

UNA PALABRA SOBRE LA DISENTERÍA

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

CELERINO GUILLÉN

(MEXICANO)

Ex-Primer Externo del Segundo Servicio de Cirugía (Hombres y Mujeres) del Hospital General; ex-Primer Practicante del Primer Servicio del Asilo de Dementes; ex-Practicante de la Clínica del Dr. Don Ernesto Mencos; ex-Practicante de la Policlínica de los Doctores Ortigas; Secretario de Redacción de "La Escuela de Medicina"; Redactor en Jefe de "La Juventud Médica"; Miembro de la "Sociedad Mexicana de Temperancia"; etc., etc.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

OCTUBRE DE 1907

GUATEMALA

AMÉRICA CENTRAL.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE.

Octava Avenida Sur, número 24.—Calle del Carmen.

UNA PALABRA SOBRE DISENTERÍA

Definición.—La disentería es una afección específica, infecciosa y contagiosa, caracterizada por cólicos, tenesmo anal y expulsión de mucosidades sanguinolentas.

Sinonimia.—Griego: *δυσ*: dificultad, con dolor; *ἔρεπον*: intestino; francés: *dysenterie*; inglés: *dysentery*; alemán: *ruhr*, *darmafäule*; italiano: *disenteria*. Galeno la llamó: *ulceración del intestino*; Celso: *mala tormina intestinorum*; Cœlius Aurelianus: *rheuma ventris*, *rheumatismus intestinorum cum ulcere*, *dificultas intestinorum*; Plinio: *alvi fluxus torminosus*; Linneo: *scabies intestinorum*; Fabricio de Helden: *cruentus alvi fluor*; Broussais: *enteritis*, *enterocolitis*, *recto colitis*; Rostan: *colitis específica*; el vulgo la ha dado distintos nombres, como *flujo*, *dolor ó cólico de vientre*, *pujos*, etc.

Historia.—La disentería, perfectamente clasificada hoy, fué conocida desde la más remota antigüedad.

Hipócrates habla de ella en sus escritos inmortales. Herodoto describe una terrible epidemia que azotó al ejército persa durante la campaña á través de Tesalia. El antiguo Ayurveda indio, lo mismo que el célebre Papius Erbs, hablan ya de esta enfermedad. El Ayurveda la llama, según Kartulis, *atisar*.

Descrita, como dice Akerman, por Areteo, Archígenes, Galeno, Celso, Cœlius Aurelianus, Alejandro de Tralles, los médicos árabes, etc., fueron englobadas bajo su nombre una serie infinita de enfermedades del intestino. La patología permaneció de este modo obscura.

Celso y Areteo describen cuadros asombrosos é insisten sobre los dolores y la ansiedad del enfermo, las alteraciones anatómicas del intestino y la eliminación de éste en partes.

En la Edad Media se la dedicó mucha atención, continuando su estudio los médicos más afamados, probablemente por los estragos que á diario ocasionaba; pero la falta de elementos privó á aquellos investigadores de llegar á la verdad.

Bontius en el siglo XVII, año de 1641, en sus estudios y expediciones á las Indias Orientales y Piso, en 1648, en los de las Indias Occidentales, hacen una ya casi perfecta descripción de la disentería. Sin embargo, hasta á fines del siglo XVIII y en todo el XIX se logró encontrar la causa primordial, se hizo la luz; y lo que era una enfermedad no clasificada, es algo hoy que no permite lugar á duda ni á equivocación.

Infinitas veces se ha presentado como epidemia, uno de sus caracteres más constantes, en la más espantosa de sus formas.

Recuérdanse la *peste* de Francia en 538 y 548, referida por Gregorio de Tours y Paulus Diaconus; la que asoló el Noroeste de Europa en 760; la de Hungría que aniquiló y diezmó al ejército

alemán en 820, como lo refiere Saxo Gramaticus; la que devastó casi toda la Alemania en 1113; la de Liguria en 1330; la de Burdeos en 1401, en la que fallecieron 14,000 personas; la aparecida al día siguiente de la batalla de Azincourt en 1414, que también diezmo á la armada inglesa; la de 1538 y 1540, que según Pernel invadió toda la Europa, haciendo terribles estragos; la de Lyon en 1620 y 1625; las que volvieron á aparecer, aniquilando á Europa, en 1,719 y 1766; la que de 1792 á 1815, según Desgenettes, «mató más soldados que el cañón enemigo en las grandes batallas napoleónicas»; la de la campaña de Egipto de 1788 á 1801, en la que murieron más soldados franceses de disentería que de la peste que por entonces asolaba esas regiones; la de Pensilvania en 1850; la epidemia de Crimea en 1854 y 1856, poco después de la guerra; la de Carinola en 1856 y 1857; la de Italia en 1859; la terrible de París, en el mismo año de 59, que según Trousseau, es la más formidable y espantosa que se recuerda, que duró de julio á octubre, desapareciendo completamente en diciembre, y que después se propagó á toda Europa; la que apareció en el ejército francés en México durante la injustificada intervención, de 1860 á 1865 y que mató más soldados que la fiebre amarilla; la de los Estados Unidos del Norte, poco después de la guerra de secesión en 1866, que hizo un tercio de pacientes ó sean 2,000,000 de disentéricos de 6,000,000 que hubo enfermos en los hospitales; la de 1870 á 1871 durante la guerra franco-prusiana, que hizo 38,652 enfermos de los que murieron 3,280.

Las epidemias y las cifras son espantosas. En la Edad Media la sola disentería hizo más víctimas que la temida peste bubónica. Los ingleses en las Indias mueren más de esta enfermedad que del famoso cólera morbus. La mortalidad también ha sido y es asombrosa, como que es superior á la de la peste, fiebre amarilla y cólera. Según Currie, en la expedición de Abisinia, las tropas inglesas tuvieron una disminución por enfermedad y por muerte de 25 á 75 %. Durante la guerra de intervención en México, las tropas francesas enfermaron y murieron en la proporción de 25 %. En Crimea fué el 10 % solamente por precauciones tomadas por los ingleses en vista de las innumerables bajas que á diario ocurrían. Igual tesis sostiene Barbatelli, asegurando que por el agua filtrada la disminución de muertos y enfermos fué sorprendente en las tropas italianas de Massaua.

Distribución geográfica.—No hay país, como no hay clima, que no sea propio para el desarrollo de la enfermedad en que me ocupo. Pero existen algunas localidades en donde es más frecuente y en las que toma proporciones alarmantes. Estos son, según todos los observadores y muy en especial Bontius, Henderson, Tytler, Annesley, Marchall, Balfour, etc., los países cálidos; observándose que la virulencia de la enfermedad aumenta á medida que se acerca al ecuador. Ocurre esto, en opinión de Le Dantec y otros, por el aumento de temperatura. Así se explica la persistencia del mal en la calurosa

época del estío y su desaparición en el invierno; así como también su recrudescencia durante la invernación en los países cálidos ó sea en la época en que los calores son más fuertes y húmedos.

La mortalidad en estos lugares también está de acuerdo con lo antes apuntado. Así, en el Senegal, es de 370 por mil; en Algeria, de 20; en Francia, de 5; en Inglaterra, de 3 solamente. En cambio, en los ejércitos ingleses de la India y de la China, es de 20 á 25 por mil.

Sin embargo debe recordarse que en Suecia y en Noruega y en los puntos más fríos del globo ha habido grandes y asombrosas epidemias de disentería, importada, es verdad, pero ha existido.

Los límites que se han señalado, tanto septentrionales como meridionales, son los 35° y 40° de latitud Norte y Sur.

El Continente Americano tiene en sus tierras la disentería ya endémica ya epidémica. Predomina en la zona tórrida, donde hace estragos formidables. Las Antillas son su lugar preferido y en los que hace más víctimas. Vienen después el litoral del Golfo de México, los Estados del Sur de los Estados Unidos del Norte, las costas mexicanas y los estados del Sur de la misma República, Centro-America, Panamá, Ecuador, Colombia, Perú, Venezuela, Guayanas, Chile, Argentina, el Brasil, etc.

En los Estados del Norte de los E. E. U. U. y en el Canadá, es rara la afección y casi no existe.

Entre nosotros abunda en los lugares bajos y de consiguiente cálidos y aun en esta capital, en la que es endémica.

En Europa es epidémica en las regiones frías del Norte. Se la observa también, aunque poco, en los lugares templados del centro. Predomina en Francia, España Meridional y Oriental, baja Italia, Sicilia, Grecia, Turquía, Gran Bretaña, Rusia del Norte, Suecia y Noruega y aun en Islandia misma.

En Asia, donde la suciedad es proverbial, la disentería es espantosa, haciendo más estragos que en todos los demás pueblos juntos. Especialmente abunda en la India, en el Asia Menor, Siria, Mesopotamia, Hedjaz, Yemen, Beluchistan, Persia, Golfo Pérsico, Afganistan é Islas Filipinas, lugares en los que es gravísima, verdadero flagelo de sus moradores. En Pekin y algunas poblaciones de la China, hace también estragos. En la Indochina casi siempre se hace crónica. En la India, centro de su residencia, se asocia á las hepatitis, y es, con el cólera y el paludismo, la más mortífera y constante enfermedad de aquellas localidades. Annesley dice que ataca de preferencia á los indígenas expuestos ó que ya padecen de reumatismo.

Africa también paga, y caro, su tributo á la disentería. Sus lugares favoritos son Egipto, Túnez, Trípoli, Algeria, Kordofán,

Nubia, Marruecos, Abisinia, Guinea, Senegambia, embocadura del Níger, islas Borbón, Madagascar, Mauricio, etc., en donde, según Tulloch, mata más ingleses que las fiebres que allí reinan. Pruner asegura que á medida que se separa uno del Nílo, la disentería disminuye. En la costa Occidental se asocia también á las hepatitis y hace muchísimas víctimas, por la gravedad que reviste.

Oceanía también la posee casi endémica, pero bastante benigna. No tiene en ella predilección por ningún punto determinado.

División.—Todos los autores están de acuerdo en admitir que la disentería no es una sola sino que existen muchas; ó, como dice el Profesor Dieulafoy: «No existe la disentería, sino que existen las disenterías.»

Cruveilhier estableció y Valleix formuló la división de disentería *febril* y *no febril*, ó sean grave la primera y benigna la segunda. No prevaleció dicha división.

Se admitieron las formas *inflamatoria*, *biliosa*, *serosa*, *catarral*, *mucosa*, *mucosanguinolenta*, *hemorrágica*, *gangrenosa*, *purulenta*, *tifóidea*, *álgida*, *reumática*, *palúdica*, etc.

Los médicos antiguos la dividieron en tres clases: *disenteria nostras* ó *estacionaria*, porque aparecía regularmente en el estío; *disenteria de los campos* ó *de los ejércitos*, que constituía una asociación fatal de dicha enfermedad y de tifus; y *disenteria endémica* ó *de los países cálidos*, constituida y caracterizada por su gravedad y tendencia al estado crónico.

También se la dividió, por la calidad y coloración de las deposiciones, en roja, blanca y seca.

Grisolle las dividía en *benignas* y *graves*.

Trousseau, el gran maestro, en las formas: *biliosa*, *inflamatoria*, *reumática*, *intermitente*, *pútrida* y *maligna*.

A estas agregaron: la *hemorrágica*, la *gangrenosa*, la *colérica*, la *tifóidea*, la *álgida*, etc.

Zimmerman, González, Dutroulau, etc., la dividieron en *aguda* y *crónica*, subdividiendo éstas en *esporádica*, *epidémica* y *endémica*, para lo cual se basaron en la marcha que seguía, en su intensidad y especificidad.

Otros, en fin, y esto no hace mucho, la dividieron en *amibiana* y *bacilar*, las que á su vez se subdividieron en *esporádica*, *endémica*, *epidémica*, *aguda* y *crónica*.

Después la dividió Le Dantec en *aguda* y *crónica*, siendo éstas subdivididas en *bacilar*, *amibiana* y *espirilar*.

Pero últimamente, ⁽¹⁾ el Profesor Chantemesse, que tantos estudios ha dedicado al mal en que me ocupo, propone que desaparezca toda esa división que no tiene razón de existir y queden solamente la *amibiana* y la *bacilar*. Esta, dice, puede ser debida al bacilo del tipo Shiga, al del tipo Flexner, ó al bacilo de Strong. Se

funda el sabio francés en que, la disentería de los ejércitos en campaña, y la epidémica de los países europeos, provoca muy rara vez abscesos del hígado, en tanto que éstos son muy frecuentes en la disentería de ciertos países cálidos y afectan, además, una forma anatómica particular. Esta, se sabe perfectamente, es debida á una variedad especial de amibas. Además, la sangre de los pacientes que la sufren, no aglutina el bacilo disentérico. En cuanto á la otra variedad, la de los países cálidos, también existen otros países, por lo que resulta inútil toda división. Para él hay una forma epidémica, que es la bacilar misma, y de consiguiente no hace ninguna distinción.

Ebstein y Schwalbe crearon en su obra «Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica», la disentería mercurial producida por la ingestión de mercurio ó de sus sales, que es muy frecuente.

Etiología.—Durante mucho tiempo se creyó que la disentería de los países fríos y aun la de los templados era solo una colitis catarral simple, debida á mala alimentación y á influencias atmosféricas especiales; á la vez, se pensó que la de los países cálidos, la más temible, era una colitis específica que obedecía á causas muy variadas y distintas, y que por sí sola podía producir profundas lesiones en el intestino, en el hígado, etc.

Innumerables son las teorías y las causas que se han creado para explicar el origen de dicha enfermedad.

Los médicos de la India, de suyo autorizados, pensaron que la disentería era debida á las alteraciones que sufrían las secreciones orgánicas y en especial la de la secreción biliar.

Annesley creyó que alterándose la bilis irritaba el tubo intestinal, y que por esta irritación necesariamente se produciría la enfermedad. También se imaginó que la viciación de las secreciones gastro intestinales, y muy particularmente de la bilis, fueran otra causa productora. Más tarde pensó este mismo autor, cuyos estudios sobre la disentería son hermosa fuente de consulta, que por un trastorno funcional que primero perturbaba la secreción biliar, ya en su cantidad, ya en su calidad, resultaba un acúmulo de bilis en los conductos excretores, y sobre todo en el tubo digestivo, debiéndose á esto algunos trastornos como la disentería y la hepatitis supurada. De esta teoría nació la disentería biliar ó hepática, que siempre se atribuyó como exclusiva y especial de los países cálidos.

Actualmente algunos aceptan que las afecciones hepáticas y las alteraciones de la secreción biliar engendran la disentería; pero como para que la bilis se altere se necesita que el hígado esté también alterado, no se puede dudar, según ellos, que dichas afecciones del hígado son las creadoras de la enfermedad en referencia.

Muy al principio se aceptaron, y durante mucho tiempo prevalecieron tres causas en la etiología de la tantas veces citada enfermedad. Estas eran: las meteorológicas, las alimenticias y las infecciosas. No refiero todo lo que con ellas se relaciona, por no extenderme demasiado.

(1) Auché et Campana.—«Arch. de Med. des enf.» october 1906.

el inmortal Sydenham.

Pringle pensó que la disentería era siempre igual, única, y que representaba la descomposición pútrida de la sangre y de los humores por los cambios atmosféricos, las fatigas, los miasmas, el contagio, las campañas, etc.

En Berna, en 1765, observó Zimmerman que la disentería iba siempre acompañando fiebres de larga duración, fiebres que él denominó pútridas. Este íntimo contacto de las dos enfermedades hizo creer al gran observador que también existían analogías en sus síntomas, marcha y tratamiento; y llegó á considerarla como constituida por una substancia biliosa y otra pútrida. Con su autoridad de maestro, dijo: «La bilis se hace algunas veces tan acriminosa y penetrante, que produce en el cuerpo casi todo el efecto de un veneno, resultando inflamaciones, úlceras, gangrenas.»

Esta teoría que se llamó «humoral», fué aceptada por muchos, entre otros por Stoll, quien la modificó en parte.

Para éste la disentería era una fiebre reumática del mismo origen que el reumatismo y cuya causa era la misma: una materia serosa. Stoll pensó así porque había observado parentesco en las dos afecciones: en su marcha, analogía de síntomas y asociación frecuente.

Torti y Morton dijeron en el siglo pasado que el aire miasmático de los pantanos era la principal causa de la disentería.

Algunos médicos habían creído que esta afección, el paludismo y las hepatitis obedecían á la misma causa. Pero después Cambay y Dutrulau sostuvieron, con acopio de razones, que todas estas enfermedades solamente eran dependientes de la infección palúdica. Un sólo hecho bastó, por entonces, para dar en tierra con aquella teoría, haciendo ver que en Roma el paludismo es endemo-epidémico, en tanto que la disentería apenas existe, casi no hay. Igual observación se ha hecho con respecto á las Islas de Guadalupe y la Point-á-Pitre, los departamentos franceses de l'Aunis y Saintonge, en donde el paludismo es verdadero flagelo, en tanto que la disentería es casi desconocida. Lo contrario de Pondichery, en el Indostán; el puerto de Aden, en Arabia; las colonias de Taití y Nueva Celedonia, en donde el paludismo no sólo no existe sino que ni se le conoce, mientras que la disentería hace verdaderos estragos.

El Doctor Galán, de México, cree que los lugares cálidos, en los que se mezclan las aguas dulces con las del mar, están más predispuestos á la infección disintérica.

Harris creyó, á fines del siglo XVIII, que la disentería predominaba en los terrenos calcáreos.

mal.

Hermann decía: «las lluvias sostenidas y la quietud del aire, favorecen la propagación de la enfermedad».

Trousseau, el vidente sublime que adelantó tantas y tan hermosas ideas, dijo, hablando de la disentería: «Pero todas solamente son causas ocasionales. Independientemente de ellas hay algo más; y ese algo que no conocemos ni conoceremos sino por sus efectos es lo que llamamos la constitución epidémica.» En efecto, algún tiempo después debía descubrirse el agente productor, el «algo» legítimo que preveía el sabio.

Aceptando la división que da el Profesor Dieulafoy, se observa que la disentería amibiana es muy rara, siendo lo contrario la bacilar, que es muy frecuente.

La esporádica principia casi bruscamente en tiempo de los grandes calores y desaparece al finalizar éstos. Ocasionan el padecimiento las aguas de mala calidad, represas ó no filtradas, las bebidas frías, las frutas verdes, etc.

La endémica reina en los países cálidos, especialmente en ciertos puntos, á semejanza del cólera morbus en la India y de la fiebre tifoidea en París.

La epidémica se desarrolla si existen las condiciones que se han necesitado en las dos anteriores variedades; agregándose, además, la miseria, el hambre, la aglomeración, la suciedad, y, en una palabra, la falta de higiene.

El excesivo calor, dicen unos; el frío, dicen otros, producen el mal en referencia. No es, dicen otros, ni una ni otra causa: es la brusquedad al pasar del calor al frío. Esta si es causa más generalmente aceptada, puesto que el enfriamiento, y no el frío, nadie lo ha dudado, como causa ocasional.

Johnson decía: «Como para todo, en las Indias, la disentería se debe á las vicisitudes atmosféricas».

Pruner refiere la frecuencia, en Egipto, de la aparición de la disentería en el momento de las grandes oscilaciones térmicas.

Levacher dice que en Santa Lucía, donde los negros mueren por cientos á causa de la disentería, es por la intensidad del frío nocturno, que contrasta con el calor abrasador del día.

Lo mismo ocurre en las Guayanas, dice Laure, donde el mal es endémico.

La intemperie, las fatigas, etc., son causas también indiscutibles para la propagación del mal.

Bruant refiere que durante la expedición de Egipto los militares que podían resguardarse de las inclemencias del tiempo estaban libres no así los que dormían en el suelo húmedo, expuestos á los rigores de la noche. Igual cosa ocurrió en el Cabo de Buena Esperanza á las tropas holandesas é inglesas al principio del siglo pasado. E igualmente ocurría en Algeria á las tropas francesas antes de instalarlas en

El hambre es otra causa poderosa, como que hasta existe la «*enteritis famélica*.»

En las cárceles de Londres disminuyó la intensidad y la abundancia de la enfermedad, con sólo haber aumentado la ración alimenticia de los presos.

En la prisión de Gaillon, en 1865, dice Kergaradec, se desarrolló una epidemia debida á la escasez de alimentos.

Los vicios en la alimentación pueden también ocasionar el mal. Entre otros existen el abuso de frutas no maduras, (epidemia de las armadas aliadas en 1793; contra esta idea están desde muy antiguo Alejandro de Tralles, Stoll, Zimmerman y Trousseau, quienes creían que las frutas verdes no sólo no producían la disentería sino que la evitaban y aún la curaban); la alimentación viciada por el exceso de grasas y feculentos, como ocurre en Rusia, Suecia y Bretaña; el uso ó abuso de carnes saladas, comprobado en el ejército inglés, cuya mortalidad descendió de 50 por mil á 5, con la sola supresión de dichas carnes; las carnes frías de mala calidad, fácilmente putrescibles ó ya en estado de descomposición, los alimentos duros de difícil masticación como los bizcochos, las tortillas muy tostadas, que parecen obrar por irritación mecánica, etc.

Cullen creía que la disentería resultaba de la constipación y de la irritación intestinal por la acumulación y el endurecimiento de las materias fecales. Después Annesley aceptó esta teoría, que en nuestros días no la han rechazado Virchow y muchos autores alemanes, pues que al contrario la aceptan.

Pero entre todas las causas, la que tiene mayor influencia es **el agua de mala calidad.**

La rareza de la disentería en Roma se atribuye al consumo de una muy buena agua. Esto mismo pasa en Orleansville y en Guadalupe, en donde se consume agua de lluvia recogida en cisternas.

Durante los trabajos del Canal de Suez la mortalidad por disentería disminuyó, hasta que pudo hacerse uso de buena agua.

Lalluyaux d'Ormay ha demostrado, hasta la evidencia, que en Thu-Dau-Not, Cochinchina, se produce la disentería á voluntad, sirviéndose de ciertas aguas, y que se suspende con sólo abandonar su uso.

Foucaut ha observado que en Cambridge las aguas están de tal manera cargadas de sustancias orgánicas, que después de tres filtraciones sucesivas, dan todavía un precipitado característico, reconocido con el cloruro de oro. En este lugar la disentería es endémica y hace mayores estragos entre aquellos que no toman precauciones para el consumo del agua.

Las aguas de Uanpoo y Yang-Tse-Kiang, ríos de la China, son igualmente las productoras de la disentería en aquellos lugares, por las impurezas de que están cargadas.

inglés, con el sólo uso del agua hervida y fría.

Thévenot, cuya autoridad invoca Jacquot, después de demostrar la insalubridad de las aguas del Senegal, alteradas por una enorme cantidad de materias orgánicas en descomposición, dice: «Nada predispone más, como las aguas impuras, á las alteraciones del intestino grueso. Siempre se ha atribuido á las malas aguas el gran número de disenterías de 1835 y la gran mortalidad que las siguió».

Dazille refiere que estando amenazadas, y ya para destruirse, las islas de San Luis y de Borbón, á causa de la disentería que en todas épocas hacía estragos, dispuso el Gobernador La Bourdonnais, hacer llegar agua buena para reemplazar la corrompida que se usaba y todo cambió, al grado de que hoy es rara aquella enfermedad en dichos lugares.

Las emanaciones de las materias fecales constituyen otra causa poderosa para adquirir el mal de que trato.

Continúa así una serie de hechos que van comprobando, sin dejar ya duda, la presencia de un agente productor, el «*algo*» aquel que esperaba y que anunció el gran Trousseau.

En efecto, tras pacientes investigaciones, Kartulis se lleva la gloria de haber reconocido el primero, la presencia constante en las deposiciones disentéricas, de la amiba descubierta por Lösch. La halló en la pared del intestino y en otros órganos á la vez, con lo que la etiología del mal dió un gran paso.

Kelsch y Kiener habían hablado ya de la especificidad y del contagio de la disentería.

Celli y Fiocca, aunque no dejaron de comprobar la presencia de la amiba dicha, creyeron, con razón, que no era este sólo microorganismo el productor de la disentería.

Kartulis, Peyrot y Roger, han continuado las investigaciones y siempre han comprobado la existencia de la amiba en las úlceras intestinales y en los abscesos del hígado. Han hecho, además, inoculaciones á algunos animales, logrando infectarlos artificialmente.

En Praga, Viena, Kiel y Berlín, lugares bastante templados, han comprobado la amiba, Hlava, Sörgo y Kowacz, Quincke y Ross y Boas.

Pocas veces se han encontrado amibas sin que el que las lleva tenga disentería.

Schuberg y Ross las encontraron en cantidad enorme, después de dar á un individuo sano sal de Carlsbad.

Generalmente se encuentra en focos confluentes, ulcerativos y submucosos, muy al contrario de lo que ocurre con la bacilar, en la que hay alteraciones superficiales, pseudo membranosas, según lo han demostrado Kartulis, Councilman y Lafleur.

En cuanto al desarrollo y emigración de las amibas hay algunas opiniones para explicarlas. Creen algunos que éstas emigran, por su propia virtualidad, á la pared intestinal á través del epitelio; y que ya en él, determinan las alteraciones patológicas. Otros opinan que los esquizomicetos patógenos, al penetrar en la mucosa intestinal, abren el camino á las amibas y aumentan su virulencia. Otros creen que hay una emigración primaria de la amiba y otra secundaria de las bacterias. Y por último hay quienes no acepten la presencia de la amiba, y vean en la infección un fenómeno muy natural, que no les ha merecido estudio.

La disentería bacilar, cuya patogenia está perfectamente conocida, se debe según Le Dantec, á un bacilo descubierto y aislado por Shiga, sabio japonés, en 1897. Este, después de haber descrito el microorganismo que siempre encontró en las deyecciones de los enfermos, tuvo la feliz idea de comprobar su aglutinación. Encontró entonces que la sangre de los disentéricos poseía una acción específica en los cultivos jóvenes del bacilo, el que en su honor lleva su nombre.

Según el mismo autor, numerosos trabajos llevados á cabo en Francia, Alemania, Holanda, Rusia, Estados Unidos y Filipinas, han confirmado en definitiva el descubrimiento de Shiga.

Como se ve, para producirse la enfermedad objeto de este trabajo, no se necesita más que el agente, esto es, la amiba de Lösch ó el bacilo de Shiga, no importando ni el clima, ni la edad, ni el sexo. Influyen, sí, como causas indispensables, las aglomeraciones, el hacinamiento, la mala alimentación y en una palabra la falta de Higiene.

Contagio.—Se conocía y aun se aceptaba una forma de disentería contagiosa, y hoy se sigue en el mismo acuerdo, con la circunstancia de haber logrado encontrar el por qué.

Su enorme contagio, prueba su especificidad.

Trousseau la llamó «*eminentemente contagiosa*».

Kelsch y Kiener creen que á las deposiciones disentéricas se debe el principal contagio. También han creído que el agua pudiera ser un medio de propagación; y aunque esta idea no carece de razón, se está también de acuerdo en aceptar el contagio por las materias fecales, puesto que en ellas están las amibas ó los bacilos en mayor abundancia.

Linneo sostenía que el uso del *excusado* ó *letrina* ocupado por un disentérico, era suficiente para contraer la enfermedad.

Pringle decía: «la gran fuente de la infección procede de los *excusados*, después que han recibido los excrementos disentéricos de los que primero caen enfermos.» Esto pudo comprobarlo en la guerra de Siete Años, entre los soldados.

Pinel atribuye la epidemia que él mismo observó entre los condenados de Bicêtre á la llegada de un disentérico del Hotel Dieu.

«Presumo, dijo, que la disentería se propagó por los vapores que se elevaban de los *excusados*, los cuales eran comunes á todos los asilados y que fueron desde el principio infestados por las materias fecales del primer atacado de disentería.» Y como éste existen mil ejemplos.

Sin embargo, hay algunos que niegan tal contagiosidad y dan razones, pero razones que no pueden destruir lo muchas veces comprobado.

Debo agregar también que ayudan á ser más positivo el contagio el uso de la ropa de disentéricos, sobre todo de la de cama, y en especial de los colchones si son de paja. La putrefacción de los cadáveres de disentéricos es también germen de contagio.

Los médicos de la armada japonesa, durante la última guerra, hicieron la observación felicísima de que las moscas son un agente de contagio de la disentería.

Chantemesse y Borrell, casi en igual época, descubrían el contagio del cólera por los mismos asquerosos insectos. De ahí que Chantemesse recomendara, como conclusión, lo dicho por un autor americano: «*Es más censurable para el jefe de una casa, que haya moscas en las habitaciones, que chinches en los lechos.*» ⁽¹⁾

En cuanto á las observaciones y estudios de los médicos japoneses ya citados, se deduce que su descubrimiento es ciertísimo. Una pequeña invasión epidémica de 151 casos que se presentó de disentería, fué bruscamente detenida con la sola destrucción de las moscas. ⁽²⁾

Mr. A. Couché ⁽³⁾ ha llevado á cabo curiosísimas experiencias que dan por conclusión que las moscas pueden fácilmente tomar el bacilo de la disentería, no sólo en la superficie de los cultivos puros, sino en los mismos asientos disentéricos y que, ya infectadas, pueden transportar á distancia los agentes patógenos y sembrarlos en medios de cultivo.

En efecto, siendo como es la mosca, eminentemente sucia, llega á los asientos disentéricos, y después, ya en la trompa, ya en las patas ó en el tubo digestivo mismo, lleva á los alimentos: pan, carne, azúcar, leche, frutas, dulce, etc., el bacilo, el cual á su vez es introducido al hombre con dichas sustancias.

He aquí otro medio de contagio. Un niño parisiense de buena familia, bien constituido, de tres años de edad, tuvo deposiciones mucosas y sanguinolentas, y murió en cuatro días de disentería.

(1) Cartilla del desinfectador guatemalteco por el Doctor don Salvador Ortega. 1906.

(2) A Denner.—*Le Progres Medical*.—1905.

(3) «Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie.»—Paris.—Noviembre de 1906.

fulminante. A los diez días el padre tuvo síntomas análogos y murió entre horribles sufrimientos, veinte días después.

Examinadas las deposiciones de los dos enfermos halló el doctor Dopter el bacilo de Shiga. No cabía duda de la enfermedad, pero en París no había epidemia y no se había presentado otro caso. Además, los enfermos no habían salido de la ciudad. Investigando por encontrar la verdad, se vió que la única causa, y que se aceptó, fue que el niño había estado jugando con unos tejidos comprados á un japonés ambulante. Hoy es de rigor desinfectar hasta las telas en aquel país, todo grandeza. (1)

También se ha observado que el contagio, además del que se observa en el hombre, puede ser sufrido por los animales inferiores como lo hicieron ver Ramazine en su obra *Pestis Bovilla* y Seauveages en su *Dysenteria Pecorum*.

Receptividad.—SEXO.—No influye grandemente en el contagio de la disentería. Se ha creído que la mujer, por sus ocupaciones y costumbres, estaría en menos riesgo de contraer la enfermedad; pero se ha observado que en Groenlandia, por ejemplo, en que hombres y mujeres están expuestos á las mismas intemperies, la disentería los ataca igualmente y la mortalidad en aquel país está compensada en ambos sexos.

EDAD.—Las edades extremas de la vida son las más expuestas al padecimiento de la disentería. Se ha visto la ruina de algunas colonias por la enorme mortalidad de los niños, así como también se ha observado el ataque furibundo contra los viejos en Batavia, las Guayanas y Santo Domingo.

En la India, dice Annesley, observó que predomina la enfermedad en los jóvenes de 16 á 21 años.

En Algeria ha visto Cambay que los soldados jóvenes eran más atacados de la enfermedad. En cambio los viejos estaban casi indemnes.

Explica esto por qué en los lugares donde el padecimiento es endémico, niños y viejos enferman por igual. Por el contrario, en los lugares templados, en los que el mal es epidémico, son los niños los únicos que pagan su tributo. Se cree sea por la poca higiene de éstos.

RAZAS.—Son igualmente atacadas todas las razas. Sinembargo, se ha observado, según Le Dantec, que la raza annamita posee una pequeña inmunidad, demostrada perfectamente cuando la ocupación de *Kong* en el *Laos*, donde los blancos fueron invadidos por la disentería, mientras que en los nativos, en los guerrilleros, no hubo un sólo caso, según afirma Schutteleare.

El mismo Le Dantec habla de la inmunidad de la raza amarilla, inmunidad que tiene mucho parecido á la que presenta la raza negra al paludismo.

En cambio esta raza, la negra, no es inmune á la disentería, pues que tiene la misma receptividad que la blanca.

Los indígenas son más frecuentemente atacados, según Tytler, Hutchinson y Balfour, y el pronóstico en ellos es siempre fatal.

TEMPERAMENTOS.—Según afirmación de Cambay y de Lemoisne, los sanguíneos están más expuestos que todos los demás. Sinembargo, estos mismos se inclinan á creer que todos están expuestos igualmente y que no existe tal inmunidad.

PROFESIONES.—Tienen alguna influencia especialmente aquellas en que se necesita estar en un lugar de alta temperatura, como la de los fogoneros, cocineros, doradores, herreros, etc.; y los trabajadores que permanecen expuestos al sol durante algún tiempo. En época de epidemia no es inmune ninguna profesión.

TRASTORNOS NERVIOSOS.—Los accesos de cólera, los cambios violentos, el miedo, la nostalgia, han creído algunos podrían obrar como poderosas causas ocasionales en la producción de la disentería. Las fatigas físicas pueden también tomarse como causa. La batalla de Goetingue es un curioso ejemplo que no permite lugar á duda. Todo esto, dice Annesley, es por la influencia que estas causas ejercen sobre el hígado, pervirtiendo su secreción, etc.

INFLUENCIAS PATOLÓGICAS.—Existen muchas enfermedades, que debilitando el organismo, preparan la invasión y predisponen á la infección disentérica. Tal es, por ejemplo, el paludismo, que hasta hace muy poco se separó de la disentería de la que, como dije antes, se creyó una dependencia.

ACLIMATACIÓN.—Es muy seguro que al llegar una persona á un lugar donde la disentería es epidémica ó sólo endémica se contagia pronto. El cambio de clima y de residencia es una causa. Sólo el que esté aclimatado está relativamente indemne.

INMUNIDAD.—No existe para el que ha padecido de disentería. Por el contrario, se ha comprobado que el individuo que la ha sufrido, queda como con una especie de predisposición para padecerla no una vez si no ciento.

Anatomía patológica.—Desde el punto de vista anatómico, la disentería se presenta bajo dos aspectos: como lesión inflamatoria principal del tubo digestivo y como inflamación ulcerosa del intestino grueso.

Además existen otras lesiones de la economía, aunque en rigor los sitios de predilección de la enfermedad son el colon íleo pelviano (antes S ílfaca) y el recto.

Según la naturaleza de la enfermedad, así son las lesiones.

Recordaré de paso, que el intestino grueso consta de varias tónicas que son: de dentro afuera: una mucosa, una media muscular compuesta de dos capas, la de fibras longitudinales y la de fibras transversales ó anulares, siempre lisas y la túnica externa ó serosa, compuesta de tejido conjuntivo y de células planas,

La mucosa tiene glándulas como las de Lieberkühn en el intestino delgado, con la sola diferencia de que son más largas y de que están unidas por una trama fibrovascular bastante fina.

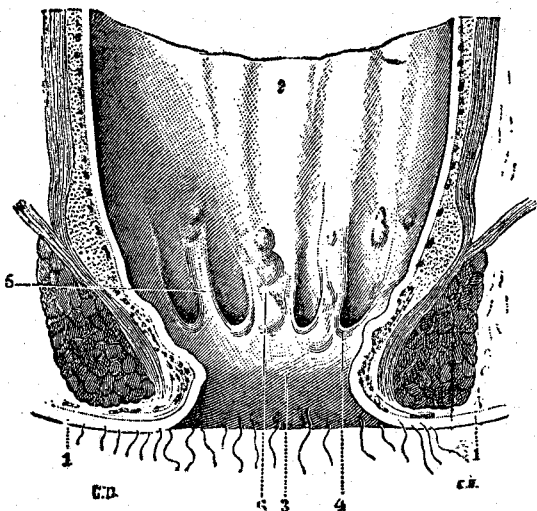
La musculosa no tiene nada de especial.

La celulosa posee en todas direcciones voluminosas ramas vasculares que forman un plexo cerrado, conocido con el nombre de membrana de Doellinger, al nivel del límite interno de la celulosa.

Hasta el siglo XVII se aceptó que las lesiones disentericas eran siempre ulceraciones más ó menos extendidas en la parte inferior del intestino.

Sydenham fué quien primero destruyó esta doctrina.

Siguieron con él Willis, Stoll, Pringle, Bonet, Zimmerman, etc., y continuaron



Porción anal del recto con sus válvulas semilunares:

1 Piel del perineo.—2 Superficie interna del recto.—3 Ano.—4 Válvulas semilunares del recto.—5 Columnas del recto.—6 Masas hemorroidales recubiertas por la mucosa.—(TESTUT.)

algún tiempo después Thomas, Masettoll, Follet, Collin y otros.

Hoy está perfectamente aceptado que las ulceraciones no constituyen una lesión constante y que no son, afirmando lo que dice Gely, de Nantes, un elemento anatómico indispensable y necesario de la enfermedad.

Los ganglios mesentéricos se inflaman, se ponen tumefactos y supuran á veces.

Son los «bubones de la disenteria,» que dijo Trousseau, bubones como los de todas las enfermedades pestilenciales.

El hígado, y especialmente su tejido parenquimatoso, se reblandece.

Igual ocurre con el bazo y con los riñones.

La vesícula de la bilis es distendida por un líquido negro, sucio y grumoso, que es la bilis misma infectada.

Los abscesos en el hígado y la degeneración grasosa de este órgano son muy frecuentes.

En los pulmones se ven las bases congestionadas, lo que ocurre con mucha frecuencia.

La vejiga se retrae detrás del pubis, según Thomsom, hiperhemiándose ligeramente su mucosa. Contiene poca orina, la que se presenta turbia, blanquecina, de olor fuertemente amoniacal. Hasta pasados veinte días vuelve á tener su capacidad normal, continuando después de este tiempo una especie de ensanchamiento, una distención.

Aceptadas como deben ser las dos formas de disentería: la amibiana y la bacilar, he aquí lo que en cada uno de ellas ocurre.

DISENTERÍA AMIBIANA.—Tan pronto como se introduce la amiba en la mucosa del intestino grueso, se produce la necrosis de dicha membrana. Los protozoarios, tras breve lucha, atraviesan la muscular y la mucosa, y se introducen en la submucosa, formando allí enormes colecciones y produciendo aguda inflamación, en la que hay células esféricas. En seguida la mencionada submucosa disminuye de volumen y se infiltra más y más hasta producirse una necrosis del tejido mucoso subyacente, formándose úlceras «parecidas á botones de camisa», y cuyos bordes indeterminados se extienden hacia la submucosa en aquella profundidad. En las úlceras se encuentran células de pus y amibas. Afectan dichas úlceras una forma serpiginosa, aunque no siempre. A veces, por las hemorragias abundantes, se forman hematomas que en nada se diferencian de los verdaderos.

Debido á que los infiltrados se reblandecen, y por la enorme colección de amibas, se producen en la submucosa condensaciones considerables de la pared intestinal, que llegan á tener como máximo 22.5 milímetros, según Kartulis.

Las lesiones de la mucosa, en los casos no malignos, son mayores; los bordes de las úlceras toman una consistencia callosa y su base se condensa y se granula; y si llegan á cicatrizar, son lineales ó asteriformes los vestigios que la dicha cicatrización deja.

En los casos graves, malignos, fulminantes, que se presentan hay gangrena de la mucosa.

DISENTERÍA BACILAR.—Al principio en nada se diferencia de las otras formas. Después hay hiperhemia, equímosis puntiforme, edemas de la mucosa, hinchazón de las glándulas de Lieberkühn, tumefacción turbia y desprendimiento de los epitelios, infiltración moderada de la submucosa, inflamación de los folículos y hasta ulceraciones de los mismos.

Casos hay, especialmente los graves, en que se cubre la superficie de la mucosa de una membrana de exudado, gruesa y fibrinosa.

Otras veces se encuentra en ella una gran cantidad de pequeñas masas gris-blanquizas, membranosas y sólidamente adherentes, que después se reúnen formando una gran superficie necrótica con islas de tejido perfectamente conservado.

Ocurre también que el exudado forma á veces unos como flecos especialmente en los pliegues intestinales.

La necrosis se extiende hasta la submucosa y todo el intestino está infiltrado. Esta necrosis se limita por una capa de corpúsculo purulentos.

Se forman úlceras irregulares y hay irritación y exudación perifoneal.

Al bazo, aunque no está muy engrosado, se le forman abscesos. Los riñones se presentan con una alteración parenquimatosa grave.

Todas estas lesiones corresponden siempre á una violenta inflamación.

La mucosa se tiñe de un color rojo intenso, parduzco en ocasiones, y á veces negro por la mezcla de la sangre con los productos de secreción del intestino. Se pone tumefacta, se engruesa y se debilita.

Cuando el individuo ha muerto de disentería en poco tiempo, tres ó cuatro días, sólo hay excoiraciones bastante superficiales, cubiertas de un líquido muco-sanguinolento. Si la muerte ocurre después del quinto día ya hay ulceraciones.

Durante el segundo septenario se destruye la mucosa en gran profundidad y en una gran extensión, dejando al descubierto la capa celular.

Ocorre á veces también que las ulceraciones destruyen las fibras del plano muscular y llegan hasta el peritoneo. En este caso, raro, sobreviene la peritonitis.

Con frecuencia se ve que se forman escaras gangrenosas, desprendidas por completo en ciertos puntos, y mezcladas con esa especie de papilla ó magma negruzca y sanguinolenta que se halla sobre la superficie de la mucosa. Estas lesiones gangrenosas son de tal naturaleza que disecan una gran parte del intestino grueso.

Si las escaras son extensas y numerosas tienen una confluencia que dá á la mucosa intestinal el aspecto rugoso de la corteza de encino, lo que hizo pensar siempre en el depósito de falsas membranas en esta enfermedad, tal como ocurre en la difteria.

Sintomatología.—Generalmente existe una serie de prodromos que pasan desapercibidos antes de que se desarrolle una epidemia, y cuya duración es de una hora á tres días.

Se caracterizan por malestar general, debilidad muscular, depresión moral, perturbación de las funciones digestivas, anorexia, náuseas, vómitos, embarazo gástrico y diarrea.

Stoll asegura haber visto á menudo anginas, coriza, dolor lancinante de los miembros, etc.

Debo advertir que de la forma que afecte la enfermedad, dependen en general muchos de sus síntomas, presentándose el caso, no raro, de que sin ningún prodromo el mal estalle de una vez, de repente, *d'emblé*, como dicen los franceses.

Pero lo corriente es que se presenten síntomas locales y síntomas generales.

Primero hay cefalalgia, en la epidémica; la piel se enfría, especialmente en las extremidades y se calienta en el tronco y en el vientre.

La *facies* se altera, se abate y presenta todo el aspecto de la de un viejo: la frente se pone arrugada, los ojos llorosos y rodeados de un círculo azulado; y la piel, además de fría, está plomiza, terrosa, sucia. En las gentes de color se aclara y toma el rostro el aspecto hipocrático al acercarse la muerte; y en los blancos tiene color de paja. Los pies y las manos están cianosados. Las extremidades

de los dedos se arrugan como si hubieran estado dentro el agua algún tiempo.

Algunas veces hay somnolencia y otras insomnio.

Pero los más importantes de los síntomas son el dolor, las evacuaciones frecuentes y el tenesmo.

Las evacuaciones se caracterizan por su persistencia y por que van acompañadas de cólicos.

Son al principio biliosas, con mucosidades abundantes, producto de la irritación de los folículos. Predominan desde que la enfermedad comienza, siendo después las que constituyen por sí solas el mal y cuyo número puede ser desde 10 hasta 100, y aún hasta 200 en veinticuatro horas. Coinciden con la desaparición del pigmento biliar y del olor fecal. Caracterizan el período de irritación ó inflamación folicular y consisten en mucosidades claras como la albúmina ó clara de huevo, ó bien están teñidas más ó menos de sangre, *lotur carniun* ó *levadura de carne*, que dijo Stoll, y que son como los esputos de los pneumónicos.

Al microscopio se ven células del epitelio intestinal, glóbulos rojos de la sangre y los microorganismos creadores y productores de la enfermedad.

Los pujos son también característicos de la disentería desde su principio. Cada evacuación se presenta con dolor y constricción de ano. Hay deseos frecuentes de defecar (tenesmo), deseos que el paciente ya no quiere ó ya no puede satisfacer, y que sólo le permiten expulsar, á lo sumo, una cantidad que equivale á una cucharada de las de café.

A veces hay disuria debida á la propagación de los pujos de recto á la vejiga.

En cuanto al tenesmo, que constituye por sí sólo un martirio, se debe á la inflamación del recto y nunca á la contracción convulsiva del esfínter como se había supuesto.

La presión, especialmente la que se ejerce sobre la fosa iliaca izquierda, aumenta los dolores del intestino grueso.

Si la necrosis ataca los folículos, se suspende su secreción. Desaparece el moco de las evacuaciones y éstas pierden su viscosidad, haciéndose completamente líquidas, de color rosado, que se compara al agua que queda después de lavar la carne ó al jugo de ésta. Flotan en él porciones de la mucosa intestinal esfacelada. Si como es frecuente, las dimensiones de éstas son extraordinarias, y su espesor también, como que puede llegar hasta 2 ó 3 milímetros, entonces el esfacelo es ya de la submucosa. Y será de la muscular cuando haya estrías negruzcas.

Hay también evacuaciones de sangre pura en las que sobrevienen las membranas llamadas por los franceses *racleure de boyau* (raspaduras de tripas.)

Las evacuaciones en este caso son muy fétidas é indican ulceración. Pueden tener pus, como se comprueba al microscopio; per-

su cantidad es casi insignificante, á tal grado, que no es suficiente para dar á la deposición ni el aspecto purulento.

Casos hay en que la evacuación tiene un color rojizo ó amarillento y está formada por un líquido turbio que si se deja asentar se divide en dos capas: una superior, líquida también y turbia, y otra inferior, viscosa, que se ha comparado á la clara del huevo ó al jarabe de goma; es, además, de un color gris amarillento, y contiene corpúsculos negros como si se la hubiera echado polvo de café. Estos corpúsculos son pequeños coágulos de sangre y su aspecto siruposo se debe al pus.

La disentería *benigna* ó esporádica de los países fríos y templados, manifiesta una pequeña reacción febril que no llega á 38°, siendo el máximo de las evacuaciones de 12 á 15 al día. El paciente enflaquece y su aspecto cambia por completo.

La forma *grave* ó esporádica de los países cálidos se manifiesta como las demás con la sola circunstancia de que los síntomas generales son muy pronto alarmantes. Aumenta la sed, la piel se pone seca, las evacuaciones son muy seguidas y acompañadas de intolerables dolores, el pulso es filiforme y variable, las fuerzas decaen bruscamente y el enflaquecimiento es violentísimo. Completan y agravan el mal: el enfriamiento, la postración, la somnolencia, siendo en general la muerte el final de este cuadro.

Caracterízase la forma *inflamatoria* por la enorme ascensión de la temperatura, y de consiguiente, la frecuencia del pulso. La lengua se pone roja, seca y sin barniz propio y no está saburrosa como en los otros casos. Los asientos son escasos, y si aumentan, desaparece la fiebre.

La disentería *reumática* toma su nombre por las artropatías de las articulaciones que provocan un pseudoreumatismo, exclusivo de las formas ligeras de la enfermedad y que aparece al final, ya en la convalecencia. Las rodillas son por lo general su punto de principio: siguen después los pies, los hombros, las manos y muy en especial los dedos. No se observan ni dolor vivo ni fiebre en esta forma; sólo sí, la persistencia de la artralgia durante semanas y aun de meses.

La coloración amarillenta y verdosa de los asientos caracteriza la forma *biliosa*, en la que hay deposiciones diarreicas y disenteriformes, poca fiebre, náuseas, vómitos y lengua saburrosa.

La *intermitente*, como su nombre lo indica, sólo se distingue por las alzas y bajas de la temperatura.

En la llamada disentería *flegmonosa*, toda la evacuación está constituida por pus, el cual sale como si procediera de un absceso intestinal ó de una enorme superficie supurante.

La forma *gangrenosa* está caracterizada especialmente por la horrible é insoportable fetidez, ya que su aspecto en nada se diferencia de las otras, al menos en el principio. Cuando ya la enfermedad está un poco avanzada se ve una coloración negruzca muy acentuada.

Hay abundancia en las deposiciones, las cuales contienen grandes fragmentos de mucosa y hasta cilindros que representan segmentos de mucosa intestinal esfacelada. El fuerte olor gangrenoso persiste siempre. Además, hay también enterorragias, siendo de notarse que aun la sangre fresca y pura que sale, tiene ya el olor característico insoportable. No hay mucus, porque las glándulas están ya destruidas. Por último, en este como en casi todos los casos, dice Zimmerman, hay desde 20, 50, 100 y hasta 200 deposiciones en 24 horas, pudiendo llegar la cantidad de materias expulsadas á 3, 4 y hasta 5 litros.

El abatimiento y la postración que luego llevan al coma son el principal carácter de la forma *adinámica*.

En cuanto á la *atáxica* se distingue por delirio, agitación, sobresalto de tendones, carfología, etc.

Y la asociación de estas dos últimas formas constituye la más terrible de las disenterías, la *maligna*, que es bastante frecuente.

En general, preceden á las evacuaciones disentéricas, los cólicos, que si al principio son difusos, luego se localizan al intestino grueso. Podría decirse que nacen del flanco derecho y que siguen el trayecto del colon. Su intensidad aumenta hasta llegar al recto, y ya allí, provocan la imperiosa necesidad de defecar ó sea el tenesmo, que tanto martiriza á los enfermos. En los intervalos de los cólicos persiste dicha necesidad, aunque bastante debilitada. Se debe á la turgescencia de la mucosa rectal, que da la sensación de plenitud. Esta misma causa hace creer al enfermo que va á expulsar grandes cantidades de excremento en cada cámara, ocurriendo que después de horribles sufrimientos, apenas si expulsa algunas gotas de pujos.

El intensísimo dolor que se produce es debido á la contracción intestinal en una mucosa inflamada.

El agotamiento es rápido en el paciente por los sufrimientos repetidos, y muy en especial por las tan repetidas deposiciones.

El prolapso del recto es muy frecuente, así como la relajación del esfínter del ano.

El roce continuo de las mismas deposiciones irrita fuertemente la margen del ano y se producen excoriaciones.

El vientre está deprimido y muy doloroso á la presión, marcándose más esto en el trayecto del colon y en el hipogastrio. La menor sensación externa, el más pequeño movimiento produce en los enfermos dolor intenso, por lo que siempre se les ve permanecer inmóviles, acostados de lado y con los muslos doblados sobre el vientre para relajar así la pared abdominal.

Algunas veces hay vómitos que son biliosos ó fecaloides.

Aunque ya antes hablé de la disuria y de la escasez de la orina, insisto aquí en que su cantidad se halla en razón inversa de las evacuaciones, y que adquiere, además, un olor especial, olor disentérico. También agrego con Speck, que los cloruros están disminuidos; y con Beranger-Feraud, que contiene mucosidades.

Desde el principio se presenta, en ocasiones, una raquialgia, tanto más intensa cuanto más grave ha de ser la enfermedad. Este dato no es constante, pues que hay epidemias en las que falta; pero cuando existe, produce una debilidad muscular muy pronunciada.

Y por último, el hipo, dice Zimmerman y Dutroulau, puede ser un signo que anuncia la gangrena del intestino y que casi siempre es precursor de una terminación fatal.

Marcha.—Aunque la disentería es una enfermedad cuya marcha es muy regular, ocurre á veces que en su curso hay exacerbaciones, especialmente en la tarde y en la noche.

En los casos benignos se ven períodos de sedación, que con mucha frecuencia alternan con períodos de agravación. En los casos graves ocurre exactamente lo contrario, pues que la continuidad es la regla.

Cornuel dice haber visto la disentería presentar muchísimas veces remitencias é intermitencias bien marcadas, que se caracterizaban por tiempos de calma durante los cuales no sufrían nada los enfermos, y en los que aún sospechaban haber llegado á una completa curación.

En resumen, puede decirse que la marcha de la disentería depende de su intensidad. Rápida en la sobre aguda; desigual y con exacerbaciones y remisiones en la aguda.

Duración.—La duración de la disentería es variable y obedece también á la forma que esta afecte.

La esporádica y la epidémica benigna apenas llegan á un septenario; las agudas y sobre agudas pasan de dos y de tres septenarios, aunque en los casos muy graves marcha con gran rapidez, pudiendo llegar la muerte desde el principio.

Zimmerman refiere que en 1765, durante la epidemia de Suiza, observó que los pacientes que no se medicinaban permanecían enfermos varias semanas; y Annesley dice que ha visto que los que se han abandonado á su afección, casi siempre han tenido el terrible desenlace de la muerte en poco tiempo.

Complicaciones.—La exagerada inflamación del intestino puede producir el flegmón intersticial, así como la supuración de la submucosa, el desprendimiento de porciones ya grandes, ya pequeñas de la mucosa intestinal, que, como el mismo Dutroulau ha dicho, pueden ser hasta de 35 centímetros de largo.

Después es muy frecuente la retracción cicatricial.

Las enterorragias también son frecuentes en todos los casos de disentería, pues las ulceraciones, de cualquier tamaño que sean, pueden abrir un vaso sanguíneo y causar de consiguiente una hemorragia.

Pero lo que más corrientemente se ve es la complicación hepática, de tal manera, que muchos han pensado que la disentería pudiera ser producida por la hepatitis; otros al contrario han creído que éstas eran originadas por aquella, lo cual en rigor sí puede ser y es cierto.

Existen ya la simple congestión hepática, ya la inflamación ó ya

en fin el absceso. Y en general puede decirse que en toda disentería el hígado está más ó menos atacado.

Las parótidas son talvez las que sigan en orden de frecuencia y pueden ser de fatales consecuencias. Produce su invasión infecciones y supuraciones que persisten durante algún tiempo.

También se observan las perforaciones intestinales que, aunque no frecuentes, se presentan.

Igual ocurre con la peritonitis que aparece después de aquellas, no obstante que puede desarrollarse sin la existencia de dichas perforaciones.

La hidropesía se observa en ocasiones, durante la convalecencia, y es debida á la debilidad del corazón ó á las nefritis que la acompañan.

Las parálisis, probablemente tóxicas, suelen presentarse en la convalecencia. Zimmerman las observó en la boca, la lengua y las extremidades inferiores; Barrallier dice que atacan siempre la mitad del cuerpo ó un miembro aislado; y, localizándose más, los músculos extensores. Dichas parálisis pueden ser transversales ó alternas.

De los estudios del señor d'Herel en nuestro Laboratorio Químico Central se saca la conclusión de que las toxinas atacan y destruyen el neurilema, y que de esta alteración nacen los trastornos antes dichos.

Asociaciones morbosas.—La asociación que con más frecuencia se presenta es la del paludismo. Y muy natural es que esto ocurra así por la distribución geográfica de las dos enfermedades, que es casi la misma.

Aunque es muy creíble que ambas á dos se agraven por su unión en un mismo sujeto, no hay relación entre una y otra.

El escorbuto es muy asociable al mal en que me ocupo, observándose que los síntomas comunes á las dos enfermedades: adinamia, hemorragia, etc., empeoran notablemente.

Se han visto también asociaciones con el tifus, con el cólera y con muchas otras afecciones más; sosteniéndose, en conclusión, que cualquiera que exista es fatal.

Bacteriología.—Aquel *algo* de que habló Trousseau fué objeto de grandes investigaciones; y gracias á una lucha tenaz y constante, se logró llegar, en nuestros días, á comprobar, sin que quede duda, que el agente productor de la disentería es un microorganismo, y que por tanto pertenece al gran mundo de los microbios.

Lo que se habrá trabajado para encontrar aquel agente no es para referirlo en esta ocasión.

Desde 1876, Normand comprobó la anguilula estercolaris en deyecciones de disentería crónica. Ya antes, Ziegler y Prior habían descubierto un micrococus en las mismas deyecciones. Pero ninguno de estos microorganismos fué aceptado, porque jamás se le comprobó en la disentería aguda; y, además, porque al tratarse de la anguilula, casi siempre se la ha visto asociada al anquilóstomo, sin producir la más pequeña afección, como lo prueba el hecho de los mineros italianos, según Perroncito, en los trabajos del túnel de San Gotardo.

En 1875 Lösch encontró la amiba del colon ó *ameba coli*, que más tarde comprobaron Koch, Kartulis y otros.

Babes coloreó bacilos, diplococos y espirilos; Koch habla de numerosas nómades; Heubner hace mención de un bacilo; Calmette de un bacilo piocianico; Zancaral de un estreptococo; De Silvestri de un diplococo; Ogata de un bacilo que licúa la gelatina; Bertrand y Baucher de varios microbios; Morel y Rieux sostienen que existe un bacilo en todos los casos de disentería endémica ó epidémica, benigna ó grave; Simoni hace mención de un enterococo que cree inseparable compañero del *coli bacilo*; Roger logra cultivar un bacilo que describe, pero que no es el de la disentería; y á Saucino, según Leuckart, se debe la primera observación de amibas en los asientos de un niño, observación que Pfeiffer comprobó también.

Aunque desde 1885 tenían ya suficientes trabajos Chantemesse y Vidal, su primera memoria á la Academia fué hecha hasta el 17 de abril de 1888, memoria que presentó el gran Cornil, ante la más augusta de las Corporaciones: la Academia de Medicina de París.

En ella se hablaba del descubrimiento que dichos sabios acababan de hacer: del microbio de la disentería, microbio que desde entonces fué aceptado y que en honor de ellos lleva su nombre.

Este mismo agente patógeno fué comprobado en 1897 por Shiga; y aunque para algunos no es el mismo, por ejemplo, para Kitasato, se ha aceptado como tal, no faltando quienes lo llamen indistintamente, ya con el nombre de bacilo de Chantemesse y Vidal ó ya con el de Shiga. En rigor debe ser el primer nombre el que prevalezca; y excúseseme de usar yo también indistintamente de uno y otro, pues que los dos son igualmente gloriosos.

Aceptada, pues, la presencia de un microorganismo, veamos cómo se distinguen en las dos principales formas de la enfermedad: amibiana y bacilar.

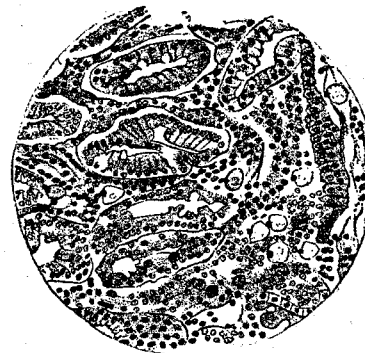
La *amiba de Lösch* se presenta bajo la forma de masas de aspecto protoplasmático, que miden de 20 á 25 milésimos de milímetro, por término medio y que pueden dar de sí hasta llegar á 60 y más, y que emiten pseudópodos. Dichas masas son muy granulosas y presentan, en lo general vacuolas redondas en número de 6 á 8.

Kartulis, Osler, Doch y Vase, han encontrado siempre en la disentería y en otros padecimientos dependientes de ésta, como en los abscesos del hígado, la amiba en referencia.

Y además de la *coli de Lösch*, se han descrito otras como la *amiba intestinalis* de Blanchard ó *amiba disenteriae* y la *amiba colimitis* de Quincke y de Blanchard.

La señorita Broido, en su tesis de París, mayo de 1903, dice que deben de considerarse en la disentería, además de las formas anteriores, la producida por el *balantidium coli*, la de los *bacilos de Ogata*, la de los de *Roger*, la de los *coco bacilos de Lesage* y la de todos los llamados *pseudo disentéricos*.

A Kartulis, de Alejandría, es á quien más debe la ciencia en este punto. El es quien tuvo la gloria de haber llegado á la verdad. En 1882 encontró en más de 500 enfermos lo que él llamó *riesenamibes* ó *amibas gigantes*, cuerpos que también Koch comprobó. Logró, además, cultivar en un cocimiento de paja esterilizada según unos, de cebada fresca según otros, la amiba en referencia, é inyectar el cultivo en el recto de algunos gatos, los cuales tuvieron diarrea y evacuaciones muco sanguinolentas. A Kartulis siguieron en sus investigaciones Hlava, Osler, Lafleur, Simoni, Pfeiffer, Lutz, Musser y Stengel, Perroglio, Koweck, Cahen, Kruse, Pasquale, etc. Y aunque ha habido quienes como Maggiora, Ogata, Laveran, Schuberg, etc., nieguen la existencia de la dicha amiba, su presencia es indiscutible, y es ya una verdad demostrada y sancionada por la ciencia.



Disentería amibiana.
Ampliación de 500 próximamente.



Disentería bacilar.
Ampliación de 800 próximamente.

(MUCOSA DEL INTESTINO GRUESO.)

El *bacilo de Chantemesse y Vidal*, llamado también de Shiga, es un bastoncito corto, casi inmóvil, desprovisto de cejas, no toma el Gram y cuyo tamaño es de 4 á 5 micras de longitud, muy delgado, de extremidades redondas, de movimientos pausados y lentos, de muy difícil coloración con los colores de anilina, y que no liquidifica la gelatina ni coagula la leche ni hace fermentar el azúcar ni produce jamás el indol. Su cultivo, que desprende un olor espermático, es muy fácil, pues que se desarrolla en el caldo, en la gelatina, en la patata, etc. Sus colonias, de aspecto siempre especial, se presentan primero como manchas claras que luego se hacen amarillas y como formando dos círculos concéntricos de los que el interno es más oscuro. Después toman un aspecto granuloso y blanquecino sin que pasen sus dimensiones del tamaño de una lenteja. En la patata forma su cultivo manchas amarillas y secas, y en la gelatina una película que no llega á las paredes del tubo. Dicho bacilo se encuentra en abundancia, al hacer la autopsia de los que mueren de disentería, en las paredes del intestino en grandes masas, en los ganglios mesentéricos y en el bazo,

El microorganismo, según Chantemesse y Widal, sólo se encuentra en las deposiciones de los disentéricos y jamás en las de los sujetos sanos.

Shiga, que tiene tanta gloria como Chantemesse y Widal en este asunto, tras concienzudos estudios, logró demostrar, en 1897, la especificidad del bacilo citado, obteniendo la aglutinación de los cultivos por el suero sanguíneo de los enfermos de disentería.

Kruse en Alemania, Flexner en Filipinas, Strong y Murgrave en Manila, Rosenthal en Moscow, etc., han encontrado siempre el bacilo tantas veces dicho, en la citada afección.

Por inoculación subcutánea de las toxinas ó del propio bacilo, Vaillard y Dopter han logrado, en algunas especies animales, reproducir los síntomas; y, más que todo, las lesiones de la enfermedad.

Estos mismos autores dicen: «La constancia del mismo bacilo en la disentería epidémica y el hecho de su aglutinación por la sangre de los individuos atacados, constituyen ya legítimas presunciones en favor de su especificidad. La experimentación por medio de los cultivos puros suministra la prueba decisiva.» Poco después agregan:

«1º En las deyecciones muco-sanguinolentas de la disentería epidémica de Francia, se encuentra un bacilo absolutamente idéntico al bacilo llamado de Shiga. Es excesivamente aglutinado por la sangre de los sujetos atacados de esta forma de disentería llamada tropical.

«2º Por la inoculación de este bacilo ó de la toxina que contiene, se determinan en ciertas especies animales los síntomas, y sobre todo las lesiones características de la disentería epidémica.

«3º El bacilo descubierto y sumariamente descrito por Chantemesse y Widal en 1888, diferenciado ulteriormente por Shiga, debe ser considerado como la causa específica de la disentería epidémica de las regiones templadas y de una disentería de la misma naturaleza que existe también en los países cálidos (Filipinas, Puerto-Rico, etc.)

Diagnóstico.—Fácilmente puede al principio confundirse la disentería con alguna otra afección del intestino grueso; pero observando con detenimiento se encuentran siempre los suficientes datos para diferenciarlas.

Los dolores intestinales, el tenesmo, los asientos característicos, etc., no faltan casi nunca y sirven ellos sólo para sospechar y casi diagnosticar el padecimiento.

La diarrea, aunque es verdad que se ve en otras enfermedades, tiene casi siempre algún signo que la diferencia.

En la India es muy grave y muy común y se la llama *catarro intestinal específico*; diarrea que es eminentemente perniciosa para los europeos y aun para los naturales.

Más grave, más maligna y más frecuente que en este lugar, es en Ceilán.

La misma es, según Laure, endémica en China; y además, muy recidivante.

La *diarrea disintérica* se ha confundido también con la disentería, aunque esto es inaceptable, pues que carece de los caracteres reales de la enfermedad. Las evacuaciones son abundantes, serobiliares, amarillentas, feculentas y conservan el olor corriente de las materias fecales y nunca son muco-sanguinolentas. Dejan ver en el fondo del trasto que las contiene granitos blancos de fibrina ó de albúmina coagulada, sin producir su expulsión ni tenesmo ni cólicos.

La diarrea crónica se diferencia menos de la disentería y puede pensarse en este padecimiento en su estado de cronicidad. También jugarán gran papel en este caso los antecedentes.

La rectitis presenta los síntomas locales, pero carece de los infecciosos ó generales. Las evacuaciones en este caso, según Branger-Fereaud, pueden ser semejantes á las de la disentería ligera benigna y aun á las de la mediana.

Las hemorroides internas conservan á las evacuaciones su carácter fecal y no tienen los enfermos, en dicho caso, la más pequeña ascensión febril.

El envenenamiento por las sales de cobre da lugar á la equivocación. Preséntanse, en efecto, náuseas, vómitos, evacuaciones frecuentes ya albas, ya verdosas, ya sanguinolentas, tenesmo, disminución y aun supresión de la orina. El paciente se pone inquieto, ansioso, tiene el pulso filiforme, irregular y á veces frecuente. Los intestinos suelen ser atacados de gangrena. De todo lo cual se da uno cuenta y hace exclusión de la disentería, no obstante la identidad por la clase de dolores, por la pequeñez del pulso, por el hipo, por los sudores fríos y viscosos, etc. Y, además, porque los vómitos y las náuseas en el envenenamiento son más frecuentes y los dolores se irradian en todo el abdomen.

Algunos han confundido la disentería con el cólera; pero sin razón, pues que las evacuaciones riziformes y la algidez del cólera son inconfundibles.

La *diarrea crónica de la Cochinchina* no permite que haya lugar á la equivocación, porque además de carecer ésta de asientos sanguinolentos, faltan el tenesmo y el cólico, agregándose, además, que la marcha de la enfermedad no tiene fases agudas y las deyecciones son mucosas ó biliosas.

Mas si existe duda, se recurrirá al examen bacteriológico, eficazísimo de suyo, y por él podrá comprobarse la enfermedad de que se trate.

También puede y debe hacerse la aglutinación ó sero-diagnóstico, como en la fiebre tifoidea, para la perfecta comprobación y seguridad.

en el diagnóstico y en el tratamiento; advirtiéndole, de paso, que dicha experiencia sólo puede dar resultado en la disentería bacilar y nunca en la amibiana, dato suficientísimo para el diagnóstico diferencial. Además, la amibiana es muy rara, sólo se la observa en los países cálidos y es, como dice el sabio Profesor Dieulafoy, «la que casi siempre se complica con abscesos del hígado.»

Lo vuelvo á repetir, la sangre de los atacados de esta forma, no aglutina el bacilo de Chantemesse y Widal ó de Shiga.

Pronóstico.—No puede ni debe desde luego establecerse un pronóstico favorable ó grave, porque hay antes que tomar en cuenta la forma que reviste la afección, el clima, la epidemia y lo oportuno ó tardío del tratamiento. Además, las recaídas y recidivas son muy frecuentes, á tal grado, que hay autoridades en la materia que opinan que eso es lo general; por lo que se agravan el paciente y el pronóstico.

Delioux de Savignac dice: «Es esta una enfermedad pérfida é insidiosa que, después de no haber inspirado ningún temor en los primeros días, después de haber parecido ceder con los primeros medicamentos, puede revelarse de repente con una malignidad insólita y producir desórdenes difíciles de vencer.»

La disentería es más grave en el hombre que en la mujer; más en el niño y en el viejo que en el adulto; más aun en el agotado por enfermedades anteriores, por exceso de trabajo, por fatigas, por la miseria, por desórdenes, etc., que en el bien constituido y que vive bien.

La disentería que se presenta por primera vez es menos grave que la ó las posteriores.

Y en resumen, y aunque el pronóstico es benigno en la disentería esporádica, grave en la endémica y terrible en ciertas epidemias, es preferible ser reservado.

Tratamiento.—Es la disentería de las afecciones en las que el ingenio del médico casi se ha agotado y en la que más medicamentos se ha tratado de ensayar. Azote durante los siglos que han transcurrido, justo es que cada cual tratara de encontrar algo nuevo, llegando algunas veces hasta el ridículo, como en todo.

«Podríamos, dicen Fournier et Vaidy, hacer un capítulo muy largo si quisiéramos enumerar todos los medios absurdos ó sospechosos que se han aconsejado contra la disentería ya aguda, ya crónica.»

En efecto: pensar que Bood, recomendó el alabastro; que Sennert y Zacutus Lusitanus, la esmeralda; que Diemerbroek, el

polvo de huesos en vino tinto, y que además suministraba seda roja suelta y delgada en maceración en el mismo líquido; que Lentilius, daba leche en la que hacía hervir papel; y que por último, por no citar cientos de casos como los anteriores, Paul d'Egine, Forestus, Ruland, etc., prescribieron excrementos de perro, es para entristecerse del estado de los conocimientos de entonces.

Después se continuó con una serie de tratamientos, como ya dije, tan variados, que no es del caso citar, hasta que se llegó al más recomendable, llamado de Trousseau: «al principio, dice el sabio maestro, se prescribe ipecacuana á la dosis vomitiva ó sean tres gramos divididos en cuatro papeles para tomarlos de diez en diez minutos, hasta producir vómito. Desde el día siguiente se dá una sal neutra, sulfato de sosa, sal de Seignette (sulfato doble de potasa y de sosa), á la dosis de 15 ó 20 gramos, medicación que debe continuarse todos los días, y aun dos veces al día si es necesario hasta que los asientos sean diarreicos. Al mismo tiempo se combate la enfermedad con lavativas compuestas de 20 á 50 centigramos de nitrato de plata por 250 gramos de agua.»

A la vez aconsejaba, como parte inherente de su tratamiento sopas espesas de pan, huevos pasados por agua, cocimiento de arroz de cebada, agua albuminosa, cocimiento blanco de Sydenham y lavativas pequeñas con algunas gotas de láudano en caso de dolores pujos y tenesmo.

Este sabio había visto las epidemias de Tours, de Versailles, de París, etc., y tenía, al par que gran experiencia y conocimientos vastísimos, su talento médico indiscutible, talento que le hizo de los primeros sabios de su época y adelantar infinidad de conocimientos que hoy aprovechamos.

Con gran éxito se usaron antes que él, los purgantes salinos, el calomel á altas dosis, los vomitivos, lociones, emolientes, opiáceos, tisanas laudanizadas, etc., etc., y más recientemente las píldoras de Second compuestas como recordais de:

Ipecacuana	0.05
Calomelanos	0.02
Extracto de opio	0.01
Miel blanca	c. s.

Para una píldora, de las que se han aconsejado de seis á diez al día.

Los doctores Matieu y Lemoine han presentado á la Sociedad de Medicina de París el *Kho-sam*, semilla oleaginosa, que emplean los anamitas y los chinos contra las hemorragias. El Doctor Mougeot

de Saigon, dice haber obtenido curaciones de disenterías agudas y graves en dos días con dicha substancia. En 1,263 casos obtuvo un 98 % de éxitos. Lo prescribe en grageas ó en comprimidos que contienen el extracto hidro alcohólico.

* El Doctor Bishope empleó y aconseja la corteza de canela, fina y recientemente pulverizada, á la dosis de 3 á 4 gramos bajo la forma de bolos y con intervalo de seis horas. En casos rebeldes en que todo había fracasado, obtuvo brillante resultado este tratamiento. Dice, además, que puede asociarse la canela á la adrenalina en caso de hemorragia intestinal.

El Doctor Minerbi recomienda los enemas y supositorios de naftalina, que sobre ser fuertemente antiséptica, es poco tóxica. Los usa de 5 gramos de naftalina y 20 de aceite de olivas, debiéndose retener media hora al principio y 6 horas después, en número de cuatro al día. Asegura haber obtenido grandes éxitos.

El Doctor Billet, Médico en Jefe del Hospital Militar de Marsella, trata la disentería con lavativas creosotadas de 200 á 500 gramos, y que contienen 1 ó 2 % de creosota disuelta en aceite. Esta substancia obra aquí como antiséptico, hemostático, anti-parasitario y desodorante. Dice también haber obtenido positivos resultados.

Cambay, famosísimo y especialista en la enfermedad en que me ocupo, aconseja:

Raíz de colombo	1 gramo.
Raíz de ipeca.....	0.25 centigramos.
Agua hirviendo.....	60 gramos.

Se hace de esto una infusión, se filtra y se añade:

Poción gomosa.....	30 gramos.
Subnitrato de bismuto.....	4 „

Deberá tomarse una cucharada de las café cada dos horas. El resultado siempre es seguro.

Hay también una substancia nueva, la *lactobalina*, fermento que tiene propiedades de impedir la putrefacción intestinal. Se la aconseja como eficaz.

En los casos de disentería amibiana, confirmada por la falta de aglutinación, recomienda el Doctor W. R. Moulden, de Washington, los lavados del recto con grandes cantidades de agua perfectamente

esterilizada, después de lo cual inyecta una solución acuosa de sulfato de cobre al 1 por 10,000. La usa dos veces al día, con doce horas de intervalo; y en 200 casos tratados, ha obtenido siempre éxito completo.

A título de curiosidad citaré lo aconsejado en un periódico norteamericano, por un médico de allá, excéntrico como todo lo de aquel gran país y que se reduce á hacer *sencillamente* una laparotomía abdominal, á tomar é incidir el apéndice cecal y á hacer lavados antisépticos por dichas aberturas. Después, curada la disentería, se cierra todo, y el paciente queda en perfecto estado. Sin juzgar el procedimiento, que es muy *yankee*, creo útil referir que ha sido ensayado en Filipinas.

Y así como todo lo anteriormente apuntado, que he ido tomando de periódicos serios de medicina del año pasado y de éste, para no alargarme demasiado, hay una serie de fórmulas, etc., con las que podría llenarse un libro.

De todo lo usado hasta hoy, y mientras no se vulgarice el *suero antidisentérico*, serán insustituibles y permanecerán siempre en pie el precioso calomel, desde su dosis máxima hasta la refracta; la utilísima ipecacuana, cuya interesante historia en otra ocasión referiré; los enemas laudanizados y de nitrato de plata, el sulfato de sosa, etc.

A propósito de la ipeca, no creo demás decir que algunas médicos la recomiendan en píldoras cubiertas de una capa de salol, el cual, además de ser un desinfectante y antiséptico precioso, sólo es atacado en el intestino, por lo que la acción de la ipecacuana es ideal, pues que no produce ni náuseas ni vómitos.

Suero.—Tras numerosas, pacientes y concienzudas investigaciones, los eminentes Doctores Vaillard, Director de la Escuela de Salud de Lyon y Dopter del Instituto Pasteur de París, presentaron á la Academia, en mayo del año próximo pasado, los resultados que habían obtenido con el suero que llamaron antidisentérico, y que han preparado mediante la inmunización y vacunación de caballos con el bacilo de Shiga. Dicho suero tiene propiedades antitóxicas y bacteriolísticas en el hombre y es de efecto milagroso en la disentería bacilar.

Debo advertir que si desde mayo del año pasado, como ya dije, hicieron su comunicación los sabios citados, hasta en abril del presente año los «*Annales de l'Institut Pasteur*», confirman el descubrimiento en referencia,

Los brillantes resultados obtenidos con su uso no dejan ya lugar á duda de su eficacia y bondad; y sin temor, diré, que los nuevos benefactores de la humanidad, Vaillard y Dopter, han enriquecido la Terapéutica con un medicamento precioso por sus resultados y comparable por sus efectos al suero antidiftérico de Behring. Es, como éste, en la difteria, el específico por excelencia en la disentería bacilar. Esto también lo dicen los «*Annales*» ya mencionados.

Los millares de millares que antes morían por falta de tratamiento y los que estaban condenados á muerte segura por sólo vivir en un país infestado, están ya hoy seguros, el remedio existe. En todos los estados el paciente hallará consuelo y positivo alivio; y, en una como bendición divina, con sólo vacunarse en época peligrosa contra el mal, todos estaremos libres de padecerlo.

El Doctor Gueniot califica la comunicación de los señores Vaillard y Dopter, de notable; y dice que impresionó hondamente á la Academia, la que la acogió con gran beneplácito, saludándola con salvas de estrepitosos aplausos. (1)

He aquí algo que confirma lo ya dicho. El suero obtenido de los caballos por el procedimiento corriente, cura siempre en los primeros 16 días, atenuando y aun curando en cualquiera época que se emplee. Su acción es sorprendente y milagrosa, y se manifiesta por una reducción casi inmediata de los síntomas locales, seguidos de una curación extremadamente rápida, de dos ó tres días en los casos medianos, de tres á cuatro en las severos y de cinco á seis en los graves.

Obra tanto más pronto cuanto más rápidamente se emplea; es decir, que á mayor violencia en su uso la curación será más activa y más próxima.

Vaillard mismo refiere que en un disintérico que tenía 150 asientos al día, disminuyeron estos á 42 á las pocas horas de haber inyectado

el suero, siendo al día siguiente las deposiciones en número de 8 y de 1 al tercer día. Al quinto el enfermo estaba curado.

El célebre Profesor Kitasato, del Japón, á quien tanto deben las ciencias, alaba como el que más el suero y la vacuna del método de Shiga.

En época de epidemia, dice, ha inoculado á 50,000 personas, preventivamente, y obtenido siempre brillantes resultados, pues que ninguno de sus vacunados enfermó, no obstante la epidemia que reinaba.

En Kanagwa, pequeña aldea del Japón, dice el mismo sabio, estalló otra epidemia y entonces hizo también inoculaciones á todos los habitantes que pasaban de cuatro años, y obtuvo, como siempre, resultado casi milagroso, pues que á sólo dos personas atacó el mal, y eso, porque cree que cuando se las vacunó ya estaban contagiadas.

En Bretaña, el Doctor Marchais, de Carhaix, curó casos que había considerado como perdidos, sin fracasar una sola vez.

El Doctor Dragosch curó seis casos gravísimos con sólo cuatro inyecciones de 20 centímetros cúbicos cada una, en cada paciente.

El mismo Shiga, que hoy continúa sus investigaciones y sus estudios en el Laboratorio de Ehrlich, de Berlín, dice que cuando principió sus experiencias inoculó á 10,000 personas y redujo así la mortalidad que era de 40 y de 50 por ciento á cero.

El Doctor J. Karlinski, de Tesanj (Bosnia), asegura haber empleado con gran éxito el suero preparado en Viena, obteniendo resultados positivos en todos los casos de disentería bacilar en que lo usó, sin haber tenido jamás una sola defunción.

Ha empleado 20 c. c. de suero en inyección subcutánea en la región izquierda del abdomen, que no han producido nada de dolor y sí han aliviado los cólicos y el tenesmo, y disminuido las deposiciones en diez horas y curado á los tres días.

Creo útil agregar que si 20 y 30 c. c. son suficientes en los casos benignos, puede aumentarse la dosis hasta 40, 50, 60, 80, 90 y 100 según los casos y las formas, para continuar con dosis decrecientes.

El Doctor Guenion ha tratado y curado recientemente, octubre de 1906, á dos enfermos procedentes de Rusia, usando en ellos

(1) «Bulletin de l'Académie», junio de 1906.

grandes cantidades de suero por el estado gravísimo en que se hallaban.

Aunque es cierto que mientras más pronto se principia el tratamiento, más seguro y activo es el resultado, se han visto casos de disentería grave curados con el uso del suero después de meses y aun de años de padecimiento.

El Doctor Haushalter, de Nancy, ha curado á un niño que sufría hacía más de un año.

Pero lo más hermoso en este tratamiento es la disminución notable de la mortalidad, su reducción á cero.

En el Japón (Shiga)	era de 24 %
„ Moscow (Rosental).....	„ „ 17 „
„ Westfalia (Kruse)	„ „ 11 „
„ Tolón	„ „ 7 „
„ Bretaña (Netter).....	„ „ 25 á 50 %
„ Carahaix (Finisterre) (Marchais) ..	„ „ 50 „ 60 „

Para terminar con los ejemplos, citaré uno de los casos más concluyentes que registran los propios «*Annales de l'Institut Pasteur*,» abril del presente año, y que se refiere á cuatro enfermos que tenían asientos mucosanguinolentos en número de 250 á 288 en 24 horas, con fuertes cólicos, tenesmo, estado general muy grave, hipotermia, etc., todo lo cual hacía esperar un desenlace fatal; se les aplicó el suero en dosis máximas y continuadas hasta lograr la curación rápidamente en tres de ellos, siendo un poco tardía en el cuarto.

En resumen, y fundándome en los citados «*Annales*,» puede decirse:

1º Que el suero antidisentérico tiene acción inmediata sobre todos los síntomas locales y generales de la disentería; y

2º Que obra rápidamente en la curación.

Cómo obra? se dirá. Inmunizando el organismo contra el agente patógeno y sus productos tóxicos; deteniendo su acción fagocitaria, la pululación del bacilo en el intestino y aniquilando su antitoxina el veneno circulante.

Cuánto tiempo dura su acción cuando se usa en vacuna como preservativo? Si la dosis es conveniente, de 15 á 20 c. c., la inmunización deberá tardar de 8 á 10 días, lo cual es muchísimo alcanzar, sobre todo en tiempo de epidemia.

Los ensayos que se han hecho entre nosotros con el suero, son aún pocos por el alto precio de éste; pero con la esperanza de que muy pronto su adquisición y su uso serán fáciles y estará al alcance de todos, podemos decir que estamos ya en posesión del remedio por excelencia, del específico ideal, del tratamiento infalible.

Profilaxia.—Mathieu ha dicho, con mucha razón, que es más fácil prevenir la disentería que curarla. En efecto; pero para esto deben conocerse sus causas, su origen, su forma, etc.

Sin embargo, puede asegurarse sin que en ello haya la más pequeña duda, que es *el agua* el elemento de que más debe uno cuidarse.

Sin perjuicio de que en todo lugar y en toda época es obligatorio usarla filtrada, en tiempo de epidemia, especialmente de disentería, debe tenerse con ella cierta precaución; y en caso que no se tenga ni filtro Chamberland, ni Pasteur, ni ninguno de tantos otros que hoy existen y no pueda hacerse el de piedra ó el de arena y carbón, se hervirá perfectamente el líquido en referencia para solo usarlo con la indicación ya dicha.

Sobre muchos casos citados ya en la etiología, recordaré lo que dice Reed, refiriéndose á una epidemia que en 1770 asolaba el regimiento de Bearn, residente en Metz, epidemia que desapareció hasta que se mandaron cerrar los pozos que proveían de agua y se usó ésta filtrada y hervida.

Se procurará destruir las *moscas* por cuantos medios sea posible.

Deberán de evitarse los *enfriamientos* y los cambios bruscos de clima. Para lo primero es de rigor el uso de la faja de franela y de abrigos de lana.

Se procurará el buen *desagüe* de las letrinas, se evitará la acumulación de sustancias putrescibles, usándose antisépticos como sulfato de cobre, de hierro, sublimado, ácido fénico, etc., etc., en los lugares

no limpios y en especial en las letrinas. También se evitará el uso de una misma de éstas en caso de que ya exista el mal, á las personas que estén sanas.

El aislamiento, aunque no es indispensable, es preferible. En algunas partes es obligatorio.

Pero ante todo, el cambio y desinfección de las ropas interior y de cama no debe olvidarse nunca, desinfección que se hará en estufa; y hoy, entre nosotros, en nuestro completo y bien montado Desinfectorio Nacional.

Las camas, y en general todo lo que haya servido á los enfermos, no se volverán á usar sin previa y rigurosa desinfección, ya por medio de antisépticos ó por fumigaciones de formalina ó de azufre.

Y en fin, en lo personal se procurará evitar las aglomeraciones, las fatigas, las miserias, y en una palabra, se tendrá cuidado de observar rigurosa y estrictamente la Higiene.

Conclusiones.

I.—La disentería es una enfermedad eminentemente contagiosa, infecciosa, endémica y epidémica.

II.—Es una de las más graves y de las más mortíferas de las enfermedades.

III.—Es producida por microorganismos: amibas ó bacilos.

IV.—Dichos microorganismos están hoy perfectamente definidos y son: en la disentería amibiana, las amibas de Lösch y en la bacilar, el bacilo de Chantemesse y Widal, llamado también de Shiga.

V.—El contagio se hace por las ropas, en particular las de cama; por *los asientos*; por el *agua de mala calidad*; y es seguro que por *intermedio de las moscas*.

VI.—Puede precaverse de ella:

1º En época de epidemia, por la inyección en individuos sanos, del suero preventivo.

2º Por la filtración, cocción ó esterilización del agua de consumo.

3º Por la destrucción de las moscas y demás insectos que se posan en las materias fecales.

4º Por la desinfección de estas mismas materias, á la cabecera de los enfermos.

VII.—El tratamiento en la actualidad, seguro é invariable, es el que se hace inyectando subcutáneamente el SUERO ANTIDISENTÉRICO, notable por sus efectos maravillosos y comparado por su eficacia al suero antidiftérico de Berhing; y

VIII.—A falta de suero, el tratamiento será el clásico de Trousseau, completado con el calomel y los antisépticos.

C. Guillén.

Vº Bº,

J. Azurdia.

Imprimase,

J. J. Ortega.

PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA	Del intestino.
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	De la disentería.
BOTÁNICA MÉDICA	Nicotiana tabacum.
BACTERIOLOGÍA	Bacilo de Chantemesse y Vidal.
CLÍNICA QUIRÚRGICA	{ Diagnóstico de las heridas pene- trantes del tórax.
CLÍNICA MÉDICA.....	Auscultación.
FÍSICA MÉDICA	Keratoscopio.
FISIOLOGÍA	Causas del ritmo cardiaco.
FARMACIA	Enemas.
GINECOLOGÍA.....	Estiomena.
HISTOLOGÍA	Del hígado.
HIGIENE	Corsé.
MEDICINA OPERATORIA.....	Operación de Olier.
MEDICINA LEGAL	Infanticidio.
OBSTETRICIA	Espondilolistesis y espondilicema.
PATOLOGÍA GENERAL	Fagocitosis.
PATOLOGÍA INTERNA	Disentería.
PATOLOGÍA EXTERNA	Fímosis y parafímosis.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA.	Calomelano.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA ..	Analgesina.
TERAPÉUTICA	Sueros.
TOXICOLOGÍA	Envenenamiento por el tabaco.
ZOOLOGÍA MÉDICA	Lucilia ominívorax.