

L. J. Morales Devaranza

281

30 Mayo 1885



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Algo sobre Proctitis  
i  
su diagnóstico  
con la Disenteria. —

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Honorable Comisión examinadora:

El asunto que me voi a ocupar, la inflamación del recto, <sup>muy olvidado en</sup> ~~poco estudiado~~ <sup>entre nosotros</sup> ~~trivial~~, no carece de cierto interés práctico, principalmente en lo que se refiere a su analogía con la disentería, enfermedad con la cual se confunde ordinariamente en la práctica, quizás por la poca importancia que se da al diagnóstico de la Rectitis.

Consultando a los pocos autores que se ocupan de la patología del recto, se nota que la mayor parte se preocupan poco de la Rectitis, de la cual dan descripciones deficientes que están muy lejos de reunir todos los conocimientos que sobre la anatomía i tratamiento de esta afección pueden obtenerse en la práctica.

Animado, pues, por este motivo no he vacilado en ocuparme del estudio de esta enfermedad, esperando que este pequeño trabajo sirva por lo menos para manifestar la importancia que tiene para la práctica el diagnóstico exacto de una afección que hasta ahora, al menos entre nosotros, se confunde tan

frecuentemente con la disenteria.

Para mas claridad he seguido en la descripcion de esta enfermedad el orden que se sigue en los tratados clinicos, a proposito de cualquier afeccion, dividiendo el trabajo en distintas partes que se ocupan de la Etiologia, Anatomia Patologica, Sintomatologia, Diagnostico i Tratamiento. Insisto principalmente en los tres ultimos puntos, porque son los que tienen una relacion mas directa con el objeto que me propongo en este estudio, que ante todo deseo que sea esencialmente practico.

Etiologia. - Las condiciones de produccion de esta enfermedad han llamado desde luego mi atencion, porque, segun muchas observaciones, la causa mas frecuente de la rectitis son las afecciones inflamatorias intestinales, en decir, las colitis i entero-colitis en sus distintas formas. La entero-colitis simple es causa tan frecuente, que hasta ahora, en todos los casos de esta enfermedad que he observado, no se ha presentado uno solo en que no haya existido una inflamacion marcada de la mucosa rectal con todos los sintomas de una proctitis mas o menos aguda.

Lo mismo sucede muy frecuentemente con la disenteria; pero en esta afeccion influyen mu-



3  
 cho mas las estrecheces consecutivas a la cicatriza-  
 zacion de las ulceraciones, que, de cualquiera pro-  
 cedencia que sean, producen rectitis, muy a me-  
 nudo crónicas i de suma gravedad.

Otra causa no menos frecuente son las he-  
 morroides que dan lugar principalmente a la  
 proctitis crónica con proliferacion del tejido conjun-  
 tivo, trayendo la detencion de las materias fecales  
 i la ulceracion como ultimo resultado.

Las otras causas citadas por algunos au-  
 tores como la blenorragia, chancros, papilomas  
 del recto i otros son muy raras; pero no tan-  
 to que no se puedan citar casos observados en  
 la práctica hospitalaria.

Hay una forma de rectitis, llamada por  
 algunos espontánea, a consecuencia de no te-  
 ner una etiología suficientemente determina-  
 da; pero al parecer está en relacion con la presen-  
 cia de sustancias irritantes que llegan hasta el  
 recto, o con la accion directa de los <sup>ajustes</sup> ~~exposiciones~~ ex-  
 teriores sobre la mucosa de la rejion anal.

Esta forma generalmente es aguda i de una  
 marcha benigna i pasajera.

Anatomia Patológica. - No insistiré mucho

sobre la Anatomía patológica de esta afección, limitandome a decir algo sobre sus formas aguda i crónica en que se las divide generalmente.

La forma aguda se caracteriza por la hinchazón de la mucosa rectal, el edema, i la vascularización que dá a esta membrana un color rojo vivo marcado. Sin embargo, las alteraciones no presentan siempre este grado de multiplicidad i, como lo veremos despues, no es raro que por la detención de las materias fecales endurecidas, se produzca la mortificación de la mucosa, su ulceración, la ruptura de algunos vasos i con esto hemorragias algunas veces alarmantes.

Esta forma es generalmente catarral; pero no es raro que, comprometiendo el tejido celular profundo, dé lugar a la forma plegmonosa que termina por supuración i por la formación de absesos o de fistulas.

En cuanto a la proctitis crónica, comunica un color rojo oscuro a la mucosa i en lugar del edema i el reblandecimiento de la forma

aguda, se nota frecuentemente un endurecimiento mas o menos difuso, debido, como en toda inflamacion crónica, a la proliferacion del tejido conjuntivo. Un carácter importante de esta forma es la existencia de repliegues en la mucosa, repliegues que son debidos a la relajacion de esta membrana que forma por su analogia con la inflamacion crónica de la vejiga, el recto en columnas, con la diferencia de que en éste rara vez está comprometida la capa muscular.

Otra circunstancia que debe llamarnos la atencion en la anatomia patológica de la rectitis crónica es la existencia de estrecheces cicatriciales, conitantes en la consecuencia a la disenteria o a las ulceraciones rifiliticas i tuberculosas. Con estas estrecheces viene la retencion de materias fecales por encima de ellas, la dilatacion del recto i finalmente la ulceracion que, segun Gosselin, es debida a

La retencion de los excrementos, como consecuencia de la dificultad de la salida de la orina, pasa en las estrecheces de la uretra.

Son estas ulceraciones, que pueden ser superficiales, profundas i foliculares, las que pueden dar lugar a perforaciones en el peritoneo, vejiga, vagina, etc. i traer como consecuencia perforantes mortales, fistulas recto-venicales, recto-vaginales; pero con mas frecuencia abscesos perirectales de terribles consecuencias.

Sintomatología. - Los sintomas de la rectitis aguda que se observa principalmente en los casos de colitis o entero-colitis, se manifiestan por la sensacion de calor i peso al ano, acompañada de un tenesmo muy incómodo i doloroso despues de la defecacion, que generalmente es diarreica en estas circunstancias. Con este tenesmo se verifica siempre la expulsion de una cierta cantidad de una materia mucosa o purulenta mezclada a estras de sangre que solo aparece al concluir de defecar.

27

Esta rectitis suele venir acompañada además de un tenesmo vesical muy incómodo, de disuria i de dolores que se irradian hacia el coxis i la rejion lumbar. El enfermo experimenta además un malestar jeneral i debilidad en los miembros que le hacen buscar la ~~causa~~ con avidez.

Muchas veces esta forma termina con la enfermedad que la dá origen; pero mas frecuentemente es la última en desaparecer i si que molestando al enfermo durante un tiempo que depende del tratamiento que se siga i de los cuidados que se tengan con el paciente.

Esta es precisamente una de las formas de rectitis que mas nos interesa, porque aun en su carácter jeneralmente benigno puede traer complicaciones alarmantes i de confusion para el médico. La observacion siguiente nos dará una idea de estas complicaciones:



F. M. de 28 años de edad, buena constitución, de empleo gauano, entró el 14 de Mayo a la sala de Santo Domingo del Hospital de San Juan de Dios, ocupando la cama N.º 33.

Dice que desde el día anterior, a consecuencia de haber bebido en exceso aguardiente i medianoche dormido en la noche a toda intemperie, le ha venido una diarrea abundante, con mucho tenesmo, arrojando al mismo tiempo sangre en la defecación. El vientre está meteorizado i algo sensible a la palpación. Por el momento i con solo los datos del enfermo, se creyó en el principio de una disenteria aguda, presentándose como indicación principal la de limpiar el intestino de las sustancias irritantes que existieran en él. Al efecto se le dejó: R. Aceite de ricino insáfido. 30 gramos.

Día 15. - Ha tenido muchas evacuaciones; hechas con excrementicias, amanillas, con depositos de pus i coágulos de sangre. Con

características de una proctitis aguda, porque por otra parte el estado general es relativamente bueno. Como las evacuaciones son todavía excrementicias, domina la indicación de desocupar el vientre. Se le deja:

R.

Cocimiento de tamarindo	400	gramos
Sulfato de soda.	15	"
Mantequilla	30	"

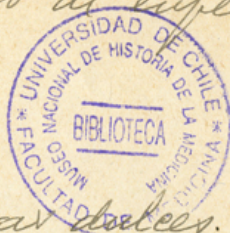
M. Para todo el día.

Día 16. — Las deposiciones tienen cierto carácter gangrenoso: son como aguda de carne, con coágulos sanguineos i con pequeños trozos de mucosa en suspensión. El estado general es relativamente satisfactorio, salvo que ha habido una ligera baja de la temperatura. Todo esto se explica por la mortificación de la mucosa comprimida por las materias fecales que ha traído la indena. Indicación: Desprender la mucosa enfaecada i evitar la acción de las sustancias sépticas. Encontrado que la ipecacuana i el calomel, aunque podían ser eficaces, tenían sus inconvenien-

tes, se prefirieron los aceites no acres i el sub-  
nitrate de bismuto. Se dió al enfermo la si-  
guiente prescripción:

R.

Emulsion de almendras dulces.	200 gramos
Subnitrate de bismuto	10 "
Láudano de Sydenham	40 gotas
Glicerina neutra	15 gramos



A. Para tomar en el día.

Día 18. - Las evacuaciones con excrementicias  
mezcladas a bastante cantidad de sangre i  
pus. Indicación. Modificar la ración. Se  
dejó:

R.

Specacuana en polvo. 0,50 gramos

A. i B. dos frapetillos. Para el día, tirando  
de un poco de jarabe para endulzar la boca.

Día 20. Las evacuaciones con excrementicias i  
cubiertas de pus i sangre en pequeña canti-  
dad. Liga con lo anterior.

Día 25. El enfermo sale de alta completamente  
sano.

Como se ve por el relato de la anterior ob-  
servación, la rectitis en su forma aguda no  
es una enfermedad tan sencilla como se

la considera generalmente. Tiene sus puntos importantes que dependen principalmente de las complicaciones que pueden aparecer en su curso. Sin ir mas lejos, en la observacion referida se creyó al principio por la existencia de las deposiciones sanguinolentas de que hablaba el enfermo, por el furo i el tenesmo, que existia una disenteria; pero felizmente las evacuaciones escrutinadas que aparecieron al dia siguiente vinieron a dar con toda claridad el diagnóstico de rectitis i a librar al enfermo de un tratamiento que, aunque eficaz, es incómodo i talvez en este caso perjudicial por lo demasiado enérgico.

Pero lo que mas interes tiene en esta observacion i que debe llancar con mas titulos la atencion, es la aparicion de las evacuaciones en agua de carne del dia 16. - Para un médico poco experimentado o que no hubiese estado al tanto de los antecedentes, esto habria sido decisivo, i no habria vacilado

12  
en diagnosticar una disenteria en su primer grado; pero para el que estaba en los antecedentes el caso era sencillo: los excrementos endurecidos habian comprimido la mucosa inflamada por la dificultad que encontraban para salir, la habian esfacelado, como consecuencia esta se habia desprendido en partes, al desprenderse habia roto una serie de vasos arteriales, produciendo una hemorragia. Se aqui la presencia de evacuaciones en agua de carne, las mucosidades flotantes i la sangre coagulada.

Este es un punto interesante para el diagnóstico de la rectitis aguda i desde luego unido en su importancia, porque este caso representó en la clinica del profesor Algar-te i dió lugar a vacilaciones.

La rectitis aguda que, generalmente es de una marcha tan benigna, puede desviarse en su curacion i dar lugar a la rectitis crónica que, aunque puede llegar a la ulceracion, no es nunca tan perjudicial para el enfermo como lo es la producida por otras causas.

Entre varios casos terminados felizmente<sup>13</sup>  
por la curacion citare el siguiente para ma-  
nifestar la eficacia del nitrato de plata en  
ciertas formas ulcerosas de esta afeccion.

N. N. de 30 años de edad, constitucion debil,  
de oficio zapatero entró a ocupar la cama 76.<sup>o</sup>  
9 de la sala de Santo Domingo del Hospital  
de San Juan de Dios el dia 23 de Junio.

Hace como cuatro meses que despues de  
libaciones en exeso i de la ingestion de gran  
cantidad de alimentos, tuvo una gastro enter-  
itis catarral que desapareció poco a poco que-  
dando confinada hasta ahora en la parte  
inferior del intestino. Desde entonces sufre de  
alternativas de constipacion i diarrea. El in-  
dividuo está en un estado anémico profundo.

Por el estado jeneral del individuo se temió  
que pudiera existir una foliculitis simple  
o tuberculosa. Se le dejó desde luego:

R.

Emulsion de almendras dulces	100	gramos
Aceite de ricino insápido	15	" "
Mercurio de nienta	2	" "

M. Para el dia.

Dia 24. - Los excrementos son característicos de

una rectitis: completamente normales i envol-  
tos en una capa de pus sin sangre. Se hizo  
la exploracion del recto i se encontro una ul-  
ceracion superficial a unos tres centimetros  
por encima del ano. En consecuencia se diag-  
nosticó una rectitis ulcerosa simple. Indica-  
cion. Modificar la mucosa por los astringentes.

Se daja

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Nitrato de plata 20 centigramos  
Agua destilada 500 gramos  
Disuélvase. Para una lavativa.

Dia 26. - Las evacuaciones casi normales con co-  
lo estrías de materia purulenta. Con el espejuelo  
se observa que la ulceracion está mas limpia  
i en via de cicatrizacion. Se sigue con la la-  
vativa de nitrato de plata.

Dia 28. - Las evacuaciones solo con pequeñas  
estrias de pus. Sigue.

Dia 30. Los excrementos completamente nor-  
males i la ulceracion cicatrizada. El indivi-  
duo sale de aca en un estado jeneral satisfac-  
torio.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Hay otra forma de rectitis que ya hemos lla-  
mado espontanea por no conocerse causa apre-  
ciable; pero es mucho mas rara i no tiene el

15

interés de la forma que acabamos de describir  
 Sus síntomas se confunden con los de la forma  
 precedente, salvo que el principio se caracte-  
 riza por una constipación pertinaz, a la cual  
 suceden las modificaciones propias de la rec-  
 titis aguda.

Vemos por lo que antecede en cuánto cuida-  
 da debe ponerse para hacer el diagnóstico de  
 una rectitis aguda i el de una disenteria; pero  
 debe ser mayor este cuidado cuando nos encon-  
 tremos con casos de rectitis crónica que simu-  
 lan con tanta exactitud una disenteria que  
 ha pasado al estado de cronicidad.

La rectitis crónica tiene sus síntomas  
 determinados. El enfermo sufre alternativas de  
constipación i de dianca, evacuaciones doloro-  
 sas, formadas por materias fecales, mucosas  
 o sanguino-fumulentas i se encuentra numa-  
 mente incómodo por una afcción que tien-  
 de a recidivar con <sup>una</sup> ~~una~~ facilidad estrordi-  
 naria. No es raro que se complique la vejiga; i  
entonces con los síntomas de la cistitis viene el  
tenesmo anal i verical que molesta mucho al  
 enfermo, manteniéndolo en una vigilia larga i con



Cuando al mismo tiempo que los síntomas precedentes, existe una estrechez en cualquier parte de la porción rectal, se presentan verdaderos fenómenos de una oclusión intestinal con sus síntomas de estreñimiento, vómitos, meteorismo, hipo i dolores abdominales atroces.

La siguiente observación es curiosa, por que reúne la mayor parte de los caracteres mencionados.

H. C. de 35 años de edad, trabajador al día, de regular constitución i temperamento bilioso, entró a ocupar la cama N.º 2 de la sala de Santo Domingo (Hospital de San Juan de Dios) el día 12 de Mayo.

Dice que por devaneos en la comida i bebida tuvo hace dos meses disposiciones disentericas con pujo, sangre, pus i trozos de membranas mucosas, de las cuales quedó casi completamente sano; pero hace solo una semana que se queja de tener nuevamente evacuaciones sanguineo-purulentas que alternan con estreñimiento rebelde, acompañándose de síntomas de disuria muy incómodos. A la palpación siente mucho dolor en la S. Iliaca i en el recto. El triángulo está ligeramente aumentado de volumen. Se diagnosticó una rectitis ulcerosa consecutiva a una disenteria i una cistitis

producida por profragacion. Indicacion. Modifi-<sup>17</sup>  
car la mucosa por medio de los catécticos i comba-  
tir la disunia. Se le dejó:

R.

Acetato de plomo 1 gramo

Polvos de opio 20 centigramos

M. Para 5 papelillos. Se disuelve uno en agua  
de linaza i se aplica una lavativa que el enfermo  
debe retener 10 horas.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Disolucion de ácido bórico al 1/100. 1000 gramos  
Para lavar la vejiga dos veces al día.

Día 15. - Se hizo el tacto rectal i se encontró a 5 cent. del  
ano mas o menos un anillo de consistencia fibro-  
sa que dificulta la salida de las materias fecales  
i aun la aplicacion de las lavativas, de tal mane-  
ra que fuér necesario recurrir a la rouda para a-  
plicarlas. El enfermo dice que no puede dormir  
a causa del tenesmo anal i vesical que lo mu-  
lestan. Siente al mismo tiempo dolores que se ima-  
dian a la region lumbar. Ind. La principal, ata-  
car el tenesmo por los antiespasmódicos.

R.

Bromuro de alcanfor 15 centigramos

Bromhidrato de quinina 30 "

Jugo de gliciriza 50 "

M. a pild. para el día.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Agua. - 500 gramos

Citrató de potasa 15 "

Jar. simple 30 "

M. Para bebida.

Día 17. - Las deposiciones son lieuténicas. El t<sup>o</sup> 8.  
 mismo rectal i vesical ha desaparecido. La orina  
 está clara desde el primer lavado. El dolor ya no  
 existe en la fosa iliaca, quedando solo el de la región  
 lumbar. Hai ligero estreñimiento i falta de bilis  
 en las materias fecales. Ind. Estimular la secre-  
 ción biliar i los movimientos de la parte alta  
 del intestino

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

R. Vin<sup>o</sup> de simaruba 30 gramos

Para tomar en dos veces al día.

Seiga con la lavativa de acetato de pilorus.

Día 19. - Las deposiciones han sido 11 el día ante-  
 rior con movimientos peristálticos exagerados i  
 reumáticos intestinal. La reumatosis es debida  
 indudablemente a la acolia. Ind. combatir ex-  
 ta reumatosis con los anti-repticos i los absorben-  
 tes.

R.

Acido salicilico. 10 centigramos

Polvo de ruibarbo 15 "

Carbon de Belle 4 gramos

Polvo de opio 10 centigramos.

M. para 8 papelillos en el día.

Día 22. - Continúa la reumatosis, a pesar del áci-  
 do salicilico i el ruibarbo. Se le dejó:

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

R. Extracto de bilis de buei. 20 centigramos

Polvo de ruibarbo 15 "

Carbon de Belle. 4 gramos

Polvo de opio. 10 centigramos

M. para 8 papelillos. -

Día 28. Está muy estreñido. Se le deja:

19.

R.

Magnesia calcinada 50 centigramos  
 Polvos de ruitarbo 10 "  
 Polvos de uuey rónieca 10 "

At. para un fraselillo.

Día 3 de Junio. - Se aparece una neumonía fibrinosa que hasta el día diez sigue su marcha sin producir ninguna modificación por el lado del intestino

Día 10. Aparecen evacuaciones disenteriformes, a pesar de que el estado jeneral del enfermo es relativamente satisfactorio. Se le deja:

R.

Acetato de plomo 20 centigramos  
 Extracto de opio 4 "  
 Mucilago de goma 100 gramos

At. para una lavativa.

Día 17. - Hasta este día las evacuaciones se habían modificado; pero vuelven a hacerse disenteriformes

Se le deja:

R.

Raiz de ifecacuana contusa 8 gramos  
 Agua hirviente - - 200 "  
 Extracto tebaico 10 centigramos

At. para una lavativa. -

Día 23. - Las evacuaciones se han modificado satisfactoriamente i contienen solo algunas estrias sanguinolentas. La neumonía, sin embargo ha debilitado mucho al enfermo. Se disminuye la dosis de la lavativa anterior. -



Día 1.º de Julio. - Agotado como estaba el enfermo <sup>20</sup> por tan larga enfermedad i por la neumonía, fué un nuevo golpe con la aparición de un absceso en la fosa isquis-rectal. Hasta aquí el enfermo había marchado con alternativas de mejoría i males que daban esperanzas; pero desde que apareció el absceso, complicación grave en estas circunstancias, no se obtuvo mejoría i el agotamiento producido por la supuración, se llevó al enfermo el 10 del mismo mes.

La autopsia no pudo hacerse por inconvenientes que con frecuencia se presentan en el Hospital. Sin embargo, creo que no habría enseñado muy poco más que lo que ya habíamos observado en vida.

En esta observación tan llena de particularidades hay mucho de notable que llama la atención. Los síntomas que dominan son los de la estrechez que seguramente era el resultado de las cicatrices enresecidas a la disenteria que el individuo había tenido dos meses antes i, en segundo lugar, son de notar las alteraciones de funcionamiento del ligamento. Ambos indudablemente contribuían a producir la neumonía que tanto molestaba al enfermo.

Pero la exulceración avanzaba i de allí nacían en

empujes disintenfomes que aparecian en algunos días i que se detenian tan marcadamente por el uso de las lavativas de acetato de plomo.

Otros fenomenos interesantes que se presentaron durante la marcha tan invidiosa de esta enfermedad fueron el tenesmo rectal i veical, estando este último en relacion con la cistitis que se habia producido por propagacion del proceso inflamatorio.

Esta cistitis es frecuente en la enfermedad de que me ocupo i debo hacer notar los magnificos resultados que se obtienen con el lavado de la vejiga.

Necesito ocuparme de otro caso curioso de rectitis crónica debido a la presencia de antiguos hemorroides.

Se trata de un individuo de 50 años de edad, buena constitucion, mayor domo de hacienda, que, como tal, tenia que andar mucho a caballo.

Entró a la sala de Santa Rosa del Hospital de San Juan de Dios, ocupando la cama n.º 20 el 20 de Octubre. Cuenta que hace un año sin ningun motivo particular, despues de haber pasado algunos dias estreñido, tuvo una evacuacion fecaloides muy dura, acompañada de pus i estrias sanguinolentas. Durante este tiempo la ha pasado con alternativas de constipacion i diarrea, saliendo siempre al terminar la evacuacion una materia sangui-

no presentata i sufriendo un fuero muy molesto i <sup>22</sup>  
 continuado. Ademas siente dolores a la cintura, coxis  
 i piernas; dificultad para orinar i ardor en la ure-  
 tra. El apetito está bueno; pero el individuo ha enfle-  
 quecido. Hai una relajacion completa de los esfín-  
 teres que hace que el individuo pare completa-  
 mente mojado. Indicacion. Serde luego desocupar  
 el vientre. R. Sulfato de soda. 30 gramos.

Día 21. — Se hizo el tacto rectal i se constató, junto con  
 la presencia de una hemorroide interna i prociudente, una  
 induracion que alcanzaba lo ménos a 6 centímetros  
 por encima del ano. Con esta induracion existia  
 la relajacion de la mucosa, formando el recto lla-  
 mado en columnas. La exploracion fué muy aumen-  
 te dolorosa i el dedo salia cubierto por una mate-  
 ria sanguinoso-purulenta procedente de las ulcer-  
 aciones. Se diagnosticó; por consiguiente, una rec-  
 titis crónica con proliferacion del tejido conjuntivo.  
 consecuente a la presencia de hemorroides. Indicacion.  
 Provocar la absorcion del exudado por medio de los  
 astringentes i disminuir el tenesmo.

R.

Extracto de ratania 4 gramos  
 Extracto de belladona 2 gramos  
 Vaselina - - - 30 "

H. formada. Dos veces al día.

Día 23. — El individuo se siente mejor: ha disminu-  
 do el tenesmo i el esfínter recobra poco a poco su con-

tractilidad. Sigue con la pomada. Cuidado en la <sup>23</sup>  
alimentación.

Día 28. - El enfermo está muy bien: las evacuaciones son normales i el esfínter se contrae. La hemorroides también se ha resuelto en parte. El estado jeneral satisfactorio. Sigue.

Día 3 de Noviembre. - El enfermo sale curado de su rectitis; pero siempre persiste la hemorroides, aunque mucho más pequeña.

En este caso, mucho más sencillo, lo que puede llamar la atención es la relajación del esfínter, complicación fácil de explicar por la induración tan grande que existía en el tejido celular submucoso. Es una condición bastante desagradable i molesta que altera mucho la moral de los enfermos. Las evacuaciones se verifican involuntariamente a pesar de los esfuerzos que haga el enfermo para retener las materias i; si a esto se une el tenesmo, como en nuestro paciente, el martirio es permanente i atroz.

Todos nuestros esfuerzos deben dirigirse, pues a volver su contractilidad al esfínter i a calmar el dolor.

Diagnóstico. Entramos a tratar del punto más importante que se relaciona con la afección de



que nos estamos ocupando, i es un diagnóstico <sup>24</sup>  
diferencial con la disenteria. Ya hemos dicho que  
la rectitis tiene sintomas comunes con esta enfer-  
medad que, hasta cierto punto, explican la con-  
fusión en que están los médicos que no hacen dis-  
tinción entre una i otra enfermedad.

Pero, analizando los casos que hemos citado, no  
es difícil encontrar para cada una de estas a-  
fecciones caracteres que las distinguen i que  
hacen muy seguro su diagnóstico.

Desde luego, la rectitis aguda con sintomas  
locales alarmantes, como el caso ya citado i que  
dió lugar a una melena, no trae esa decadencia  
general, esa facies particular que caracteriza a  
la disenteria ya sea aguda o crónica. El tenes-  
mo es en las dos constante i molesto; pero en  
la rectitis es común el estreñimiento, las eva-  
cuaciones son en general escrementicias, cubier-  
tas de mucosidad o de estrias sanguinolentas i  
no dá lugar a esos cólicos tormentosos tan mo-  
lestos en la colitis específica.

El que la alteración general del organismo sea  
tan insignificante en la rectitis, aun en los ca-  
sos más alarmantes de hemorragia, es un carác-  
ter muy importante para el diagnóstico, porque  
prueba de una manera incontestable la infec-  
ción

idad de la disenteria que, al revers de la rectitis, <sup>25</sup>  
es grave, porque es ante todo una enfermedad  
general. No es, pues, sin fundamento la teoria  
que, sin negar la accion poderosa local de la ipecaca  
euana, cree que este medicamento obra tan efiz  
camente en la disenteria, mediante la accion  
antireptica del acido salicilico que se ha en-  
contrado en sus raices.

Podria fudiera auiadirse como un sintoma  
distintivo de la disenteria, las evacuaciones en a-  
gua de carne del segundo periodo, que, aunque pue-  
den encontrarse en la rectitis aguda, como ya lo  
hemos visto, no son tan persistentes i estan en  
relacion con hemorragias producidas por ulcer-  
acion.

En cuanto a la distincion de las formas croni-  
cas de estas dos enfermedades, fue de presentar  
mas dificultades en la practica. Sin embargo,  
en la disenteria no existe tenesmo ni fujio, las eva-  
cuaciones no contienen pus ni sangre, haciendose  
notar sobre manera el estado jeneral que termina  
en la cachexia disenterica i la muerte.

Ahora bien, la exploracion por medio del ta-  
to i del especulum, es un poderoso medio de diag-  
nostico que disipa todas las dudas que puedan  
ocurrir. En efecto, si por estos procedimientos con-  
statamos la presencia de ulceraciones o estrecheces

en cualquier punto de la mucosa rectal, pro de<sup>26</sup>  
mos estar seguros de que existe allí un proceso  
de inflamacion que ha dado lugar a todas esas  
alteraciones; ni con ellas existen abscesos o hai rela-  
gacion de los esfinteres como es frecuente en las  
rectitis que dan lugar a un desarrollo notable  
del tejido conjuntivo submucosa, entónces las  
dudas deben disiparse i nuestro diagnóstico de-  
be ser de una rectitis en cualquiera de sus for-  
mas.

Todas estas consideraciones son de importan-  
cia, porque, como lo ha dicho el profesor Ugarte Gu-  
tiérrez, es lamentable que entre nosotros se dé tan  
poca importancia a este diagnóstico, cometiéndose  
el error de diagnosticar siempre disenteria i de  
someter a los enfermos a un tratamiento gene-  
ralmente muy molesto i no pocas veces ineficaz.

Tratamiento. - Pasaremos a ocuparnos del tra-  
tamiento, asunto importante particularmente en  
la proctitis, porque es tambien uno de los puntos  
cardinales que pueden servir para distinguir una  
rectitis de la disenteria.

El tratamiento de la rectitis difiere mu-  
cho del de esta última enfermedad, porque el pri-  
mero va dirigido contra una afeccion, cuyas manifes-  
taciones son esencialmente locales, i el segundo con-

tra una enfermedad que, ademas de alterar una <sup>27</sup> superficie mas o menos estensa del intestino, viene acompañada de una modificacion general en el estado del organismo

Con estos antecedentes se comprenderá que el tratamiento que debe preferirse, en general, en la rectitis es el local.

En primer lugar, hablaremos del tratamiento de la rectitis aguda. Como ésta es producida generalmente por una colitis o eútero-colitis, resultante de la ingestión de alimentos o bebidas irritantes i en exceso, la indicacion que se presenta desde luego en estos casos, es desocupar el intestino de esas sustancias nocivas. Se comprende que esto se conseguirá por medio de los evacuantes purgativos; pero es necesario tener presente que la mayor parte de estos medicamentos obran provocando una irritacion en el recto que en este caso seria muy perjudicial.

Con el objeto de evitar esta accion, deben usarse los purgativos oleosos, privados de sus principios acres, o bien las aguas purgantes racionales. Entre los primeros son preferibles la emulsion de almendras dulces i el aceite de ricino insípido de la Farmacopea Británica; entre los segundos las aguas de Carlsbad, Fano.

He aquí una fórmula muy conveniente en <sup>28.</sup>  
que entra la emulsión de almendras dulces.

R.

Emulsión de almendras dulces 200 gramos

Láudano de Sydenham 15 gotas.

Glicerina neutra 15 gramos.

M. para tomar en cuatro porciones.

Otra en que entran raluos.

R.

Cocimiento de tamarindo 400 gramos

Sulfato de soda 15 "

Azúcar de manito 30 "

M. para el día.

En cuanto al tratamiento local de la forma aguda, se hace por medio de lavativos emolientes adicionadas de algunas sustancias narcóticas. Muy usada es la de almidón con algunas gotas de láudano. Generalmente, siguiendo estos preceptos, la proctitis aguda pasa sin ningún accidente; pero suelen presentarse complicaciones que requieren un tratamiento especial.

Una de ellas, bastante molesta para los enfermos, es el tenesmo rectal i veical que ce de maravillosamente a la acción de los bromuros. Una de las fórmulas preferibles es la siguiente, en que entra el bromhidrato de qui-

una como un poderoso antiexpasmodico 29.

R.

Bromhidrato de quina 30 centigramos

Bromo de alcaufor 15 "

Jugo de glicerriza 50 "

M. tres pild. para el día.

La cistitis que generalmente es la causa del tenesmo se presenta como una nueva complicación, pero cede con facilidad al lavado de la vejiga con una disolución de ácido bórico al 1/100.

Pero no son estas las únicas complicaciones que hai que tratar en la rectitis. Ya hemos visto en una de las observaciones que no es raro el esfacelo de la mucosa i, como consecuencia, las enterorrijias de cierta gravedad. Como estos dos fenómenos se ligan, haciendo desaparecer a uno, se ataca tambien el otro; así es que en todo caso es conveniente, facilitar la caída de la mucosa esfacelada que, cuando se resquebraja espontáneamente, ulcera los vasos i trae las hemorragias a que me refiero. Con este objeto se usan los oleos no acres asociados al subnitrate de bismuto que, barunzando, por decirlo así, la superficie del recto, evita la absorcion de las sustan-

cras sépticas i la mortificación de los tejidos<sup>30</sup>  
profundos. Obra además contra la hemorragia  
misma i, si se asocia al opio, sus efectos son  
todavía mas eficaces.

He aquí una fórmula:

R.

Inmulsion de almendras dulces	200 gramos
Subitrato de bismuto	10 "
Láudano de Sydenham.	40 gotas
Glicerina neutra	15 gramos

D. Tómese en 4 porciones.

No faltaría quien usare en este caso la ipéca-  
euana en lavativas como el remedio clásico; pe-  
ro este medicamento, aunque muy eficaz, tie-  
ne la desventaja de aumentar la inflamación,  
obrando sobre las partes profundas. Conviene  
mas en la forma torpida de esta rectitis, en  
el estado subagudo.

El calomel tambien pudiera usarse con la  
condición de que se elimine ántes de convertirse  
en sublimado, porque de otra manera produce  
tiplitis de mucha gravedad. El doctor Ugarte  
nos citó a este respecto una experiencia dolo-  
rosa que adquirió en uno de sus niños.

El tratamiento en la forma aguda es con  
frecuencia muy eficaz, i, salvo las complicacio-



nes, la curacion se hace con facilidad. No sucede lo mismo en la rectitis crónica, donde el tratamiento, cualquiera que sea, suele ser inpotente. Ya he citado un caso de rectitis crónica consecutiva a una disenteria en que los medicamentos mas enérgicos i los cuidados mas arduos fueron inútiles. Sin embargo, es necesario convenir que la mayor parte de las rectitis crónicas no son tan rebeldes i que curan con un tratamiento tóxico mas o menos racional.

Los cateréticos son aquí la piedra de toque para llevar las indicaciones. En la forma ulcerosa, que es la mas frecuente, producen muy buenos resultados.

En primer lugar debe colocarse el acetato de plomo que en la observacion anodina produce efectos admirables, cuando se le aplica en forma de lavativas: He aquí una fórmula:

R.

Acetato de plomo 1 gramo

Polvos de opio 20 centigramos

H. para cinco pap.

Se disuelve uno en agua de linaza, cantidad suficiente para una lavativa.

La ipsecacuana, tambien en lavativas, viene



después i sus efectos son bastante provechosos. 32

Asociándola a los evacuantes, se evita su absorción i la acción tóxica consiguiente.

R.

Raíz de ipeca. contusa 4 gramos  
Agua hirviente 200 "

Infúndase durante 15 minutos i agréguere

Láudano de Sydenham 20 gotas

U. para dar cuemas. -

Las lavativas de nitrato de plata, como lo he-  
mos visto en una observación ya citada, pro-  
duce muy buenos resultados, especialmente en  
la forma torpida ulcerosa. Pueden añadirse  
el sulfato de zinc, el de cobre i el ácido bórico

El yodo es un medicamento muy eficaz  
bajo la forma de yodoformo, yoduro de potasio  
o solución yodo-tánica; i el doctor Hgante  
dice lo mismo del ácido féruico en solución  
concentrada (2 a 3<sup>ros</sup>) para evitar la absor-  
ción.

Peró hai formas en que los síntomas de in-  
duración por desarrollo excesivo del tejido con-  
juntivo i el relajamiento de los esfínteres, tienen mas  
importancia que las ulceraciones. En este caso  
la indicación que domina es provocar la reab-

recorri de ese cuidado i dar tonicidad a los <sup>33.</sup>  
 esfinteres, así es que deben usarse los astringentes  
 como la ratania, el tánico, etc.

Ya hemos hablado de los buenos resultados  
 que produjé en un caso semejante la fórmula  
 siguiente:

R.  
 Extracto de ratania 6 gramos  
 Id. de belladona 2 "  
 Kaseoia 30 "

Ad. i aplíquese dos veces al día.

Terminada esta incompleta descripción de la  
 Rectitis, e insistiendo siempre sobre los distin-  
 tos puntos que he aludido en el curso de este  
 pequeño trabajo, me atreveré a sacar la conclu-  
 siones siguientes:

Que la rectitis es una enfermedad que,  
 por sus distintas complicaciones, puede dar lugar  
 a dificultades en la práctica;

Que conviene mucho preocuparse de un diag-  
 nóstico diferencial con la disenteria, enfermedad  
 con la cual se confunde de ordinario entre nosotros;

Y, en fin, que este diagnóstico es de importan-  
 cia para la curación, porque el tratamiento difiere  
 en estas dos enfermedades.

L. Morales

