~~Dr. Dorcel~~

~~Dr. Criado~~

Dr. San Martin

81-2-4-nº 7

Nº 1905

Ca 2421

Tesis del Doctorado
en Medicina.

Estudio de la
Disenteria.

C

Ilustrísimo Sr.

Señores:

Mientras llevé á cabo mis estudios de Clínica en el Hospital de S. Juan de Dios de la Facultad de Medicina de Manila, tuve ocasión de observar bastantes casos de disenteria.

La existencia endémica de esta morbosidad en aquella capital me ha proporcionado medios de observación y me ha inducido á conceder preferencia á su estudio.

Tales son las razones que me han movido ha escoger el presente tema para materia de esta memoria.

Con los progresos realizados en estos últimos años, con el rico material que me aportan las numerosas publicaciones, y con el grano de arena con que contribuyo mi escasa observación, procuraré presentar el verdadero estado de la cuestión, haciendo un estudio completo de la disenteria, ocupándome de su:

Historia.
Etiología y distribución geográfica.
Sintomatología - Estudio clínico.
Anatomía patológica.
Diagnóstico.
Pronóstico.
Tratamiento.
Conclusiones.

Al llegar al término de mis estudios médicos no puedo menos de recordar las valientes lecciones recibidas de mis maestros, Sean permitido tributarles el homenaje de mi profunda gratitud.

Historia

Por lo menos disentido aun en nuestros días el agente infeccioso específico de la disenteria; solo ayer han sido despejadas las obscuridades que rodean su verdadera naturaleza, origen de extrañas y erróneas opiniones.

Esta enfermedad es conocida desde los tiempos mas remotos. Herodoto hace ya mención de ella é Hipócrates dió el nombre de disenteria (δυσεντερία) á una enfermedad caracterizada por dolores de vientre, sensación imperiosa de defecar y deposiciones líquidas, pequeñas, mucosas ó sanguinolentas

Sydenham consideró á la disenteria como una fie-

be arraigada en los intestinos, distinta de las diarreas ordinarias (« cursos de vientre »).

Los estudios posteriores de A. Pringle la hicieron considerar como una especie pestilencial, resultado de la descomposición pútrida de la sangre y de los humores bajo la influencia de las vicisitudes atmosféricas, de las fatigas de la guerra, de los miasmas pútridos y del contagio.

En 1765 habiendo observado Zimmermann una epidemia en que la disenteria parecía asociarse á las fiebres que él llamaba pútridas, creyó que el principio pútrido, causa interna de la fiebre, radicaba en la depravación de la bilis; y así se hizo la biliosa pútrida la especie ordinaria de la disenteria, para di-

terminarla de la maligna cuyo carácter era el resultado de condiciones exteriores: la miseria, el hambre, el hacinamiento etc.

Mas tarde consideró Stall la disenteria como una fiebre reumatismal, en la que obrando el frio sobre los intestinos produce un reumatismo especial.

Hasta esta época y teniendo los tratados de entonces se pueden reunir tres descripciones de la disenteria: la primera es de la disenteria esporádica ó estacional de los climas templados, la segunda de la epidémica de los ejércitos en campaña y la tercera de la endémica de los climas cálidos.

Con la aparición de Annesley, para quien la disen-

teria es el resultado de la coexistencia de las secreciones gastro-intestinales, constituyen una nueva era en la historia de esta afección.

Las epidemias de 1843 y 1848 observadas en Francia, proporcionaron ancho campo de estudio, y en sus investigaciones anátomo-patológicas, Gely, Marrelot, Follet y Collin descubrieron la ulceración intestinal, la pseudo-membrana, los folículos y la gangrena del intestino.

Bruneilhier y Virchow se ponen frente á esta opinión en 1842 y consideran la disenteria como un cuadro clínico que corresponde anatómicamente á un catarro ó á una afección diftérica de la mucosa intestinal

Henbner en 1871 y Cornil y Ranvier despues prueban

tan un estudio completo de las lesiones histológicas de la disenteria.

Atribuyeron hasta entonces el desarrollo de esta enfermedad á condiciones diversas á causas muy variadas, pero causas segundas al fin Kelsch y Kiener anunciaron la existencia probable de una causa interna primera, como agente específico.

En nuestros dias si bien no es posible determinar la especificidad del agente infeccioso porque muchas son las controversias y discusiones suscitadas, merecen citarse los estudios y trabajos de Koch, Martelli, Bertrand, Bancher, Maggiora, Ogata etc, y otros muchos, cuyos concienzudos trabajos enriquecen la bibliografia de la disenteria.

— Etiología — Distribución geográfica. —

Las causas de la disenteria pueden ser clasificadas en dos grupos: causas eficientes y causas predisponentes. Las primeras que son directas, primordiales, comprenden la infección y el contagio; las segundas son auxiliares sin que por sí solas puedan producir la enfermedad

— Infección y sus agentes — Contagio. —

La disenteria es decididamente de origen parasitario, pero ¿cual es el organismo capaz de producirla? ¿es un micrófito ó un amibo?. Apesar de los nuevos trabajos realizados esta es aun cuestión controvertida, pues las opiniones sobre este punto son en extremo variadas.

Si observadores como Loesch (1875), Koch (1883), Kartulis (1886), han

en el amoeba coli la causa de la disenteria, otros no me-
nos autorizados como A. Salí Valerio, Chantemesse y Vidal (1888)
encuentran en las heces de los disentéricos un bacilo, cu-
yos cultivos inoculados en los animales por la boca ó por
el ano determinan fenómenos disentéricos. En la autopsia se
halla en las paredes del intestino, en los ganglios mesenté-
ricos y en el bazo. Es de 4 á 5 μ de largo y se desarrolla rá-
pidamente á la temperatura ordinaria en gelatina,
gelosa, caldo y patata, donde el cultivo es amarillen-
to y seco. Es poco movible y se tiñe mal con los co-
lores de anilina.

Otros observadores separan de las heces un gran núme-
ro de micro-organismos y Hava encuentra diez y nueve
de los cuales ninguno es capaz de determinar

accidentes patológicos en los animales.

Kreb niega la existencia del bacilo y Orth encuentra en sus investigaciones un microbio difteriforme, al cual atribuye la disenteria.

En un absceso hepático desarrollado en un disentérico Veillon y Jaile, así como Ellaggiora, Ogata y Fiocca encontraron el colibacilo. Para ellos este bacilo no es el colibacilo habitual, sino una variedad de él, y al cual han dado el nombre de bacilus coli dysenterieus, que también es aceptado por Sali Valerio, Potteri, Shiga.

Se ha atribuido también la disenteria á otros diversos micro-organismos: el proteus vulgaris, el bacilus fluorescens, el bacilus piocyaneus por Ellaggiora; el staphilococus

y el streptococus, en las manifestaciones hepáticas por Zancarot.

Kruse y Pasquale señalan el bacilus de Eberh, el streptococus, el stapliloccus y el bacilus piocyaneus; Silvestri un diplococcus y Potteir un streptothrix disentérica.

Shiga observa igualmente el bacilus coli commune, el streptococus y el diplococus.

En sus estudios sobre el bacilus coli disentéricus le atribuye propiedades aglutinantes, é inyectado en cultivo en diversos animales determina hemorragias y catarro intestinal. En fin, inmunisó diversos animales inyectándoles un suero, descubierto en el curso de sus investigaciones y que contrarestaba la acción de la toxina disentérica.

Como se ha dicho antes algunos autores atribuyen

al amiba la causa de la disenteria, pero la comprobación de los hechos está muy lejos de la conformidad.

En vista de ello, Wenner en 1894, teniendo en cuenta las formas clínicas de la enfermedad y su etiología estableció la siguiente división:

1º Disenteria epidémica producida por parásitos vegetales.

2º Disenteria endémica, no contagiosa segun este autor y debida á parásitos animales y particularmente al amiba.

3º Disenteria esporádica producida por la influencia de una causa mecánica, como la compresión de una masa fecal, ó tóxica por absorción del contenido intestinal modificado por el mismo estado patológico.

Segun Quinche y Roos se encuentran en el intestino

tres clases de amibas:

1º El amaeba vulgaris patógeno para el hombre y los animales.

2º El amaeba coli mitis patógeno solo para el hombre.

3º El amaeba colifelis ó amaeba coli de Loesch, patógeno para el hombre y el gato respecto del cual el primer fenómeno patológico que se observa es una intensa diarrea disentérica.

Otros autores como Grassi Cunningham, Cornet, Lutz, Schuber, Castellani, Celli y Fiocca y Sasser aceptan la presencia del amiba, pero consideran al protozoario solo como un parásito que se desarrolla secundariamente sobre antiguas lesiones determinadas primitivamente por la presencia del microbio.

Tal es el estado actual de la cuestión.

Del resultado de los estudios é investigaciones llevados á cabo hasta el momento actual, cabe deducir que la disenteria es una enfermedad infecciosa y contagiosa. ¿Cual es el mecanismo del contagio?; ¿como se propaga la infección de un punto á otro?

Si bien es este uno de los puntos controvertidos de la historia de la disenteria, la lógica y la mayor parte de los autores admiten que esta afección no se desarrolla de una manera espontanea; siempre se adquiere por contagio.

Aunque no existe prueba positiva acerca del modo de verificarse el contagio en la disenteria y su propagación de hombre á hombre; aunque no se ha logrado encontrar todavia en el agua los supuestos micro-organis-

mos de la disenteria, la experiencia clínica y los distintos epidemiólogos hablan decididamente en favor de conceder al agua el principal papel en la propagación de esta enfermedad.

Igual la fiebre tifoidea su principal vector es el agua y así se han presentado explosiones de esta enfermedad despues de utilizar un agua impura, y por el contrario, desaparecer al mejorar las condiciones del agua. Así dice Colin que existe relación entre la inmunidad ó ataques disentéricos de las tantas poblaciones y el grado de pureza de las aguas que las alimentan.

Grande es tambien la influencia de las emanaciones fecales y están expuestas al peligro del contagio las personas que por una ú otra razón están en contacto directo ó in-

directo con el contenido infectado del intestino. De esta manera se ha visto desarrollarse y propagarse la disenteria en carceles, hospitales y campamentos, por las malas condiciones de las cloacas y letrinas.

Otro tanto puede decirse de las corrientes de agua que comunican con letrinas permeables en que se han depositado productos de diarreas disenterricas. Pueden servir tambien de intermedio de contagio los servicios de cama, las ropas etc, que han servido á los enfermos de disenteria y no han sido luego convenientemente desinfectados.

Causas predisponentes.—

Como en toda enfermedad infecciosa hay ciertas condiciones que contribuyen á favorecer la implantación y desarro-

llo de la disenteria y sus epidemias. En primer término no está el clima y por esta razón se desenvuelve con mas energia en los climas tropicales y subtropicales. En las latitudes intermedias la influencia de las vicisitudes atmosfericas se deja sentir, en términos de que la estación calurosa favorece la propagación de la plaga, al paso que la contrarestan los inviernos muy fríos.

Favorecen grandemente la propagación de esta afección las lluvias sostenidas y la quietud del aire, así como las condiciones del suelo siendo los mas abonados los terrenos pantanosos y bajos.

Esta última circunstancia explica la coincidencia de algunas epidemias de disenteria y paludismo. Puede, de una manera patente en los trópicos, que estas dos afecciones hacen á la vez sus estragos; pero es un

error empeñarse en buscar mas íntimos lazos de parentesco entre estas dos enfermedades, admitiendo, como lo hacen algunos autores, la posibilidad de que el germen de la disenteria se transforme en el de las intermitentes y viceversa.

Lo que hay es la simultaneidad de estas dos afecciones, sometidas á una misma ley de repartición geográfica.

La edad ni el sexo no tienen influencia visible, sin embargo atendiendo á la masa de hombres que se encuentran en condiciones mas adecuadas para contraer la disenteria, los adultos suelen ser atacados en mayor número.

El aislamiento, las malas condiciones de ventilación, la

suciedad de las calles y de las casas son otras tantas condiciones que favorecen el desarrollo de la enfermedad, y por estas serán su desarrollo y propagación son frecuentes en los ejércitos en campaña, en los establecimientos de reclusión etc.

Muchos ejemplos se podrían presentar: hojeando las memorias sanitarias de las campañas de estos últimos años se vé que la disenteria ha hecho grandes estragos en las expediciones á Crimea en 1854-1856, en la guerra de Italia 1859, en la de Méjico en 1860-1865, y finalmente en las recientes campañas de Cuba y Filipinas. La disenteria ha constituido siempre un efectivo considerable en las enfermedades observadas.

Son otras tantas condiciones abonadas para el desarrollo de la enfermedad: la miseria, el hambre, los estados de debilitación, caquécticos y toda infracción de alimentación como el abuso de frutas verdes, de cuerpos graves, el uso de carnes saladas etc.

- Distribución geográfica -

La extensión geográfica de la disenteria puede decirse que no tiene límites y abarca todas las comarcas habitadas de la tierra.

Es endémica en las zonas tropicales y subtropicales y estacionaria en la zona templada, haciendo su aparición hasta en las zonas circumpolares.

Es endémica en las Indias Orientales, Ceylan, Java, Antillas, Indias Occidentales, interior de Africa, costas de Alla-

labar y de Coromandel etc. En todo el Archipiélago Filipino es de notar, además de su carácter endémico, la variedad de sus formas.

En el continente europeo es mas frecuente en las peninsulas de los Balkanes y los Pirineos.

En los climas fríos se han observado explosiones de disenteria como en Suiza (1853) y Noruega (1860).

— Sintomatología — Estudio clínico. —

El cuadro sindrómico de la disenteria se ajusta á la intensidad de la afección y segun se trate de la disenteria aguda ó de la disenteria crónica, siendo esta la primera division que hay que establecer.

= Disenteria aguda. = Su periodo de incubacion se calcula que es de tres á seis dias, y en la mayoria de los casos es precedida de un periodo prodrómico, que cuando existe se manifiesta por saburra gástrica, retortijones y borborigmos, con irregularidad en las deposiciones que suelen ser biliosas. Pocas veces se inicia con uno ó varios escalofrios y cuando se presenta en el curso de otra enfermedad, el paludismo por ejemplo, se ma-

manifiesta por una diarrea prodrómica.

Siendo extraordinariamente variable el cuadro clínico de la disenteria, ajustaré esta descripción á la forma clásica, ordinaria, para indicar despues las modificaciones de las diferentes formas clínicas segun el predominio de tal ó cual cuadro sintomático.

Confirmada la disenteria los síntomas específicos de ella los constituyen las deposiciones, que tienen caracteres precisos, los cólicos, el tenesmo, pujos.

Las evacuaciones, cuyo número es variable y puede llegar á ciento y mas, son al principio biliosas y contienen los excrementos contenidos en el intestino, en estado líquido; luego desaparece la pigmentacion biliar, las materias fecales son glerosas y espumosas presentando granos que toman el aspecto de huevos de rana;

se encuentran estriadas de sangre y contienen un poco de grasa y algunos escibalos. Aun no se han formado las úlceras intestinales, las cuales á medida que se van presentando comunican á las deposiciones otros caracteres.

Las evacuaciones que han perdido su olor fecal y adquirido una fetidez insoportable, no son viscosas, ni trasparentes y la sangre puede estar tan íntimamente mezclada que dá á la deposición el aspecto del agua que resulta de lavar carne, descubriendose en ella copos y colgajos que son restos membranosos procedentes de la mucosa. A veces la interposición de la sangre en el moco dá á la deposición el aspecto del esputo herrumbroso de la

pneumonía fibrinosa.

En un período mucho mas avanzado y en la forma grave, es decir en el último período, aumenta la fetidez de las deposiciones que llega á ser cadavérica y tienen un color amarillento-verdoso, estando constituidas por materiales purulentos, siendo el pus á veces tan abundante que parece constituir ella sola la deposición.

Contrasta con el número de evacuaciones la cantidad de cada una de ellas, que en algunos casos apenas llega á una cucharada ó sea de 10 á 15 gramos, siendo verdaderos esputos del intestino; pudiendo llegar la cantidad de materiales arrojados en las deposiciones en las 24 horas á cuatro

ó cinco litros.

Quéjanse los enfermos antes de efectuar las deposiciones de dolores cólicos y pujos que van acompañados de una necesidad apremiante de deponer. Este tenesmo debido á la inflamación del conducto persiste en el intervalo de los pujos de donde resulta la incesante necesidad de estar en el sillico, produciéndose á consecuencia de la intensidad de este tenesmo, en algunos casos el prolapso del recto. El dolor es tan intenso que los enfermos palidecen, se cubren de sudor y se puede producir el síncope. Frecuentemente está cerrado el ano, pero al cabo de algun tiempo el esfínter se vá relajando paso á paso; el ano abierto parece sobresalir

de las fosas isquio-rectales, pudiendose ver las úlceras de la mucosa á través del orificio, por el que continuamente rezuman al exterior materias fecales.

El vientre está algo abultado al principio y despues se encuentra hundido; el enfermo se halla encogido en la cama, procurando la relajación é inmovilización del abdomen, en el que la presión es dolorosa, sobre todo en la fosa ilíaca izquierda en el que la compresión mano produce á menudo un gorgoteo.

Estos síntomas abdominales van acompañados de un síndrome general, que se ajusta principalmente á las

diferentes formas clínicas de esta enfermedad. A parte de esto, en general, la temperatura permanece inalterable, pero en algunos casos ocurren movimientos febriles irregulares y casi siempre remitentes; cefalalgia poco acentuada. La lengua está seca y cubierta de una capa gris-amarillenta, falta de apetito, poliadipsia, pudiendo presentarse vomitaciones é hipo.

Las secreciones están disminuidas, sobre todo la orina que es saturada, y algunas veces contiene albúmina; puede haber disuria y hasta anuria.

Veamos las diferentes formas clínicas de esta afección, las

cuales pueden reducirse á las siguientes: benigna, inflamatoria, álgida ó colariforme, biliosa, hemorrágica, tifoidea, gangrenosa y reumática.

Forma benigna — Se manifiesta por deposiciones diarreicas acompañadas de cólicos ligeros y poco tenesmo. Estas deposiciones son amarillentas y al cabo de dos ó tres días toman el aspecto de huevos de ranas; rara vez son sanguinolentas y su número varía de 20 á 30 en las veinticuatro horas. Al mismo tiempo suelen presentarse algunos trastornos gástricos: la lengua está blanca, la boca pastosa y amarga, y la sed es bastante intensa. Las deposiciones

cambian pronto de carácter, haciéndose biliosas, entrando el descenso dentro del segundo septenario, en que se hacen raras las deposiciones, marchando rapidamente el enfermo á la restitución de la salud.

Forma inflamatoria — En ella la temperatura del enfermo asciende rapidamente en los primeros dias pudiendo llegar á 40°, siendo raro que esta elevación persista, tomando un carácter remitente hasta desaparecer; continuando los otros síntomas de la disenteria.

Forma álgida ó colériforme — Así llamada por su semejanza con el cuadro sindrómico del colera, comienza brusca-

mente con caracteres de gravedad: las deposiciones que son sanguinolentas y muy fétidas, son muy frecuentes desde el principio y van acompañadas de fuertes cólicos y tenesmo. Suele iniciarse este cuadro con un movimiento febril.

Rapidamente las evacuaciones se hacen sumamente fétidas y contienen colgajos gangrenosos; cesan los cólicos y se presenta la parálisis del esfínter del ano por el que manan los excrementos. Entre tanto el enfermo cae en una postración y debilidad extremadas: se cubre de sudor frío, está cianótico y los ojos están como hundidos en sus órbitas, el pulso es pequeño y casi insensible, se presentan lipotimias, la voz

es afónica, hay anuria y se presentan calambres dolorosos, manteniéndose despejada la inteligencia hasta la muerte, que sobreviene rapidamente en medio del colapso.

Forma biliosa — Las deposiciones toman desde el principio caracter bilioso y van acompañadas de escasor en el ano. El enfermo tiene la boca amarga y la lengua cubierta de una capa amarillenta; hay anorexia, nauseas y vomitos marcadamente biliosos; las conjuntivas toman tinte ictérico, siendo acompañado todo este cuadro de fiebre bastante alta.

Forma hemorrágica — La cantidad de sangre contenida en

las deposiciones es grande, pudiendo ser aquellas de sangre pura. A la vez que estas enterorragias se presentan hemorragias múltiples: hay epistaxis, equimosis, manchas purpúricas y en la mujer se suelen presentar metrorragias.

Todos estos síntomas van acompañados de un ascenso notable de temperatura y graves trastornos nerviosos, cayendo el enfermo en un estado de anemia notable.

Forma tifoidea — Esta forma es frecuente en los trópicos (en Filipinas en los meses de calores: Junio, Julio y Agosto causa bastantes víctimas) y ataca principalmente á individuos estenuados y caquéticos por otras dolencias, y los que son víctimas de la miseria y del hambre. Se inicia con escalofríos repetidos y la fiebre es de carácter remitente, apareciendo desde los primeros días

fenómenos de postración. La lengua y los labios están secos, los dientes fuliginosos, aparecen en las mejillas manchas de rojo lívido; embargo sensorial, delirio, fenómenos atáxicos y adinámicos; el pulso es pequeño y frecuente sin relación con la temperatura; hay abombamiento del vientre, el cual está dolorido, produciéndose gorgoteo á la presión sobre todo en la fosa ilíaca izquierda. Los enfermos pierden rápidamente las fuerzas y mueren en medio de síntomas de colapso.

Forma gangrenosa — Frecuente también en los trópicos, es grave desde el principio. Las deposiciones son incesantes y acompañadas de fuertes cólicos, tenesmo y disuria y las materias depuestas exhalan una fetidez cadavérica, característica de la gangrena, presentando una coloración roji-oscura ó parda-negruzca

debido á la alteración de las materias colorantes de la sangre y cambiaron colgajo de tejido esfacelado. Pronto el abdomen meteorizado queda indolente, desaparecen los cólicos y el tenesmo, coincidiendo con este apaciguamiento de los síntomas locales una agravación del estado general: se presenta la hipotermia y las extremidades se hielan y hasta el aliento parece que se enfría; el pulso es pequeño, casi insensible, el corazón late debilmente, hay anuria, se presentan lipotimias y síncopes y sobrevienе rapidamente la muerte, en que termina en la mayoría de los casos.

Forma reumática — En esta forma interesante bajo el punto de vista clínico, las manifestaciones articulares que la caracterizan, casi nunca aparecen antes de la segunda

semana de la enfermedad, habiendo coincidido, rara vez, la aparición de ellas, con la expresión brusca de los síntomas disentéricos. Pocas veces invade articulaciones múltiples, tomando mas á menudo la forma de una artropatia fija con localización en las rodillas, en las cuales el enfermo se queja de un dolor sordo que vá acompañado de torpeza y dificultad en los movimientos de la articulación. Esta se presenta tumefacta, sin subicundez inflamatoria y con sus tejidos en estado de edema blanco, y de ordinario llena de líquido.

Estas lesiones articulares que generalmente no van acompañadas de fiebre, ni síntomas generales siguen una marcha larga y continua, reabsorbiéndose el líquido con

mucha lentitud, sin dejar, casi nunca, auxiliares, ni producir la supuración, ni complicaciones cardíacas, hasta llegar á la curación.

En el estado actual de la ciencia, que admite la naturaleza infecciosa de la disenteria, esta forma reumática puede ser considerada como un pseudo-reumatismo infeccioso, análogo al que se presenta en otras enfermedades infectivas.

Hemos tenido ocasión de observar varios casos de esta forma clínica, mientras llevabamos á cabo nuestros estudios de clínica en el Hospital de S. Juan de Dios (Villanila), apreciando que generalmente aparecía en la transición de la epoca de calores á la epoca de lluvias (Agosto, Septiembre), y en individuos que habían tenido anteriormente algun padecimiento reu-

mático.

Aparte de las descritas formas clínicas de la disenteria, esta afección puede ser ligera, mediana, grave y mortal, en cada una de las cuales es distinta su marcha y duración.

En la forma ligera el número de deposiciones es de 5 á 10 en las veinticuatro horas, con poco ó nada sanguinolentas; los dolores abdominales y el tenesmo son insignificantes ó nulos, cediendo fácilmente en el espacio de tres á ocho días. Se observa en los climas templados.

En la forma mediana las deposiciones pueden llegar á veinte ó mas por día; el tenesmo y los dolores abdominales son intensos. Hay ligera ascención termométrica.

Con un tratamiento conveniente decrecen las deposiciones del decimo tercero al decimo quinto dia, apareciendo sus caracteres fecales y desapareciendo gradualmente las materias mucosas y sanguinolentas en los materiales depuestos; disminuyen el tenesmo y los retortijones que acaban por desaparecer hasta llegar á la curacion.

La forma grave, que es frecuente en los paises cálidos, generalmente vá acompañada de fiebre bastante intensa, el numero de deposiciones puede llegar á 70, 80, ó mas en las veinticuatro horas y van acompañadas de fuertes y continuos dolores abdominales; el tenesmo es intenso; hay gran sensibilidad á la presion sobre el abdomen, presentándose fenómenos de

embarazo gástrico, con vómitos. Todos los síntomas de la disen-
tería llegan á su máximum de intensidad hasta ocurrir la
muerte. Cuando la enfermedad ha de curarse dura de
20 á 25 días y entre alternativas de mejoría y agrava-
ción llega la convalecencia que es larga y frecuente á re-
cidivas.

La disentería mortal ó fulminante, así llamada por la rapi-
dez con que ocurre la muerte, debe su gravedad no solo al
estado del intestino, sino á la intensidad del envenenamiento por
las lesiones y complicaciones funcionales que son su consecuen-
cia. Vomitos frecuentes, deposiciones gangrenosas involuntarias,
adinamia, hemorragias intestinales múltiples, peritonitis etc, se-

gun la forma clínica á que corresponda y de cuya gravedad nos hemos ocupado. En estas formas que se presentan en los paises cálidos puede ocurrir la muerte en unos dos ó tres dias.

= Disenteria crónica = Puede seguir á la forma aguda ó á sus recidivas y presentarse desde el principio con el caracter de crónica. En los paises cálidos los individuos que han sufrido ataques muchas veces son los mas expuestos á ella. Su síndrome varia de un modo extraordinario. Hay alternativas de estreñimiento y diarrea y faltan á veces en las deposiciones la sangre y el moco á no ser que este estado sea interrumpido por un ataque agudo; rara vez van acompañadas

de cólicos y tenesmo; son negruzcas, purulentas y se encuentran á menudo pedazos de mucosa necrosada y en el último período son hienteríicas. Generalmente el apetito está exagerado y puede haber bulimia, pero las digestiones se hacen difícilmente y van acompañadas de fenómenos dispépticos. La orina es muy escasa. Entre tanto el estado general está muy comprometido y el enfermo queda relegado al lecho en medio de una gran postración; se forman úlceras por decubito, los ojos no tienen expresión, la voz es cascada, la lengua está lisa, reluciente y hendida; la piel está seca y rugosa; la pared del vientre que en un principio estaba tenso y meteorizado se aplasta y retrae; la circulación periférica está debilitada y hay hipotermia, y finalmente el enfermo acaba

por sumirlo al marasmo ó por otras complicaciones.

Recidivas, formas asociadas y complicaciones de la disenteria = Es singular la tendencia de esta afección á las recidivas, las cuales repetidas sucesivamente constituyen la regla, bastando una transgresión del régimen alimenticio ó la impresión del frio para hacer recaer al enfermo en un estado mas grave que el anterior

La disenteria puede coincidir con otros estados patológicos, lo cual ha dado lugar á errores de construcción, ya expuestos en otro lugar de esta memoria. De esta manera Lambay y Dutroulau admitieron que la disenteria y las fiebres intermitentes no son mas

que manifestaciones distintas de la intoxicación palúdica; transcan la fiebre intermitente disentérica. Esto es evidentemente falso y lo único que hay de verdad es la simultaneidad de las dos entidades morbosas.

Pueden invadir simultaneamente la disenteria y la fiebre palúdica, segun ha demostrado recientemente Chollet en su tesis, en un mismo sujeto sin ejercer influencia la una sobre la otra y siguiendo su curso diferente; pero lo general es la agravación de la disenteria en los enfermos palúdicos. Se citan algunos casos raros en que la fiebre palúdica parece haber contenido la disenteria en su evolución.

La simultaneidad de estas dos apariciones es frecuente en Manila, en donde reinan endémicamente.

Son igualmente notables las conexiones de la disenteria con el tifus, la fiebre tifoidea y el escorbuto. Pfeiffer hace observar su coexistencia con el cólera, habiéndose presentado en una epidemia primeramente en aquellos casos en que anteriormente habían aparecido los primeros casos de cólera.

La disenteria no es escasa en complicaciones, siendo la mas frecuente en los paises tropicales los abcesos del hígado, y aunque muy raro también en los pulmones y en el cerebro. Estos abcesos del hígado debidos indudablemente al trasporte de los micro-organismos patógenos, por las venas mesenterricas y porta, se desarrollan con facilidad

cuando el hígado se halla en estado cirrótico ó aun lesionado por efecto de anteriores estados morbosos. El 60 por 100 de los abcesos del hígado que hemos tenido ocasión de observar en el Hospital de S. Juan de Dios, ha sido en individuos que habían padecido disenteria.

Otra complicación no menos grave es la peritonitis que puede ser circunscrita ó difusa y es provocada por la propagación de las alteraciones disentéricas al peritoneo ó ser consecutiva á una perforación intestinal; si esta se verifica en una bolsa limitada por adherencias antiguas, á consecuencia de la organización previa del peritoneo, es puramente local la complicación y de menor gravedad; mas cuando esta organización y estas adherencias no existen se desarrolla una peritonitis aguda, difusa que produce

la muerte rapidamente.

La inflamación del tejido celular perirectal, dá lugar á una periproctitis que llega á la supuración y puede producir una perforación, con formación de una fístula rectal.

La cicatrización de las úlceras intestinales puede determinar estrechamiento intestinal con síntomas de íleus. Puede dejar en pos de sí un estado de marasmo debido á la sustitución de la mucosa normal por una membrana cicatricial, comprometiendo la absorción y la asimilación.

Suelen observarse también hemorragias intestinales, que á menudo son mortales.

Entre las complicaciones menos frecuentes figura la enfermedad de Bright y edemas caquéticos generales. En la forma

crónica puede ocurrir la degeneración amiloidea del hígado y del bazo.

Se observan periostitis y como en otras enfermedades debilitantes pueden sobrevenir trombosis venosas marasmódicas.

Como complicación notable de la disenteria, han sido citados por casi todos los autores, las parálisis, que, en la generalidad de los casos, tienen el carácter de parálisis espinales, que son producidas, según Leyden, por efecto de neuritis que partiendo de los intestinos se propagan á la médula espinal. Se han visto todas las variedades.

Anatomía patológica

Estudiaremos las lesiones intestinales en la disentería aguda y en la crónica para despues ocuparnos de las lesiones de otros órganos.

Disentería aguda — Las lesiones anatómicas se limitan casi siempre al intestino grueso y solo en casos raros se extienden por encima de la válvula de Bauhin, presentándose en su máximo desarrollo en el intestino recto y en el colon iliaco, dejando casi intacto, á veces, el colon transverso.

Al abrirse el abdomen se presenta el intestino grueso con sus paredes engrosadas, contraido y estrecho, pudiéndose considerar sus lesiones anatómicas como una inflamación local que en su grado mas extremo produce la necrosis

de la mucosa y la formacion de úlceras.

Segun esto, se encuentran dos especies de lesiones: difusas mas mas ó menos estensas, inflamatorias y otras propias de la disenteria, que son las úlceras.

La superficie de la mucosa está cubierta de una capa de moco amarillo sucio, y lavado el intestino se la encuentra con estrias ó puntos sanguinolentos, tumefacta, hiperémica, relajada y sembrada de pequeños equimosis unas veces y otras tan estensas que abarcan grandes superficies. La hiperemia se halla siempre mas manifiesta en el ápice de los pliegues y vellosidades y en las franjas longitudinales de la mucosa. Esta mucosa presenta á trechos escaras ó úlceras mas ó menos anchas y profundas que residen por lo comun en la convexidad de los pliegues ó de los mamelones. Estas escaras ó chapas no se

pueden desprender con el escalpelo y si se desprenden á vivas fuerzas queda en el punto que ocupaba una pérdida de sustancia. El tejido submucoso está igualmente infiltrado y engrosado.

Vistas al microscopio estas lesiones se encuentra notable dilatación y repleción sanguínea de los vasos de la mucosa y submucosa é infiltración edematosa del tejido. Las células epiteliales de la mucosa aparecen intactas y los intersticios entre las glándulas de Lieberkuhn dilatados. En un período mas avanzado se observa la emigración de los leucocitos de la sangre, que se acumulan en la capa externa de los vasos sanguíneos y entre las glándulas de la mucosa, siendo, á veces, esta aglomeración tan íntima que los extremos de estas aparecen estrangulados á manera de quistes. Esta acumulación de los glóbulos blancos

de la sangre sobre la cara externa de los vasos se observa también en la capa muscular del intestino.

La lesión típica de la disenteria es la úlcera, la cual segun Kielsch y Kiener presenta en su evolución tres estados evolutivos: escaro, úlcera y cicatriz sucesivamente.

La lesión tiene su punto de partida en la submucosa en los folículos cerrados que abundan sobre todo en el ciego y en el recto y comienza bajo la forma de undosidades del tamaño de un cañamon, cuyo vértice alcanza á la superficie libre de la mucosa, mientras profundamente se extiende por el tejido submucoso. Estas pequeñas undosidades rojas al principio pronto se ponen secas con aspecto de escaro y entonces se necrosan y destruyen por supuración, dejando una cavidad en la submucosa que comunica con el in-

testino por un orificio en forma de botón de camisa.

Si la formación de tuberosidades y la necrosis tienden á mezclarse, forman úlceras grandes por vacuación de los bordes en los cuales se forma una costra por la necrosis de coagulación, que despues que se desprende queda una úlcera abierta mas ó menos extensa.

Las úlceras se parecen todas y suelen presentarse agrupadas en el cuello y S. ilíaca tomando la apariencia de un enjé. Está circunscrita por bordes cortados á pico que no están ni hinchados ni revueltos y tiene la forma de botón de camisa, extendiéndose por la submucosa, produciendo de esta manera desprendimientos mas ó menos extensos de la mucosa y trayectos fistulosos que comunican varias úlceras próximas. Está limpia y seca con poca abundancia.

A este período de ulceración sigue el de cicatrización, que puede hacerse cuando la necrosis se limita; en este caso la úlcera cicatriza por la formación en su base de tejido fibroso ó porque los bordes flotantes de la úlcera se ingertan en la base de la úlcera. En ambos casos la cicatriz es blanca ó pigmentada y es mucho mas pequeña que la úlcera á que sigue.

Por el examen microscópico del intestino en el intervalo de las úlceras se observa que en la capa glandular los vasos están turgentes y el tejido conjuntivo que los rodea está infiltrado de células linfáticas, estando los tabiques interglandulares aumentados de longitud y grueso á consecuencia de esta infiltración. Las glándulas de Lieberkuhn se presentan alargadas y con estrecheces y dilataciones sucesivas á con-

secuencia de la compresión que sufren y sus células epiteliales se hallan generalmente hipertrofiadas y cuboiformes.

En el tejido submucoso también numerosas células linfáticas se hallan esparcidas al rededor de los vasos, así como también está infiltrado de estas células el tejido conjuntivo de la mucosa por debajo de las glándulas de Lieberkuhn y al rededor de los folículos cerrados.

El intestino contiene materias líquidas muco-sanguinolentas ó purulentas, abundantes en mucina y contienen casi siempre un poco de sero-albumina y mucha pepsina.

El examen microscópico demuestra en ellas grandes cantidades de leucocitos, células epiteliales del intestino, glóbulos rojos de la sangre bien conservados, amebas (Hlava, Kartulis) y bac-

gos esquizopiros (Clebs, Chantemesse y Widal) y microorganismos piógenos.

En la disenteria gangrenosa á estas lesiones descritas se agregan las propias de la gangrena. La mucosa está sembrada de escaras negruzcas, de dimensiones variables, que forman prominencia en la superficie del intestino interesando la mucosa y la submucosa, de tal manera que al arrancar esta capa de esfacelo aparece el tejido submucoso sano, desprendiéndose aquella en pedazos negros y carbonizados. En estas placas se encuentran úlceras cuyas superficies son rojizas, infiltradas de restos de pus; son irregulares y dan á la mucosa el aspecto de un pedazo de madera roido por gusanos, y pueden profundizar cada vez mas, acabando por ocasionar las perforaciones.

En el tejido conjuntivo subglandular los vasos se hallan ingurgitados de sangre negra y sus paredes han vuelto al estado embrionario, mientras que el tejido submucoso se halla convertido en un lago de pus (Cornil y Ranvier) que aisla la capa glandular, produciéndose la destrucción y eliminación de la mucosa que se hace bajo la forma de pitrafas fétidas ó de membranas tubulosas.

Disenteria crónica — Al abrirse el vientre ~~se encuentra~~ al intestino grueso encogido y disminuyado de calibre, está endurecido y crujé bajo el corte del escalpelo. Interiormente es de color gris-negruzco y presenta el aspecto ~~mas~~ variado: al lado de segmentos sanos se observan úlceras en todos los periodos de su evolución, desde su comienzo hasta la formación de cicatrices, que á veces forman bridas;

descendiendo generalmente estas lesiones por el intestino, de tal manera que las mas antiguas residen en el ciego y las mas recientes en la S. ilíaca y en el recto.

Estudiado al microscopio se observa que la lesión esencial consiste en una metamorfosis quística, que ocupa, segun Cornil y Ranvier, los folículos cerrados cuyo contenido se reblandece y despues se vierte al exterior. Las células de las paredes de estos quistes son de aspecto caliciforme; observandose además una infiltracion celular del tejido interpuesto, infiltracion que se desarrolla al rededor del orificio glandular de tal suerte que este queda obstruido.

Practicado un corte vertical de la mucosa al nivel de una úlcera, se observa, en las porciones comprendidas entre ellas, el tejido conjuntivo lleno de vasos dilatados constituyendo

una atmosfera que rodea y separa las glandulas de Lieberkuhn, las cuales están alargadas y aumentadas de volumen. Al nivel de las úlceras no se observan mas que vestigios de las glándulas en lucho, las cuales quedan reducidas á su parte inferior ó faltan completamente. Estos fondos de saco están llenos de células cilíndricas cupuliformes y se hallan separados por tejido conjuntivo infiltrado de células linfáticas.

Lesiones de otros órganos — Si bien los demas órganos no presentan modificación alguna característica, aparte de las lesiones descritas, suelen observarse en la disenteria lesiones de otros órganos de mas ó menos importancia.

El peritoneo puede ser asiento de una peritonitis, desde la parcial mas ó menos intensa hasta la aguda supurada, por perforación del intestino.

Los ganglios linfáticos del mesocolon están hiperemiados y tumefactos y pueden llegar á la supuración.

El hígado está congestionado, aumentado de volumen, y especialmente en los países cálidos es muy frecuente que padezca de hepatitis supurada. En la forma gangrenosa sus células son asiento de una degeneración grasienta, y en la forma crónica está atrofiado, observándose en algunos casos de esta forma el hidrotorax, el hidropericardias y la ascitis.

Como en las enfermedades infecciosas, los riñones pueden presentar las lesiones de una nefritis difusa.

En los disentéricos la sangre sufre alteraciones bastante profundas: su coloración es negra, y su consistencia viscosa, observándose notablemente disminuyida la cantidad de agua y de albumina; además es pobre en glóbulos

rojos y en fibrinógeno.

Uffelmann ha encontrado en los enfermos de diarrea las alteraciones de las secreciones del aparato digestivo, siguientes: en las formas graves, la saliva disminuye de cantidad y adquiere reacción ácida, es escasa en corpúsculos salivales y contiene muchas células epiteliales, detritus granuloso y hongos. En la forma leve el jugo gástrico es de reacción ácida mas exagerada que en estado fisiológico, adquiriendo en la forma grave reacción alcalina, perdiendo su cualidad peptonizante.

Diagnóstico

Habitualmente no ofrece dificultad, cuando como sucede en la mayor parte de los casos aparecen los síntomas clásicos. Principalmente nos servirán de guía los caracteres de las deposiciones, pudiendo decirse que el diagnóstico de la disentería se hace en el servicio del enfermo.

También contribuye al diagnóstico el investigar la existencia de los amibas, por lo menos en la forma tropical.

No puede confundirse con otras afecciones:

Con las hemorroides por el flujo de sangre por el ano, además de que puede comprobarse por la vista y el tacto la dilatación de las venas hemorroidales.

La sífilis rectal va acompañada de otros síntomas y altera-

ciones específicas en otros órganos.

En el cólera las deposiciones tienen caracteres distintos y contienen el bacilus coma.

Las neoplasias del recto se reconocen fácilmente, así como la tuberculosis rectal que vá acompañada de síntomas é invasión tuberculosa en otros órganos comprobándose la presencia del bacilo de Koch.

La forma crónica pudiera confundirse con la diarrea crónica de Cochinchina, mas los caracteres de las deposiciones dejan fuera toda duda.

Pronóstico

Mas bien favorable en los casos esporádicos, generalmente grave en las disenterías endémicas y epidémicas.

Son muy de tener en cuenta la fuerza y resistencia del enfermo, siendo naturalmente mas peligrosa en los individuos debilitados, así como la forma en que se presenta la afección.

La mortalidad por término medio es de 7 á 10 por 100, siendo mayor en los trópicos: en Egipto asciende á 35 por 100 segun Griesinger, y en las Indias mueren el 375 por 100 de los indios segun Raue, siendo la mortalidad en

los europeos que son bien tratados de 2 á 3 por 100.

Ha habido epidemias en que han muerto el 60 y 70 por 100.

Segun las estadísticas de enfermos de disenteria en el Hospital de S. Juan de Dios (Manila) fallecen del 25 al 30 por 100.

— Tratamiento —

No existiendo medicamento específico para el tratamiento de la disenteria, no es problema fácil elegir el mas apropiado, a causa del gran numero de métodos de tratamiento que existen, y para proceder con orden dividiré su estudio en:

A) Tratamiento profiláctico.

B) Tratamiento curativo

este último comprende:

α) dietético.

β) farmacológico

γ) sueroterápico

Profilaxis.

La profilaxis ocupa un lugar muy importante en el tratamiento de la disenteria.

Como en todas las enfermedades bacilares del intestino, es de primordial interés la desinfección y destrucción de las materias evacuadas, evitar los enfriamientos, vigilar la alimentación, hacer uso de aguas de buena calidad y combatir en cuanto sea posible los efectos del hacinamiento: tales son las medidas preventivas que hay que tomar para evitar las epidemias de disenteria.

Se ha de cuidar pues con gran esmero de la desinfección perfecta de las deposiciones, las cuales contienen el agente patógeno. Las epidemias mas intensas se producen cuando las deposiciones disentericas se mezclan con las sustancias alimenticias que utilizan un gran número de personas; por consiguiente todos los medios que se emplean han de ir encaminados ha impedir la diseminación del agente patógeno.

Se desinfectarán escrupulosamente todas las evacuaciones, así como las

vasijas que hayan usado, la cama y las ropas antes de que vuelvan ha usarse nuevamente. La desinfección de las vasijas se hace cociéndolas, ó mejor por medio del ácido nítrico. Las deyecciones deben mezclarse con una solución de lisol, ácido fénico ó cresol al 5 por ciento, con sublimado al 1 por mil, ó bien con un dos por ciento de su volumen de lechada de cal. Todas las telas usadas se introducirán en una solución de lisol al 5 por ciento. La cama y las ropas se desinfectarán mejor en la estufa de vapor ó en caso contrario puede hacerse un lavado con la solución de lisol.

También la alcoba utilizada por el enfermo deberá desinfectarse antes de que se destine á otro uso; para lo cual se quitarán todos los objetos transportables y se desinfectarán ó en la estufa de vapor ó con la solución de lisol ó sublimado, que servirán también para lavar las paredes y el suelo de la alcoba, que si

es posible se blanqueará y pintará de nuevo.

Se cuidará escrupulosamente de que las letrinas en que se depositen las evacuaciones de los disentéricos, estén revestidas de paredes impermeables, para que no se filtren y se mezcle su contenido con los arroyos, ríos ó conducciones de aguas inmediatas.

Conocido es el papel que desempeñan las aguas en lo relativo á la infección, siendo preciso filtrarlas, haciendo uso del filtro Chamberlain-Pasteur ó bien hervirlas, sobre todo en las localidades en que reyna normalmente la disenteria.

Aparte de estos cuidados se tendrá aislado al enfermo ó á los enfermos, procurándose, sobre todo en las salas de los hospitales una aireación suficiente.

Descendiendo rápidamente la temperatura de los enfermos

bajo la influencia del flujo intestinal, es preciso mantener la habitación á una temperatura constante de 15° R.

Tratamiento dietético.

La dietética de la disenteria exige un régimen particular, cuya indicación principal es nutrir suficientemente á los enfermos con sustancias poco irritantes, muy nutritivas en pequeño volumen y poco apropósito para provocar ó mantener las fermentaciones intestinales.

En primer término está el régimen láctes. La leche se administra cuida en cantidad de dos á tres litros en un día. Si los enfermos la aceptan con repugnancia se añade á cada vaso una ó dos cucharadas de agua de cal ó de Vichy, ó se mezclará con café ó Thé

La mejor manera de administrarla, sobre todo cuando la repugnancia de los enfermos es grande, es, en pequeñas cantidades

y repetidas con frecuencia.

En caso necesario podrá suplirse la leche con el jugo de carne, recien extraido por presion, que, segun la experiencia de muchos años, es uno de los alimentos albuminoideos de mas valor, porque al lado de la cantidad de albumina que contiene, es muy digestible, no produce eructos, ni nauseas y al revés de lo que sucede con los jugos y peptonas conservados artificialmente, puede ser preparado cada dia. La preparacion del jugo de carne por medio de la prensa de mano, es en extremo sencilla, y se procura obtener cada mañana el jugo suficiente para las veinticuatro horas, de carne que sea de animales recien muertos. Un kilo de carne dá 500 gramos de jugo, pero bastan 100 gramos para cada enfermo en un dia. En algunos ó pocos desagrada el sabor de carne que tiene el jugo puro, se podrá evitar esta sensacion

desagradable tomando antes una ó dos pastillas de menta, que se deshacen en la boca.

Aunque no con tantas ventajas, la carne cruda se puede dar en píldoras mezclada con azucar y una sustancia aromática.

Los huevos constituyen un alimento de gran valor para los enfermos de esta afección, y se toman crudos ó ligeramente cocidos.

Como bebidas se darán el cocimiento de arroz, de avena ó cebada, la limonada sulfúrica ó clorhídrica, y sobre todo el agua albuminosa que se prepara con la clara de varios huevos (10 ó 20 en las 24 horas) mezclada con agua y algo de azucar y una sustancia aromática. Podrá usar vinos en particular vino rojo astringente ó mejor vinos griegos.

tales son los principales alimentos de que se puede hacer uso en la disenteria, siendo este punto de tanta importancia, que las recidivas que tan frecuentes son en esta enfermedad, se deben atribuir á menudo á una transgresión de la dieta.

Tratamiento farmacológico.

Ha sido muy variado segun las diversas doctrinas que han imperado sobre la naturaleza de esta afección. Unos han aconsejado los antiflogísticos considerándola como perteneciente al grupo de las flegmasias; otros emplean los calmantes atendiendo solamente al elemento dolor; otros recomiendan una medicación antidiarreica para oponerse á la multiplicidad de las deposiciones y finalmente otros proponen una medicación sustitutiva ó evacuante.

No entraré en el análisis de cada uno de estos métodos, suficientemente juzgados, pero he de decir que la única terapéutica racional de la disenteria es la que se refiere al método sustitutivo ó evacuante.

La disenteria ligera solo reclama bebidas adulcorantes y la administración de un purgante ligero como el aceite de ricino ó el aceite de almendras dulces.

En los demás casos se administran desde el principio las sales neutras, sulfato de magnesia ó sulfato de sosa, haciendo tomar al enfermo, el primer dia 25 ó 30 gramos en una ó dos veces, disminuyendo diariamente cinco gramos, hasta tomar cinco gramos al dia. Vese como rapidamente se modifican las deyecciones que se hacen sero-biliosas, fecaloideas y concluyen por hacerse consistentes, desapareciendo los

cólicos y el tenesmo.

No menos eficaz es el empleo de los calomelanos al que algunos consideran una acción casi específica, debida á sus propiedades antiparasitarias y antiflogísticas. Se da á la dosis de uno y medio á dos gramos, en una ó dos veces; pero el mejor modo de administrarlo es á dosis fraccionadas, dando un gramo en diez papeles, para tomar uno de hora en hora, obrando mas favorablemente sobre el proceso. Segun las investigaciones de Lafleur, Krause y otros pueden emplearse los amibos.

El medicamento por excelencia de la disenteria es la ipecacuana (cephaelis ipecacuanha), llamada por esta razón raiz antidisenterica. El modo de administrarse ha variado: el mas antiguo, llamado brasileño, consiste en tomar una cantidad de ipecacuana quebrantada, que puede variar entre dos y

y ocho gramos, que se infunden en 200 gramos de agua hirviendo, se filtra y se toma el primer dia, en una ó varias veces; en el segundo dia se vuelve á tomar la misma ipecacuana y se hace igual infusion; en el tercero se infunde la misma raiz como en los dias precedentes, pero esta vez no se decanta el líquido, sino que se toma todo junto en una ó varias dosis.

Algunas veces se administra la ipecacuana bajo la forma de pociones de Spilmann ó de Delious ó bien asociada á los calomelanos en las píldoras de Segond.

Daul mezcla de 2 á 4 gramos de polvos de raiz de ipecacuana en 100 gramos de agua fria y administra una cucharada cada media hora.

Hay una planta importada de la China y el Japon el Asclepias glaudulosa (Vincaneba), que tambien existe en Filipinas, la cual sustituye y muy ventajosamente, sobre todo en la forma

orónica, ó la quercumana. Se infunden de 15 á 40 gramos en 120 de agua y se toma en dos dosis, mañana y tarde ó bien á cucharadas grandes durante el día.

Uno de los medios que se han empleado en estos últimos tiempos, con gran éxito, es la enteroclisis ó sea grandes irrigaciones que llenan todo el intestino grueso de grandes cantidades de agua que lavan perfectamente toda la superficie intestinal. Estas irrigaciones altas se practican por medio de un tubo esofágico ó por medio del embudo de Higar inyectando uno ó dos litros de agua hervida que puede llevar disuelto salicilato de sosa ó ácido bórico al 2 por 100 ó mejor tanino á 0'50 gramos por 100 que según algunos mata los amibas que se encuentran en el intestino. El líquido inyectado permanece unos diez minutos en el intestino y estas irrigaciones se repiten, según los casos, dos ó tres

veces al día.

Las disoluciones de ácido fénico y sublimado no son aplicables porque exponen á la intoxicación.

Los pequeños enemas, empleados antiguamente, astringentes y los de nitrato de plata aconsejados por Trousseau, solo cumplen una indicación cuando la afección está localizada en el recto ó S. ilíaca.

El tenesmo y los pujos se combaten con supositorios de cocaína.

El resto del tratamiento ha de ser sintomático.

Tratamiento sueroterápico.

Contra los efectos perniciosos que causa la intoxicación disentérica en el organismo, no poseemos hasta ahora ningún medio específico. Una serie de investigadores, dignos de alabanza, se esfuerzan en encontrarle, siendo los mas notables los trabajos de A. Lesage del Instituto Pasteur, que pretende haber des-

cubierto el suero antidisentérico.

La inyección de suero de Lesage se practica con una jeringuilla de Koch, bajo la piel que cubre los músculos del pecho, siendo á veces en cantidad de 20 á 40 cc. en las 24 horas, según la intensidad de la afección.

De la aplicación del suero de Lesage en los enfermos disentéricos repatriados de Ultramar, en el Hospital del Buen Suceso (Madrid) y de los resultados estadísticos publicados en la "Medicina Militar Española" se viene en conocimiento que, de 24 enfermos de disentería graves, ya por su forma ya por su crónicidad, y en los cuales se empleó el tratamiento por el suero de Lesage, dos fallecieron y los demás curaron.

El número de observaciones es sobrado escaso y son precisas más amplias investigaciones y nutridas estadísticas, para formar juicio y fundamentar la afirmación de haber encontrado un tratam-

miento específico de la disenteria, en confirmación de (81)
las esperanzas concebidas por el Dr. Lesage.

Tratamiento de la disenteria crónica.

La disenteria en los trópicos con frecuencia pasa y llega al estado crónico. El tratamiento entonces está basado principalmente en la higiene: se sometera al enfermo rigurosamente á la dieta lactea, en la forma ya dicha, y en caso de intolerancia solo se permitirá el jugo de carne.

Si las camaras no son estercoraceas se administrará de vez en cuando, un ligero purgante. La simaruba está singularmente indicada en estas formas crónicas y hemos visto en el Hospital de S. Juan de Dios resultados lisongeros de su administracion.

Se deben emplear los antisepticos intestinales: salol, naftol, betol, beta-naftol etc. Sin embargo solo de la enterolisis

debemos esperar un efecto que sea notable. Estas grandes irrigaciones ocupan un puesto importante en el tratamiento del estado crónico de esta afección.

Se prescribirá una medicación tónica para evitar el estado de caquexia; se aconsejará á los enfermos que visten de franela; se les darán fricciones secas para estimular las funciones de la piel y finalmente se aconsejará el cambio de clima, cuya influencia favorable sobre el curso de la enfermedad no se puede negar, sin descuidar, sin embargo, el tratamiento adecuado de ella, pues es en vano esperar la desaparición de todos los síntomas por el solo hecho del alejamiento del país en que la disenteria tiene su asiento.

Conclusiones

De este estudio sobre la disentería, deducimos las conclusiones siguientes:

I La disentería es una enfermedad infecciosa, endemo-epidémica y contagiosa.

II El microorganismo específico es aun discutido: ¿es un micrococo (Chantemesse y Vidal) ó un amiba (Kartulis)?.

III La lesión anatómica característica es la inflamación ulcerosa del intestino grueso.

IV Es mas grave en los países cálidos.

V No poseemos actualmente ningún medio específico contra esta enfermedad.

Madrid 20 de Febrero de 1900

Francisco Varela Calderón

Admisible
Cuido y Aguilar

Admisible
José Durand

Admisible
A. Cantarín

Verificó el ejercicio en 14 de Marzo de 1900
y fue calificado de Aprobado por mayoría

Manuel Cuido
y Aguilar

El Secretario
J. Durand

José Nieto y Díaz

A. Cantarín

J. Gomez Ocaña