióticos.
Sedantes.
Anticolinérgicos.
Transfusiones sanguíneas.
Hidratación glucosada y mineral (sodio, cloruro, calcio y suero por vía endovenosa).
Control del reflejo gastrocólico.
Enzimas digestivas.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Ileostomía simple. Neurotomía pélvica. Colectomía subtotal previa ileostomía.

Sin complicaciones:

Con reacciones agudas iterativas o recidivas con cortos periodos de salud.
Estados agudos o graves resistentes a un tratamiento intenso y racional.
Complicaciones serias extraintestinales y extradi-
gestivas.
Estados crónicos rebeldes al tratamiento racional después de un período no menor de seis meses.
Estados crónicos con retracciones cicatrizales fibrosas extendidas o parciales.
Estados crónicos rebeldes en enfermos con precaria defensa general.

Con complicaciones:

Hemorragia seria o persistente.
Estrechez fibrosa.
Septicemia.
Metástasis infecciosa
Perforación o preperforación.
Hiperplasia polipoidea (predegeneración maligna).
Factores económicos sociales (obreros).

Endocarditis.
Pioderma gangrenosa.
Artritis.
Iritis.

mordiente en las colitis en general y en las colitis ulcerativas graves en particular. El conflicto emocional, la conversión histérica y ansiosa, encuentran su válvula de escape orgánica en la diarrea dolorosa. La psicoterapia, por lo general, debe hacerla el propio médico tratante, ya que por la personalidad especial de estos enfermos es necesario el contacto personal y directo para sobrellevar con éxito su control. Cuando el enfermo presenta un psiconeurismo grave o alguna alteración mental de importancia, debe recurrirse al psiquiatra. El tratamiento psíquico de estos enfermos se realiza en base a la confianza que el médico ha logrado despertar y está en la habilidad del tratante la búsqueda discreta de los causales y concausales psicogenéticos de la enfermedad y que tienen evidente relación con la misma. En este aspec-

to, el factor tiempo tiene mucha importancia para la comprensión de la personalidad del enfermo; en muchos casos el médico deberá solicitar el concurso del psicopatista para obtener éxito en el tratamiento global del enfermo. Dentro de la psicoterapia de la colitis ulcerativa es necesario desechar ciertos errores que han adquirido carta de ciudadanía en la medicina práctica de esta enfermedad. El fundamental error consiste en seguir a los autores clásicos que aconsejan, teniendo en cuenta la rebeldía y cronicidad de la enfermedad, ser muy explícitos con el paciente señalando la existencia de úlcera en el intestino; el otro error fundamental es indicar en la colitis ulcerativa, que no es de primer grado o fulminante, mucho reposo, inclusive en cama, y abandono del trabajo habitual. Estas dos cuestiones no solamente agravan el estado depresivo del enfermo, sino que suscitan en muchos casos nuevos conflictos emocionales que determinan recidivas más acentuadas de la enfermedad.

Hemos comprobado varios casos de enfermos que acusaron una reagravación de su enfermedad luego del examen rectoscópico y de haber escuchado durante el mismo cómo el rectoscopista, sin discreción, describía la existencia de lesiones ulcerativas en el rectosigma a los médicos o practicantes que observaban el examen. El otro error que señalamos es la indicación sistemática de la elinoterapia; la consideramos un factor de facilitación del mantenimiento y acentuación de los complejos psíquicos del paciente. En este aspecto creemos que el reposo que debe buscarse es el psíquico y no el físico, y que el primero se halla en razón inversa al segundo. Dentro del tratamiento general del enfermo asignamos un gran papel al tratamiento psicopatista del enfermo de colitis ulcerativa y sus resultados facilitan, en mucho, la buena evolución del enfermo.

Régimen dietético.—El régimen dietético debe adaptarse al estado agudo o crónico. En el primer caso, será más riguroso y tenderá a la recuperación de los serios trastornos de orden general que provoca la enfermedad. Debe ser hiperproteico, hipergraso e hipocarbonado. En este sentido los azúcares, pastas y papas son perjudiciales, ya que determinan fermentación intestinal. Nuestro régimen común para la colitis ulcerosa responderá a los cuatro objetivos siguientes: 1. Energético. 2. Que no excite manifiestamente las secreciones digestivas, en particular la colónica. 3. Que no excite la motilidad o el tonus gastrointestinal, especialmente colónicos. 4. Con adecuado contenido vitamínico y mineral (cuadro III). Este régimen sufrirá modificaciones de acuerdo a la forma clínica y, en particular, a las afecciones coexistentes de carácter hepatobiliar y gástrico. No se indicará ningún régimen alimenticio sin antes conocer el funcionamiento hepatobiliar pancreático. Hemos comprobado serios fracasos

por intentar tratar una colitis ulcerativa prescindiendo de otros trastornos digestivos coexistentes.

Ileostomía medicamentosa.—Nuestro método⁷, aplicado con éxito en América y Europa, de la ileostomía medicamentosa, es imprescindible en el tratamiento de toda colitis ulcerativa en estado agudo, crónico o preoperatorio^{8, 9, 10} y¹¹. Se puede hacer por vía gástrica o por vía rectal.

Por vía gástrica.—Nuestra técnica consiste: 1. Adaptación del aparato "gota a gota", conectándolo con una sonda látex: introducirla por vía nasal hasta el cardias, en la misma forma que el tratamiento de la úlcera gastroduodenal, gota a gota. 2. Colocación de 500 gr. de una solución de hidróxido de aluminio coloidal, en la proporción de 1 : 2 de agua, con el agregado de subgalato de bismuto puro, pepsina, succinilsulfatiazol en cantidades adecuadas. 3. el "goteo" del sistema se regula a una velocidad de 20 gotas por minuto, aunque el primer día, hasta tanto se conozca la tolerancia del enfermo, se regulará a 10 gotas por minuto. 4. El aparato permanecerá desconectado media hora antes y después del desayuno y té y una hora antes y dos horas después del almuerzo y cena; ello permitirá la deambulación del enfermo, si es permisible, o la mayor comodidad del mismo. La ventaja de administrar estas drogas mezcladas con la medicación de base es doble; por un lado, el enfermo no ingiere por vía oral, mientras dure el tratamiento, ninguna clase de medicamentos, y por el otro, se permite una acción continua, pero eficaz de las mismas, particularmente de las sulfodrogas que empleamos, y que son de escasa absorbilidad por el tractus digestivo.

Nuestro tratamiento "gota a gota" de la colitis ulcerativa lo instituímos en periodos de quince días, con un descanso no menor de un mes, reanudándolo según la evolución de la enfermedad en cada caso en particular. El tratamiento diario consume 700 gr., término medio, de hidróxido de aluminio coloidal con sustancias agregadas, aunque puede utilizarse más sin prejuicios de ninguna clase, ya que la absorción de los mismos es nula.

Ventajas de la ileostomía medicamentosa por vía gástrica.—1. Disminución del término de dieciocho a cuarenta y ocho horas del número de deposiciones. 2. Disminución de los dolores colónicos. 3. Disminución del pus y la sangre y aumento de la consistencia de las materias fecales. 4. Aumento del apetito, del peso y del estado de ánimo del enfermo. Esta mejoría clínica es acompañada por mejoría radiológica y rectosigmoidoscópica.

Esta mejoría radiológica se exterioriza por la desaparición de las zonas de pseudopoliposis y la aparición de ciertas haustras. Rectoscópicamente, la superficie se presenta con pocas ulceraciones, asentadas sobre una superficie lim-

pia, aunque congestiva; las úlceras existentes son superficiales y pequeñas y los abscesos miliares fueron observados, aunque disminuídos en número. Tanto la comprobación radiológica como la rectoscopia presentaban variaciones de acuerdo a la evolución del enfermo, tipo de colitis ulcerosa y tiempo durante el cual fué instituido el tratamiento "gota a gota".

Por vía rectal.—La ileostomía medicamentosa por vía rectal la aplicamos sólo en casos de colitis ulcerativas rectosigmoideas graves resistentes a los tratamientos médicos. Utilizamos para ello nuestra sonda colónica, que introducimos por el recto por medio de un mandril, y luego la hacemos deslizar, gracias al antiperistaltismo, hasta el colon descendente. A través de esta sonda, que puede llegar si es necesario hasta el ciego, instilamos en suspensión coloidal sulfamidas de acción local (succinilsulfatiazol) o antibióticos (aureomicina y estreptomycinina). Debido a la irritación local restringimos el uso de esta sonda colónica a ciertos y determinados casos que realmente deben merecer un decisivo tratamiento local.

Quimioterapia.—En la colitis ulcerativa la quimioterapia¹² es de una eficacia indiscutible, inclusive en la época del predominio de los antibióticos. Hemos utilizado las sulfamidas de menor absorción y, por lo tanto, de mayor acción local con resultados notables. El succinilsulfatiazol, de acuerdo a nuestra experiencia¹³, es el de mayor absorción local, siendo su concentración en la sangre muy pequeña, pudiendo utilizarse grandes dosis durante mucho tiempo. La azosulfamida y el salicilazosulfapiridina no las aconsejamos por sus reacciones de hipersensibilidad y colaterales de orden general y local muy molestas. Es importante la introducción de las sulfamidas en suspensión coloidal de intensa acción local, directamente por boca o por intermedio de nuestro método de la ileostomía medicamentosa por vía gástrica gota a gota. La asociación de las sulfamidas con antibióticos, en particular penicilina, aureomicina y estreptomycinina, ofrece excelentes resultados.

Antibióticos.—Nuestras experiencias¹³ y¹⁴ nos obligan a indicar la aureomicina y la penicilina que no deben asociarse, sino utilizarse en forma alternada. El uso de la aureomicina obliga al empleo de altas dosis del complejo B, en particular B₁, B₂ y B₆. De todos los antibióticos, creemos que la aureomicina es un excelente coadyuvante terapéutico. La estreptomycinina debe usarse asociada a la penicilina. Las dosis deben ser de medio a un gramo diario. En este último caso se divide en dos dosis. Se las indica en los casos agudos o subagudos. El uso necesariamente prolongado de antibióticos, en particular de acción local intestinal en la colitis ulcerativa, plantea habitualmente el síndrome carencial, causado por interferencia sobre la flora bacteriana y de neta repercusión en el sujeto.

En este sentido, el uso del complejo B es fundamental no sólo para prevenir, sino para tratar cuadros casi siempre asociados a esta enfermedad. Los complejos inyectables que contienen vitamina B₁ (tiamina), B₂ (riboflavina), B₆ (clorhidrato de piridoxina), pantenol, niacinamida o nicotinamida y en particular B₁₂ y ácido ascórbico, son de gran valor. Algunos de estos compuestos vitamínicos van asociados a extractos hepáticos cuyo uso es conveniente.

Vitaminoterapia.—El concepto terapéutico de la vitaminoterapia en la colitis ulcerativa no debe ser el de carácter supletorio de la dieta o de la reposición de un dismetabolismo vitamínico. Este es un concepto erróneo necesario de desterrar para aprovechar los efectos terapéuticos de las vitaminas. El uso combinado de tiamina, piridoxina, riboflavina, pantenol y vitamina B₁₂ con altas dosis de ácido ascórbico, brinda, en especial por vía endovenosa, excelentes resultados. Esta sinergia vitamínica, que aconsejamos durante largo período de tiempo, tiene una acción antiinflamatoria, trófica y antineurítica. Su uso impide el síndrome carencial que pueden provocar las sulfamidas y antibióticos sobre la flora intestinal. Por otra parte, el empleo de estas vitaminas no depara ninguna reacción perjudicial de orden local o general.

Transfusiones.—Contrariamente a otros autores¹⁵, creemos que las transfusiones no deben ser demasiado grandes, sino pequeñas y reiteradas (100 a 200 gr. por vez). Deben usarse no únicamente en los casos con serias repercusiones de orden general, sino en las formas clínicas agudas, subagudas y reacciones de las formas crónicas. Con las transfusiones no solamente buscamos reponer las pérdidas sanguíneas, sino estimular el sistema hematopoyético, que se encuentra alterado por los insultos reiterados que esta enfermedad determina.

Anticolinérgicos.—Nuestra experiencia clínica y experimental nos permite afirmar que el uso de los anticolinérgicos en la colitis ulcerativa grave o policausal no exhibe tan buenos resultados como en la úlcera péptica. Por otra parte, las reacciones colaterales, en particular de carácter vesical, tan frecuentes con el uso de estos medicamentos, no favorecen una buena evolución de la colitis.

Los anticolinérgicos deben indicarse sólo en los estadios agudos o en las formas crónicas muy dolorosas de la enfermedad y, de acuerdo a nuestro método, por vía endovenosa o intramuscular¹⁶ y¹⁷.

ARIAS¹⁸, entre nosotros, obtuvo excelentes resultados.

Sedantes.—Es conveniente, de acuerdo a nuestra experiencia, la combinación de los derivados barbitúricos con antiespasmódicos, que nos permiten actuar sobre las vías nerviosas centrales y periféricas.

Se administrarán antes de acostarse por vía oral o como supositorios por vía rectal.

Hormonoterapia: ACTH y cortisona. — De acuerdo a nuestra experiencia¹⁹, debe proscribirse su empleo en la colitis ulcerativa, cualquiera sea su estadio.

Tiouracilo y derivados²¹.—Tienen indicación bien limitada y actuarían indirectamente contra la hipervagotomía existente en esta enfermedad. En nuestras experiencias, estos agentes antitiroideos dieron resultados muy pobres.

Estrógenos.—El uso de estrógenos en altas dosis puede, tanto en el hombre como en la mujer, durante los primeros tres años de evolución de la enfermedad, lograr un efecto cicatrizante sobre las lesiones ulcerativas del intestino, de acuerdo a nuestra experiencia en perros. Se dispondrá del armamentarium terapéutico común al tratamiento de las repercusiones generales de la enfermedad, en particular el restablecimiento del equilibrio electroquímico y proteico.

Otros tratamientos médicos.—Existen además una infinidad de indicaciones médicas que confunden la terapéutica de esta enfermedad y que por resultados precarios y contradictorios no han merecido nuestra atención.

Quirúrgico.—El tratamiento quirúrgico debe indicarse oportuna y tempranamente de acuerdo a un estudio prolijo de la dinámica evolutiva de la enfermedad y, sobre todo, teniendo en cuenta la reacción de la misma a las distintas terapéuticas médicas instituidas. Esperan los estadios "fulminantes" o las complicaciones graves, denominadas "casos desesperados"; para indicar el tratamiento quirúrgico es un grave error, digno sólo de la vieja cirugía y de la era preantibiótica. El control de cada caso puede permitir una indicación quirúrgica beneficiosa y con óptimos períodos de sobrevida. Hemos considerado, por lo tanto, las indicaciones quirúrgicas en las colitis ulcerativas complicadas y no complicadas (cuadro III).

Debemos señalar el hecho, comprobado reiteradamente en nuestros enfermos, de la simulación aparente de mejoría frente a la probable indicación quirúrgica. La aprensión natural de todo enfermo ante una intervención quirúrgica de carácter radical que involucra el "ano contra natura", se acentúa en forma extraordinaria en enfermos con colitis ulcerativa que presentan una personalidad con gran labilidad emocional (inmaduros, agocentristas, pasivos, tímidos, indecisos, dependientes y sumisos). La constelación afectiva de estos enfermos, en su mayoría inteligentes, les permite con facilidad simular falsas mejorías. De esta manera, por autosugestión, adquieren una transitoria, aunque precaria mejoría real, que de ninguna manera constituye lo que aparentan simular. Esta característica, que debe ser muy tenida en cuenta, obliga a un control minucioso de la evolución de los enfermos tributarios de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN.

La colitis ulcerativa policausal o grave, aunque infrecuente, es por su evolución y complicación una enfermedad grave que requiere un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz e intenso. En la etiopatogenia de la colitis ulcerativa intervienen varios factores, siendo de importancia los psíquicos y meteorológicos. Hay que insistir en el diagnóstico temprano por la rectosigmoidoscopia. El tratamiento médico debe realizarse en base a la psicopatoterapia y a la combinación de sulfanilamidas y antibióticos de acción intestinal. El tratamiento del autor de la ileostomía medicamentosa con la técnica de "gota a gota" intragástrica de una solución coloidal de hidróxido de aluminio combinado con succinilsulfatiazol es de grandes beneficios.

Los integrantes del complejo B en sinergia con ácido ascórbico en altas dosis constituye un tratamiento de fondo. No debe continuarse en el error de efectuar la indicación quirúrgica en casos sumamente complicados, sino en aquellos en que un control riguroso demuestre que, a pesar de la ausencia de complicaciones, la enfermedad es resistente al tratamiento médico. Debe desterrarse el concepto de la indicación quirúrgica, aplicada únicamente a los casos desesperados o complicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. NASIO, J.—Tratamiento médico de la úlcera gástrica y duodenal. El Ateneo, Buenos Aires, 1953.
2. NASIO, J.—Orientación Méd., 2, 1.024, 1954.
3. NASIO, J.—Prensa Méd. Argent., 30, 1.680, 1943.
4. GALLART MONÉS, F.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig., 12, 3, 1953.
5. LYONS, A. S. y GALLOCK, J. A.—Gastroenterology, 1951.
6. KIEFER, E. D., EYENGE, E. J. y JOHNSTON, A. C.—Gastroenterology, 19, 51, 1951.
7. NASIO, J.—Tratamiento "gota a gota" de una colitis ulcerativa crónica. Com. pers. Soc. Gastroent. Rosario (27-VIII-1944).
8. NASIO, J.—Rev. Clin. Esp., 18, 399, 1945.
9. NASIO, J.—Rev. Med. Brasileira, 181, 525, 1945.
10. NASIO, J.—Rev. Gast. Méjico, 10, 135, 1946.
11. NASIO, J.—Am. J. of Dig. Dis., 13, 253, 1946.
12. POTH, E. J.—Surg. Gyn. & Obst., 78, 373, 1944.
13. NASIO, J.—Am. J. of Proct., 3, 45, 1952.
14. NASIO, J.—Acta Gastroent. Bélgica, 13, 1.059, 1950.
15. PALMER, W. K., KIRSNER, J. B. y MARSHALL, T.—Ann. Int. Med., 32, 627, 1952.
16. NASIO, J.—Deut. Zeit. fur Verd. Leipzig, 14, 70, 1954.
17. NASIO, J.—Gastroenterology, 24, 208, 1953.
18. ARIAS, J. C.—Prensa Méd. Argent., 40, 284, 1953.
19. NASIO, J.—Rev. Med. del Norte, 2, 90, 1954.
20. BARILARI, M. J.—Prensa Méd. Argent., 1952.
21. HERFORT, R. A. y LIVINGSTON, H. H.—New York Sci. J. Med., 52, 431, 1953.

SUMMARY

Ulcerative colitis of varied etiology, though infrequent, is a serious disease requiring early diagnosis and early, intensive treatment, owing to its course and complications. Several factors take part in the etiopathogenesis of ulcerative colitis; psychic and meteorological factors are of special importance. Emphasis is laid on diagnosis by proctosigmoidoscopy. Medical treatment should be carried out on the basis of psychosomatic therapy and of the associa-

tion of sulfanilamides with antibiotics of intestinal action. The writer's treatment by medicamentous ileostomy with intragastric administration of a colloidal solution of aluminum hydroxide associated with succinylsulfathiazole, drop by drop, is extremely effective.

ZUSAMMENFASSUNG

Die ulzeröse Kolitis schweren Grades oder vielseitiger Ursache ist ein ernstes Leiden, welches nicht allzu häufig vorkommt, aber doch auf Grund seines Verlaufes und der Komplikationen die eintreten können, eine frühe Diagnose und ein rasches und intensives Eingreifen erfordert. Unter den verschiedenen Faktoren welche bei der Aetiopathogenese der ulzerösen Kolitis mitspielen, sind die psychischen und meteorologischen von Bedeutung. Es ist unbedingt auf eine frühzeitige Diagnose durch Proktosigmoideoskopie zu bestehen. Die Basis der ärztlichen Behandlung besteht aus einer psychosomatischen Therapie, verbunden mit der verabreichung von Sulfanilamiden und Antibiotika mit intestinaler Wirkung. Die Be-

handlung die der Verfasser vorschlägt besteht aus einer medikamentösen Ileostomie und der intra-gastrischen Tropfengabe einer kolloidalen Lösung von Aluminiumhydroxyd, kombiniert mit Succinilsulfathiazol.

RÉSUMÉ

La colite ulcération poly-causale ou grave, quoique peu fréquente, est par son évolution et complications une maladie grave qui demande un diagnostic hâtif et un traitement précoce et intense. Dans l'étiopathogénie de la colite ulcération plusieurs facteurs interviennent; sont importants les psychiques et météorologiques.

Il faut insister sur le diagnostic précoce par la rectosigmoïdoscopie. Le traitement médical doit être basé sur la psychosomatothérapie et l'association de sulfanilamides et antibiotiques d'action intestinale.

Le traitement établit par l'auteur, iléostomie médicamenteuse par la technique "goutte à goutte" intragastrique, d'une solution colloïdale d'hydroxide d'aluminium, associée au succinilsulfathiazol, est d'une grande utilité.

EL FENOMENO DE LEMAIRE

Modificación del dolor profundo y visceral, mediante la anestesia de la zona del dolor referido, o su "irritación" con otras técnicas.

C. ARANGÜENA GARCÍA-INÉS.

Cirujano del Hospital de Barrantes,
Burgos.

Uno de los puntos más oscuros en la fisiopatología del dolor visceral es el fenómeno de Lemaire. Ninguna de las teorías pueden explicarle. La observación del fenómeno es de fecha reciente.

Tratando LEMAIRE a un enfermo que padecía un cólico nefrítico, ordenó colocarle una bolsa de hielo en la región dolorosa, observando la desaparición instantánea del dolor, sin haber tenido tiempo de actuar el hielo. Pensando en una posible acción anestésica producida por el frío, se le ocurrió infiltrar la zona dolorosa con novocaína al $\frac{1}{2}$ por 100 por vía intradérmica. En el año 1926, LEMAIRE comunica los resultados obtenidos en cuatro enfermos que tenían dolor abdominal, con defensa e hiperalgesia, en los cuales consiguió, mediante la anestesia de la pared abdominal con novocaína al $\frac{1}{2}$ por 100, la desaparición del dolor, de la hiperalgesia y de la contractura muscular.

Dos años después del trabajo de LEMAIRE, comunican WEISS y DAVIS los resultados obtenidos en 25 enfermos mediante la anestesia de la piel

en la zona del dolor referido por enfermedad visceral. En todos estos enfermos el dolor fué modificado favorablemente: en unos casos, fué suprimido completamente, y en otros, disminuído notablemente.

MORLEY repite estas experiencias en 13 pacientes con dolor abdominal, confirmando los resultados obtenidos por WEISS y DAVIS, y además que el dolor y la hiperestesia del hombro, provocados por la irritación del diafragma, podía ser suprimido o disminuído mediante la anestesia de la piel del hombro.

Estos resultados han sido confirmados por diversos autores. THEOBALD, ROSE y JONES consiguen, mediante la anestesia de la piel de la región epigástrica, hacer desaparecer el dolor provocado por la distensión de la primera porción del duodeno. TRAVELL y RINZLER han comprobado que el dolor referido y los fenómenos asociados de hiperestesia y contractura que acompañan al dolor visceral podían modificarse con la infiltración novocaínica de la zona, o también mediante el enfriamiento de la piel, con cloruro de etilo.

TÉCNICA DE LA INFILTRACIÓN.

HAGUENAU aconseja infiltrar con novocaína al $\frac{1}{2}$ por 100 el dermatoma correspondiente al órgano afecto, siendo la inyección completamente indolora; emplea una aguja larga y fina, de bisel corto, que sin falsas vías hipodérmicas permita obtener un habón edematoso, infiltrando desde él toda la zona de Head. Según mani-