2745

2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA DISENTERÍA

Y SU TRATAMIENTO.

TÉSIS INAUGURAL

Para optar al grado de Doctor en ciencias médicas

POR

MANUEL A. ROUCO

(LICENCIADO EN FARMACIA)

BUENOS AIRES

2791—Imp., lit. y enc. «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1892

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA DISENTERÍA

Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

Para optar al grado de Doctor en ciencias médicas

POR

MANUEL A. ROUCO

(LICENCIADO EN FARMACIA)

BUENOS AIRES

2791—Imp., lit. y enc. «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1892

Art. 162 del Reglamento.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN.

Vice-Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTIN SPUCH.

Académicos titulares

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN.
» » MANUEL ARAUZ.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » FUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNANDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.

Secretario académico honorario

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Secretario titular

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica	"	*Mauricio Gonzalez Catan.*
Histologia teórico-práctica		*Vacante.*
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada	"	*Meliton Gonzalez del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica	"	*Justiniano Ledesma*
Patologia Externa	"	*Guillermo Udaondo.*
Patologia Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y clinica Ginecológica	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades venéreas y de la piel	"	*Baldomero Sommer.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de ojos y Clinica Oftalmológica	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejía.*
Enfermedades mentales y Clinica respectiva	"	*Lucio Melendez.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julian Aguilar.*
Clinica Médica	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo Perez.*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Canton*
Quimica Médica	"	*Francisco Barraza.*
Quimica aplicada á la Medicina	"	*Pedro N. Arata.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Fisica Médica	"	*Jaime R. Costa.*
Odontologia	"	*Nicasio Etchepareborda*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernandez.*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica	"	*Juvencio Z. Arce.*
Histologia teórico-práctica	"	*Andrés F. Llobet,* (en ejercicio.)
Fisiologia General y Humana		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia general y Ejercicios clinicos		*Vacante.*
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno.*
Patologia Externa	Doctor	*Obdulio Hernandez,* (en ejer.)
Patologia Interna	"	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Cárlos Malbran.*
Medicina Operatoria		*Vacante.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	Dres.	*Enrique Bazterrica.* / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguia.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	Doctor	*Eduardo Obejero.*
Enfermedades Nerviosas y su clinica	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y Clinica respectiva	"	*Domingo Cabred.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo,* (en ejer.) / *Juan B. Justo,* (en ejercicio.) / *Alejandro Castro.*
Clinica Médica	Dres.	*Abel Ayerza,* (en ejercicio.) / *Julio Mendez.* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica Obstétrica	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia		*Vacante.*
Quimica aplicada á la Medicina	"	*José M. Irizar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica	"	*Atanasio Quiroga.*

Padrino de tésis

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Señor Presidente:

Señores Profesores:

Héme aquí por última vez ante vosotros para rendir la última prueba.

Debo confesaros con ingenuidad que nunca he sentido mas temor; pero hay para mí una razon imperiosa, y es que siento la necesidad de hacerme digno de vosotros al presentaros esta disertacion inaugural.

Os declaro que he puesto toda mi mejor voluntad para preparar este trabajo. Si el resultado no corresponde á mis deseos es necesario atribuirlo á que mis fuerzas son débiles y sobre todo á la experiencia de que carezco, pues os declaro que no he omitido sacrificio para realizarlo.

La eleccion de un tema para una tésis, es un problema árduo para un alumno que recien abandona las bancas de la Facultad. Buscar en las ciencias médicas algo nuevo y digno de llamar vuestra atencion, es más que difícil, tal vez imposible.

Entonces, ¿qué es lo que queda para cumplir la prescripcion reglamentaria?

Hay que dirigirse pues á lo que se ha observado en las clínicas á la cabecera de los enfermos, y tratar de mostraros que por lo menos se han aprovechado las

lecciones recibidas, refiriendo los síntomas y la interpretacion que se les ha dado.

El hecho de haber observado algunos casos de disentería aguda ha llevado mi atencion hácia este punto eligiéndolo como tema de la disertacion que vengo á presentaros.

Desde luego comprendo, que sobre esta enfermedad nada nuevo podré decir, pero por lo menos voy á haceros notar una observacion que he tenido ocasion de hacer y que puede servir para que vosotros, maestros distinguidos, dilucidéis el punto que considero de importancia científica.

Antes de descender de esta tribuna y abandonar como alumno estas bancas queridas, permitidme que os manifieste mi reconocimiento por cuanto me habéis enseñado.

Definicion.—La disentería en sus caracteres y en su manera de comportarse, tiene muchos puntos de semejanza con el cólera.

Diré pues con Liebermeister, que es como éste una enfermedad infecciosa local.

La infeccion se manifiesta por una *inflamacion de la mucosa del intestino grueso*, que es de naturaleza difterítica ó crupal, y es esta inflamacion el punto de partida de todos los accidentes; es á ella que pueden relacionarse los principales síntomas.

Para la mayor parte de los autores, así como lo ha manifestado el Dr. Wernicke, la disentería es una enfermedad, que por su modo de propagarse y por su marcha puede ó debe considerarse enfermedad parasitaria. Esta es, tambien, la opinion de este profesor de nuestra Facultad.

El cuadro de la disentería que ha sido observado en todos los climas, puede ser que abarque más de una entidad mórbida.

Se tiene habitualmente costumbre de distinguir la disentería, en esporádica, endémica y epidémica, considerada respecto á su desarrollo, y en su marcha es aguda ó crónica.

Historia.—En la antigüedad fué considerada como una fiebre, «fiebre que se localizaba en los intestinos, decia Sydenham».

La disentería ha sido muy bien descrita por los médicos de entonces, y parece haberse presentado en esa época frecuentes epidemias. La palabra *disentería* (de εντερον intestino) si bien es cierto que en su orígen ha tenido una significacion muy lata aplicándosela á todas las afecciones en que se ha observado diarrea y cólicos, y donde se suponia la existencia de ulceraciones intestinales, hoy solo se reserva este nombre á una afeccion *infecciosa específica* de naturaleza determinada.

La disentería es endémica en gran número de parajes tropicales y sub-tropicales, siendo una de las enfermedades más temibles y más mortíferas de esas regiones. En la zona templada no se presenta sinó bajo el estado de epidemias que son pasajeras. Una de las más mortíferas fué la que en 1834 visitó la Alemania y los paises limítrofes. Durante la guerra con Francia, la disentería se produjo con violencia en los ejércitos que sitiaban á Metz y París. Se observan tambien muy á menudo epidemias circunscritas, limitadas á una localidad ó á una region de mediana extension.

Génesis y etiología.—La verdadera cuna de la disentería son los países tropicales y meridionales, en donde esta enfermedad reina con mucha mas intensidad y en mayor escala que entre nosotros. Es así, por ejemplo, que la mortalidad disentérica en los soldados de la armada indo-

inglesa, ocupa el 30 % de los cuadros de la mortalidad total.

Colin divide las causas de la disentería en cuatro grupos: *causas meteóricas, causas bromatológicas, causas infecciosas atmosféricas y causas individuales*, las que desarrolla y analiza con buen criterio; pero otros autores, y entre ellos Liebermeister, no consideran oportuna esta division de las causas y solo consideran que estos grupos son solo condiciones favorables al desarrollo de la enfermedad desde que el verdadero agente ó agentes específicos, nos son aún desconocidos.

Liebermeister á cuyo opinion me adhiero dice, que las condiciones etiológicas de la disentería tienen mucha analogía con las del cólera. Es cierto, sin embargo, que la afeccion no se trasmite directamente de individuo á individuo, y que en el sentido estricto de la palabra no es contagiosa. Pero, por otra parte, no se desarrolla jamás espontáneamente en parajes donde no es ó haya sido endémica.

No aparece sinó despues de su importacion prévia, lo que equivale á reconocerle especificidad.

Numerosas observaciones tienden á probar que el agente infeccioso ó su gérmen está contenido en las deyecciones de los enfermos, y para que la enfermedad se declare en una localidad dada, es necesario que su suelo haya sido préviamente contaminado por estas deyecciones. Así, las fosas de las letrinas ó retretes, sumideros, las aglomeraciones de basura ú otras inmundicias que mantie-

nen un suelo húmedo y abundantemente impregnado de materias orgánicas, pueden volverse focos de infeccion. La disentería pertenece luego, como el cólera, al grupo de las enfermedades miásmato-contagiosas. Existe sin embargo una diferencia esencial entre estas dos afecciones. El agente de la disentería tiene mayor resistencia á las acciones exteriores que el del cólera. No es raro ver despertar ó encender una epidemia de disentería cuando se la creía completamente extinguida y esto despues de un largo lapso de tiempo. Lo mas comun es al fin del estío ó en seguida de éste ó poco despues de la epidemia, que el hecho se produce. Algunas veces, en localidades particularmente predispuestas, estas recrudescencias tienen lugar muchos veranos seguidos.

Algunos autores, como al principio se dijo, distinguen la disentería en tres variedades: esporádica, endémica y epidémica, asignándole á cada una, causas y condiciones casi propias, y otros, como Jaccoud, dicen que estas variedades no son sinó diferencias de grado de una misma y sola enfermedad. Liebermeister, sin rechazar ni aceptar este modo de pensar, dice: Se distingue habitualmente la disentería endémica y la disentería esporádica. Muchos casos relacionados á esta última no son por lo general mas que afecciones intestinales que no ofrecen mas que una semejanza muy superficial con la disentería verdadera. Otras se trata realmente de esta enfermedad y no se tiene en cuenta, sea porque dá lugar á una epidemia muy circunscrita, sea que los casos pretendi-

dos esporádicos no son mas que la última y tardía manifestacion de una grande epidemia anterior.

Entre nosotros se observa muy á menudo estas pequeñas epidemias, que por esto no son sin duda menos específicas que las grandes.

El Dr. Wernicke es de opinion con respecto al agente específico, que ni la amiba de la disentería (de Koch y Kartulis), ni alguno de los muchos bacterios que en la enfermedad se han observado, pueden ser considerados con *toda seguridad*, como los causantes de la misma.

Segun Liebermeister, el agente específico reclama para su desarrollo en el medio exterior, una temperatura elevada y un cierto grado de humedad. (1)

La enfermedad es sobre todo una enfermedad de los climas cálidos, y se produce endémicamente en las mismas regiones que la malaria.

En los climas templados, las epidemias se declaran con preferencia hácia al medio ó al fin del estio ó el otoño. Los frios por poco rigorosos que sean, generalmente hacen desaparecer la epidemia; pero cuando el invierno es muy suave, ésta puede prolongarse y es así como suelen observarse á veces las epidemias de invierno.

---

(1) Nada se sabe aún de positivo al respecto del agente específico de la disenteria.

Se encuentran en la superficie de las úlceras, micrococus, bacilus y espirilus; pero nada los distingue de los que viven al estado normal en el intestino.

En el tejido sub-mucoso edematizado, se ha señalado la presencia de micrococus dispuestos en forma de rosario y bacilus curvos. Estos han podido ser cultivados. Pero su presencia no es constante y nada indica que ellos sean los agentes especificos de la disenteria.

(Véase Cornil y Babés. «Los Bacterios», 2ª edicion, 1886).

No se sabe aún de una manera cierta porqué vias se hace la infeccion.

El aire parece ser el vehículo habitual del gérmen mórbido, pero se ha acusado, y probablemente con razon, al agua de bebida.

La disentería, que tan frecuentemente se observa en nuestra capital, en muchas de nuestras ciudades del interior y pueblos de la campaña de nuestras provincias, debe á mi modo de ver, ser atribuida en grandísima parte á las aguas estancadas de los pozos de que tan frecuentemente se está obligado á hacer uso. Estas aguas cuyos pozos están muchas veces próximos á las letrinas ó sumideros que sirven de receptáculo de toda clase de inmundicias ó hechos en terrenos pantanosos y húmedos, compuestos ó llenos de detrictos orgánicos, arrastran por filtracion ó imbibicion los agentes morbosos, que tantas víctimas causan en los habitantes que sin purificarlas debidamente se sirven de ellas.

Sobre este punto debe llamarse muy sériamente la atencion de las autoridades de los pueblos de campaña y aún de nuestra capital, para que dirijan su accion hácia estos recipientes de agua de mala calidad que probablemente, son el transporte en conjunto y uno de los principales medios de propagacion de los gérmenes disentéricos, tíficos y diftéricos, cuya tríade nosológica, en ciertas épocas, azota muchas de nuestras poblaciones.

El distinguido Dr. Enrique del Arca, cuya autoridad científica es bien conocida, anticipándose á estas ideas de que en parte soy deudor, opina

que, una de las principales causas de la disentería entre nosotros, es ó puede ser atribuida muy bien á la mala calidad del agua potable; y robustece estas ideas, el hecho de que mientras Viena se proveyó del agua del Danubio, la disentería hizo estragos en su poblacion, habiendo cesado ésta, desde que la provision del agua se hizo de fuentes mas puras, originadas en la pequeña montaña de Schncberg; hasta tal punto, de que hoy es excepcionalísimo observar un caso de disentería entre sus endemias.

Por otra parte, las mismas ó la mayor parte de las influencias que á título de causas adyuvantes se ejercen en el cólera, tienen una accion análoga en la disentería. Una de las causas ocasionales que mas parece favorecer la aparicion y la difusion de una epidemia de esta natraleza, es la aglomeracion de un gran número de individuos en malas condiciones higiénicas, como tiene lugar en las armadas en campaña, en los ejércitos, etc. Las causas ocasionales que llevan su accion sobre los individuos en particular, tales como alteraciones de régimen y los enfriamientos, tienen gran influencia.

La ingestion de frutas verdes ó mal maduras se considera con justa razon, como particularmente dañosa. Las fuertes oscilaciones de temperatura, las noches frias que suceden á dias muy calorosos, tienen ordinariamente por efecto determinar numerosos casos de la enfermedad.

La existencia de enfermedades anteriores y par-

ticularmente la tísis y el mal de Brigth, parecen aumentar la receptividad individual.

Hay algunas epidemias que demuestran que la disentería puede muy bien coincidir con el tifus abdominal; ejemplo: la que tuvo lugar durante la guerra de 1870 y 71 (franco-prusiana).

La enfermedad ataca á los dos sexos por igual y en todas las edades. La duracion de la incubacion parece ser muy corta, habitualmente de 3 á 8 dias, (Liebermeister).

Anatomía é histología normal.—Antes de ocuparnos de la anatomía patológica, y para darse cuenta y recordar bien el grado y asiento de sus lesiones y las complicaciones que puedan sucederle, es bueno recordar en breves palabras la estructura normal del intestino grueso.

Este intestino difiere del intestino delgado por su longitud, que no es mas que la quinta parte próximamente de éste, por sus abolladuras, por la disposicion de sus fibras longitudinales, y por su direccion, fijeza, etcétera.

Empieza en la fosa ilíaca derecha, por un ensanchamiento terminado en fondo de saco y que constituye el *cecum;* de aquí se dirige verticalmente hácia arriba hasta la vesícula biliar, se acoda en este punto para dirigirse transversalmente de derecha á izquierda, llega al nivel de la extremidad superior del bazo, se acoda de nuevo

para dirigirse verticalmente hácia abajo, llegando á la fosa ilíaca izquierda, en donde se contornea en forma de S ilíaca; de allí se coloca por la línea media en la pelvis para constituir el recto.

El intestino grueso, describe luego un círculo completo que rodea la masa flotante del intestino delgado; sin embargo, las porciones ascendente y descendente, están profundamente situadas por detrás de este intestino.

Se le reconocen tres porciones: el *cecum*, el *colum* y el *recto* (Tillaux).

El intestino grueso se compone de las mismas túnicas que el intestino delgado, es decir, de cuatro: *serosa*, *muscular*, *celular* y *mucosa*.

La túnica serosa peritoneal, está formada de células chatas y de tejido conjuntivo; la túnica muscular se compone de fibras lisas, las unas anulares y las otras longitudinales; la túnica celular ó sub-mucosa que se encuentra por debajo de la precedente, y por fin la túnica interna que es la mucosa. Estas dos últimas túnicas, celulosa y mucosa, presentan las particularidades siguientes: en la parte vecina á su superficie, la mucosa encierra glándulas en tubo análogas á las de Lieberkühn del intestino delgado, pero un poco mas largas; estas glándulas están reunidas por una trama fibro-vascular muy fina, y su epitelio cilíndrico se continúa con el epitelio de la mucosa. Por debajo de esta capa glandular, se encuentran fibras musculares lisas de tejido conjuntivo (túnicas celulosas) que por su extructura, es mas aná-

loga al tejido conjuntivo ordinario, que al tejido reticulado del intestino delgado.

La túnica celulosa está cruzada por ramas vasculares voluminosas, que forman al nivel del límite interno de la celulosa un plexo cerrado (llamado membrana de Dœllinger), de donde parten las ramas perforantes que van á colocarse entre las glándulas en tubo. Los linfáticos son mucho menos abundantes que en el intestino delgado.

Las fibras nerviosas sin mielina forman un rico plexo llamado el plexo mientérico de Auerbach, con grupos de células ganglionares, interpuestas entre los nódulos de las mallas. Este plexo está situado entre las fibras longitudinales y circulares de la túnica muscular. Un otro plexo en conexion con el precedente, está situado en el tejido sub-mucoso; este es el plexo de Meissner, provisto igualmente de gánglios. En los plexos, las ramas nerviosas son de un espesor muy variables. Estos son hazecillos de cilindro-ejes desnudos, unidos por una membrana delicada.

Anatomía patológica.—Las lesiones de la disentería tienen por asiento de predileccion el recto y la S ilíaca, y en los casos intensos, las lesiones invaden el intestino grueso en totalidad. Estas lesiones ofrecen grados diversos segun que la disentería sea ligera (esporádica de nuestros climas) ó grave (endémica y epidémica de los países tro-

picales, y aun esta última, de los templados); pero en el fondo tienen una completa analogía, y las estudiaremos pasando de la forma ligera á la grave, de la disentería aguda á la crónica.

Forma benigna.—Las lesiones se circunscriben al recto y á la S ilíaca. Desde el principio la mucosa es roja, engrosada, equimosada, y como mamelonada; el exudado mucoso amarillento, puriforme, y estriado de sangre análogo á las deyecciones que caracterizan este período de la disentería; presenta los relieves formados por los folículos linfáticos hipertrofiados. Al exámen microscópico los vasos de la capa glandular, aparecen túrgidos y rodeados por un tejido conjuntivo infiltrado de células embrionarias; las glándulas en tubo, están comprimidas y alongadas. La red vascular subyacente está igualmente rodeada por un exudado fibrinoso y por un tejido conjuntivo infiltrado de células embrionarias; los folículos cerrados tumefactos, infiltrados tambien de células linfáticas, forman eminencias en la superficie de la mucosa.

Las ulceraciones redondeadas foliculares, son debidas al reblandecimiento central y supuracion de los folículos; las ulceraciones mas extensas son debidas á la gangrena de la mucosa que no es suficientemente nutrida por la red vascular, que los elementos nuevos infiltran y comprimen. Una vez formadas, las ulceraciones se ensanchan y supuran, pero en los casos ligeros el proceso marcha rápidamente á la curacion.

Forma grave.—Las lesiones de la disentería grave son las mismas que acabamos de indicar,

pero con muchísima mas intensidad. La generalizacion de las lesiones alcanza á todo el intestino grueso, y muchas veces no respeta el intestino delgado. Las úlceras son extensas, profundas y exparcidas en todo el intestino grueso. En unas partes la mucosa se parece á un trozo de madera roido por la polilla (Kelsch); en otros casos está destruida á colgajos en una gran extension, y sobre la túnica celular no se encuentra mas que algunos grupos de glándulas en tubo, raros testigos de la mucosa esfoliada.

Las superficies ulceradas son rojizas, mamelonadas y recubiertas de un detrictos infiltrado de pus: el borde de las úlceras está cortado á pico.

La red vascular subyacente á la capa glandular (membrana vascular de Dœllinger), está infiltrada de elementos nuevos embrionarios y de fibrina coagulada; los vasos están dilatados é ingurgitados de sangre; sus paredes se han vuelto al estado embrionario; el tejido celular sub-mucoso se parece á un verdadero flemon extendido en napa por debajo de la capa glandular. Estas alteraciones vasculares reasumen la lesion principal de la disentería; el trabajo mórbido se concentra sobre la zona vascular de la celulosa, y sobre su expansion periférica en la mucosa, cuyo reblandecimiento trae por resultado las falsas membranas que se extienden de una pared á otra del intestino (Kelsch); de esto resulta, que la mucosa privada de los medios de nutricion, se necrosa en conjunto y se elimina en forma de colgajos y de escaras.

Las subyacentes á la capa glandular (túnica celulosa), están dos ó tres veces mas engrosadas que al estado normal; esta tumefaccion es debida á la replesion de vasos sanguíneos, á la ingurgitacion de los linfáticos y á la infiltracion del tejido conjuntivo; resulta de esto, espesamientos irregularmente diseminados que simulan una especie de mamelonamiento. La perforacion del intestino es muy rara, pero puede suceder y dar por consecuencia una peritonitis general; las cicatrices son una de las terminaciones á veces frecuente del proceso ulceroso; pueden por consecuencia determinar estrecheces y adelgazamientos del intestino, quedando sujeto por esto, el enfermo, á todas las inflexiones de la oclusion intestinal.

El íleon es á menudo alterado en las formas graves de la disentería, pues es el asiento de una enteritis catarral difusa; las glándulas de Lieberkühn están en parte reemplazadas por tejido conjuntivo embrionario, las paredes vasculares están transformadas en tejido nuevo, pero las alteraciones no alcanzan á la capa celular, siendo respetados los folículos de las glándulas de Peyer.

No es tan solo el intestino el que se altera en la disentería grave: los gánglios mensentéricos están tumefactos, inyectados y aún supurados; las *venas meseráicas*, suelen obturarse por coágulos que luego dan lugar á embólias simples ó pútridas, segun el estado del coágulo generador.

Existen infartos viscerales en los pulmones, hay reblandecimiento é hipertrofia del bazo (Burkart).

El hígado está congestionado y aumentado de volúmen. En los países cálidos, es frecuente la hepatitis supurada; si esta lesion fuese exclusivamente propia de las regiones cálidas podria considerársela con igual razon que la disentería, como efecto del clima; pero los abcesos del hígado seguidos de disentería, no son raros en nuestros países y por consiguiente es necesario ver en ellos un efecto inmediato de la enfermedad; la sangre de la vena porta está alterada por la sangre de la meseráica é irrita el tejido del hígado. Además los microbios que existen al estado normal en la superficie del intestino, son llevados por el torrente circulatorio al hígado, donde muy bien pueden y determinan los abcesos y supuraciones tan frecuentes de este órgano.

Disentería crónica.—La disentería crónica, y las diarreas crónicas de los países cálidos, presentan alteraciones análogas; las divergencias entre estos dos estados mórbidos existen sobre todo bajo el punto de vista sintomatológico.

En la disentería crónica la mucosa del intestino grueso está congestionada en partes; en ciertos puntos, hay pequeñas ulceraciones redondeadas, poco profundas, y de superficie oscura ó apizarrada. Estas ulceraciones tienen su asiento al nivel de los folículos cerrados: son la entrada de los orificios que conducen á las pequeñas cavidades. Estas cavidades ó depresiones foliculares, son elípticas ó redondeadas, están formadas de una ó de muchas fosas, conteniendo un mucus gelatiniforme que la presion no lo hace salir.

Es probable que este diverticulo folicular ocupe el lugar del folículo cerrado destruido.

El tejido conjuntivo sub-mucoso, el tejido conjuntivo que separa las capas musculares del intestino, y el tejido sub-seroso, están engrosados, fibrosos, esclerosados, de manera que el intestino tiende á transformarse en un canal de paredes rígidas.

En las diarreas crónicas de los países cálidos, esta transformacion alcanza tambien al intestino delgado.

Los alemanes (de cuya opinion participo), consideran las lesiones anatómicas de la *disentería específica*, con respecto á su patología general, en un todo idénticas al *crup* de la faringe y laringe, esto es: consistentes en una inflamacion crupal difterítica pronunciada de la membrana mucosa del cólon, con infiltracion de la sub-mucosa.

Cuando el exudado cubre la superficie de la mucosa enferma, en forma de pseudo-membranas, en capa contínua mas ó menos espesas, ó tambien diseminadas en puntos aislados en el vértice de los repliegues mucosos, constituye lo que los alemanes llaman disentería crupal; este exudado coincide frecuentemente con la ulceracion folicular.

Cuando el exudado invade las capas profundas haciéndose intersticial, constituye la disentería diftérica de los mismos autores.

Los análisis de la sangre, en los casos mortales, no concuerdan por abundancia de evacuaciones. Este líquido es negro, viscoso, semejante

á la brea, lo que es debido á la menor cantidad de agua que contiene. En este punto están conformes los autores, pero no sucede lo mismo respecto á la disentería grave. Para Masselot y Foliet, la alteracion de la sangre es la de todas las enfermedades espoliatrices: disminucion de fibrina, de albúmina y de glóbulos rojos en proporcion á la duracion del ataque; para Lehmann, glóbulos rojos y fibrina están en aumento, en la mayoria de los casos; en tanto que los elementos orgánicos del suero, y sobre todo la albúmina, están disminuidos; en cambio las sales existen en mucho mayor cantidad que la normal segun Œsterlen.

En resúmen, esta alteracion seria esencialmente una hidremia, perdiendo la sangre albúmina, fibrina y glóbulos, y conteniendo agua en exceso.

La presencia de bacterias en los materiales del intestino, autoriza á admitir su existencia en la sangre, si bien esto solo se refiere á la disentería grave.

Debo por último hacer notar que, como las lesiones que quedan descritas, he podido observarlas en todos sus periodos y en casi todas sus consecuencias; en las piezas que de la enfermedad se conservan en el museo de anatomía patológica de nuestra Facultad, en el Hospital de Clínicas, y que el profesor Dr. Susini me ha mostrado y cedido galantemente para estudiarlas. En dichas piezas he podido observar que las lesiones más profundas y extensas del intestino grueso, no solo existen al nivel del recto y del ciego en los cólons, sinó

tambien en los repliegues de los mismos; he podido observar tambien enteritis consecutivas á la disentería grave, en que la mucosa del intestino delgado es un semillero de pólipos, consecutivos á su reblandecimiento.

Sintomatología.—El cuadro sintomático de la disentería aguda, es extremadamente variable. Es muy difícil, ó casi imposible, hacer una descripcion que se aplique á la mayoría de los casos, pues la enfermedad es leve, de mediana intensidad ó grave, segun las causas más diversas ó diferentes, y sus formas clínicas son extremadamente numerosas (L. Colin). Más adelante haré una simple enumeracion de éstas.

En la forma ligera de la disentería, puede decirse que el *período prodrómico* falta, ó es tan poco marcado que pasa desapercibido. No existe sinó cuando la disentería ataca á las personas sanas, pero falta casi siempre cuando los individuos en quienes se desarrolla, padecen, por ejemplo, otra afeccion, tal como el impaludismo, el escorbuto, etc.

En este caso, los síntomas precursores son casi exclusivamente limitados á la diarrea llamada prodrómica; ésta no tiene duracion fija, ni caracteres objetivos bien precisos.

No sucede lo mismo en las demás formas. Así, en la de mediana intensidad, los síntomas característicos de la afeccion van precedidos durante algunos dias del antedicho *período prodrómico*, cons-

tituido por diarrea de abundantes evacuaciones de materias líquidas feculentas, al mismo tiempo que de malestar general, pérdida del apetito, cólicos y escalofrios acompañados á veces de una ligera reaccion febril.

Los cólicos que cada vez se hacen más intensos, preceden á cada evacuacion, apareciendo por fin los síntomas característicos: tenesmo, pujos, y deposiciones sanguinolentas. La duracion de este período varía desde algunas horas á dos ó tres dias, observándose á veces igual modo de invasion en la disentería epidémica, en que muchas veces el principio es *fulminante*, llegando en pocas horas el enfermo, al estado más grave. Estos casos ligeros y de mediana intensidad cuya duracion no excede de dos, cinco á siete dias, por lo general son apiréticos; habiendo fiebre en los demás casos, producida segun los autores, por las lesiones intestinales.

El tenesmo es, puede decirse, el síntoma dominante de esta enfermedad, pues él es casi contínuo.

Síntomas abdominales, caracteres de las deposiciones disentéricas.—En la disentería las materias expulsadas tienen caracteres claramente precisos. Estas cambian ó se acentúan segun la gravedad de la afeccion, y su descripcion debe hacerse subiendo minuciosamente esta escala de intensidad, desde su base hasta su cima.

¿No indica ya esto que en lugar de asignar variedades y formas á esta enfermedad, seria mejor considerarlas como grados de intensidad creciente

de la misma, producidos por la profundidad y extension de sus lesiones?

Al principio, las deposiciones prodrómicas con su aspecto bilioso se mezclan á las evacuaciones nacientes del período de estado. Despues son cada vez más viscosas, y aparecen en ellas grumos amarillentos estriados de sangre; luego la pigmentacion biliar desaparece así como el olor fecal; entonces, las deposiciones presentan el aspecto particular y característico del primer grado de la disentería aguda. Hasta el presente las lesiones anatómicas se reducen á la descamacion epitelial, las ulceraciones intestinales no se han formado aún; las evacuaciones se parecen á la clara de huevo, á los huevos de rana estriados, á veces de sangre, ó á los esputos del primer período de la neumonía de cuya viscosidad, trasparencia y tinte rojizo participan (es toes el comienzo de la esfoliacion de la mucosa), pero á medida que las lesiones del intestino progresan, las materias expulsadas se modifican y toman nuevo aspecto, pierden su viscosidad, se vuelven líquidas, semejantes al agua que resulta del lavaje de la carne; adquieren una fetidez creciente é intolerable; en medio de la serosidad nadan los detrictos, los colgajos de la membrana mucosa ulcerada *(raclures de boyaux)*. El exámen microscópico practicado, muestra que la estructura de estos colgajos es idéntica á la del intestino de que provienen,

Estos fragmentos de la pared intestinal, son más ó menos anchos; los unos ofrecen á veces un espesor de 2 á 3 milímetros constituidos por la mu-

cosa y la celulosa, en cuya cara profunda se nota á veces las estrias negruzcas, que no son otra cosa que las fibras de la túnica muscular.

Su anchura tambien varía; las unas son semejantes á vastas placas de muchos centímetros de extension; las otras tienen la forma de un *manchon* cuando la periferia del intestino ha sido simultáneamente interesada en totalidad, y arrojada en conjunto (*bloc*) de una vez.

Si la disentería tiende á agravarse, la fetidez de las deposiciones aumenta haciéndose insoportable. Muy frecuentemente estas materias contienen pus en gran cantidad, lo mismo que verdaderas materias fecales en trosiscos ó bolitas; y esto, durante el período de estado.

El número de evacuaciones varía, pero es siempre considerable y está en relacion con el grado de gravedad de la enfermedad. Se repiten por lo general, muchas veces por hora, y en los casos muy graves, los enfermos evacuan 50, 100 y 200 veces en las 24 horas. La cantidad de materias evacuadas pueden alcanzar á 3, 4 y 5 litros en todo el dia.

Dolores abdominales, cólicos, pujos, tenesmo.—Preceden ó acompañan á las evacuaciones, dolores abdominales intensos que afectan singulares caracteres de localizacion. Los pujos ó *falsas necesidades*, parten del hipogástrio, se extienden hácia arriba á lo largo del cólon ascendente, ganan el flanco izquierdo y descienden por la S ilíaca hasta el recto y el año.

Esta sensacion de torsion en extremo dolorosa, se

hace cada vez más abrasadora á medida que alcanza al ano; entonces provoca una necesidad insuperable de expulsion que persiste aún así mismo durante el intervalo de los pujos, de donde se origina un incesante y cruel deseo de evacuar.

Estos deseos son tan apremiantes que hacen creer al enfermo que va á arrojar una enorme cantidad de materias, y sin embargo, á costa de los esfuerzos más grandes y dolorosos no alcanzan sinó al volúmen de una cucharadita de café, cuando mas.

Este violento tenesmo, tan largo tiempo atribuido á la enérgica contraccion del esfínter del ano, es más bien debido á la violenta inflamacion de este conducto. Esta sensacion tan atrozmente penosa, mantiene al enfermo en contínuo movimiento de defecacion, aún en los intervalos de los cólicos. Estos cólicos violentos existentes sobre todo en el trayecto del intestino grueso, se extienden á veces alrededor del ombligo.

La palpacion del vientre es dolorosa, así como tambien todo movimiento provocado, de manera que el enfermo trata de inmovilizarse en lo posible, se acuesta casi siempre de lado, con los muslos flexionados sobre el abdómen, sin movimiento; á un período más avanzado, el vientre se escava ó tiende á escavarse, y á consecuencia de esto, los autores pretenden que pueden reconocerse por la palpacion, las abolladuras del intestino grueso, sensibles sobre todo en el flanco izquierdo, debidas á la tumefaccion desigual de la túnica celulosa.

El esfínter del ano poco á poco se relaja, el enflaquecimiento se acentúa rápidamente, el ano bean-

te parece formar eminencia hácia afuera de las fosas isquiorectales; se puede entonces constatar al través del ano, las ulceraciones de la mucosa de la extremidad inferior del intestino grueso (L. Colin).

Síntomas generales.—Aparte de las principales formas que en breve enumeraremos, los síntomas generales son casi banales. Generalmente, y sobre todo al principio la fiebre es poco marcada, la cefalalgia poco intensa, las secreciones están disminuidas, las orinas son muy raras y escasas y emitidas gota á gota.

Mas tarde la boca se seca, la lengua se despoja y enrojece, la sed viva, la orina suprimida, la voz se extingue, y las extremidades se enfrian.

La exageracion ó ausencia de estos síntomas, su asociacion entre sí ó con fenómenos debidos á otra afeccion concomitante, constituyen lo que se llama las diferentes formas clínicas de la enfermedad.

Formas clínicas de la disentería.—Disentería benigna.—Aunque al principio de este capítulo queda descrita esta forma, la recordaremos en algunas palabras: se llama tambien disentería blanca, y su principio brusco se manifiesta por diarrea más ó menos abundante, con ó sin cólicos. Las deposiciones de coloracion gris amarillento, son en conjunto raramente muco-sanguinolentas. Se manifiestan al mismo tiempo síntomas de embarazo gástrico ligero. Estos fenómenos se acentúan dos ó tres dias despues del principio, y las deposiciones alcanzan á la cifra de 20 á 60 en las 24 horas; tienen entonces el aspecto de los huevos de rana, están mezclados con sangre en cantidad variable. Hay

momentos que cambian de carácter, haciéndose serosas ó sero-biliosas. Despues de manifestarse estos síntomas, el período de estado dura de 8 á 15 dias; y la detencion se anuncia, los cólicos disminuyen, las deposiciones son mas raras, el apetito renace, y las fuerzas vuelven rápidamente.

Forma inflamatoria.—Esta está carácterizada por una fuerte reaccion febril.

Parece ser debida á «la potencia reaccional del organismo atacado», siendo de interpretacion diferente para numerosos autores. Annesley y Cambay, la toman como signo de disentería flegmonosa, pero parece errónea esta opinion que L. Colin rechaza enérgicamente.

Forma biliosa.—Esta forma es generalmente precedida de diarrea biliosa: el enfermo tiene la boca amarga, ha perdido el apetito, tiene náuseas, y á veces vómitos biliosos. Las conjuntivas, la mucosa sub-lingual toman un tinte sub-itérico. La fiebre es muy intensa.

Forma hemorrágica.—Es necesario comprender bajo este nombre á la vez los casos en que hay exageracion del flujo sanguíneo disentérico, y los que están caracterizados por hemorragias múltiples y graves, que tienen por asiento no solamente el intestino, sinó otras mucosas, el tejido celular, la piel, etc. El enfermo presenta epístasis profusas, equimosis, y manchas purpúricas. Estas hemorragias se acompañan generalmente de síntomas tifóideos, de fiebre elevada y alteraciones nerviosas.

Forma tifóidea, adinámica y atáxica.—Caracterizan aún la *forma maligna* de la disentería.

Esta forma se desarrolla en ciertas condiciones; ataca primeramente á individuos debilitados por una causa cualquiera, entecados, ó sometidos á todas las consecuencias de la miseria y la aglomeracion. Debe luego su gravedad al deterioro profundo del organismo que ella ataca.

El movimiento febril se acentúa rápidamente despues del principio de la enfermedad, la fiebre toma el tipo contínuo ó remitente, acompañado de escalofrios repetidos. La lengua se seca, las fuliginosidades cubren los dientes y el aliento se vuelve fétido.

Aparecen rápidamente fenómenos cerebrales, el vientre muy doloroso se meteoriza, vómitos frecuentes revelan á veces la existencia de una peritonitis intercurrente.

Esta forma se complica á menudo con ántrax, abcesos, escaras del sacro y region glútea. Termina casi siempre por la muerte (Kelsch y Kiener).

Forma álgida coleriforme.—Desde el principio esta forma es grave. Las evacuaciones cambian rápidamente de carácter, se hacen fétidas, hemorrágicas, y contienen colgajos gangrenosos. Los cólicos se atenúan ó cesan, el tenesmo anal persiste con parálisis del esfínter y ano beante.

El enfermo se encuentra con extrema debilidad, con pulso pequeño, corazon blando y lipotimias frecuentes; se cubre de sudores, cae rápidamente en el colapso ó muere.

Esta forma puede ser aún mas acentuada y simular mas de cerca el cólera.

Forma gangrenosa.—Es una de las formas mas

graves. Los síntomas que la caracterizan son fácilmente apreciables. Todos los síntomas se encuentran al máximum: cólicos, disuria, neuralgia sciática, neuralgia del cordon, etc. Las deposiciones tienen carácter especial, el ordinario de la gangrena.

Con la aparicion de los síntomas de la gangrena, la temperatura comienza á decrecer empezando por las partes periféricas, piés, manos, cara, etc.

Esta forma se observa mas bien en los países cálidos; entre nosotros es rara.

Forma reumatismal.—Esta forma que ha sido observada en todos los tiempos y que Charcot hace una descripcion especial de ella, es considerada por algunos (Stall), como el reumatismo del intestino.

Las manifestaciones articulares del reumatismo en la disentería, aparecen en épocas diferentes: ya en la primera semana, ya mas raramente en la segunda, ya mas generalmente despues de la curacion, en los primeros dias de la convalecencia ó mas tarde.

Es imposible en un trabajo como este dar una descripcion detallada de esta forma que es muy interesante, pero me detengo aquí por no dar vastas proporciones á esta tésis. Por la misma razon no hablo de las formas asociadas de la disentería, que el mismo Charcot describe en su interesante y reciente tratado de medicina (1892), de donde tomo estos datos.

Marcha, duracion y terminacion de la disenteria aguda.—Varían muchísimo, pero daremos estas cifras medias: forma benigna, de 2 á 5

y 7 dias; idem mediana, de 8 á 10 dias; idem grave, de 20 á 25, en los países templados.

En los países cálidos la muerte viene en 1, 2 ó 3 dias, habiendo tambien casos fulminantes. Algunas veces la enfermedad pasa al estado crónico.

Disentería crónica. —La forma crónica se origina de diferentes maneras: 1º. Puede suceder á una de las formas graves ó benignas, y sobre todo á las *recidivas* de la disentería aguda; no puede precisarse el momento en que se hace crónica, pero mas ó menos se admite que es dos meses despues de empezar la forma aguda; 2º. La enfermedad es de su orígen crónico: en los palúdicos, escorbúticos, y debilitados por la edad ó la miseria; 3º. Disentería latente con úlceras solitarias, (Kelsch y Kiener).

La enfermedad se frustra y no se revela sinó cuando una enfermedad intercurrente trae la muerte; la autopsia entonces permite constatarlo.

Complicaciones.—La complicacion típica de la disentería, son los abcesos del hígado que no son raros entre nosotros. Despues vienen la perforacion intestinal, peritonitis aguda, parcial ó general; parálisis del movimiento, de la sensibilidad, etc., y cicatrices del intestino.

Diagnóstico.—Este no ofrece dificultad en la disentería aguda; basta ver las deposiciones, etc.

Es necesario señalar un error posible con la enteritis pseudo-membranosa, y la tuberculosis rectal.

Con los pólipos del recto y las hemorroides tampoco es difícil.

Con la diarrea crónica tampoco, porque en ésta no hay sangre ni tenesmo.

Pronóstico.—El pronóstico muy variable depende de la fuerza y resistencia del enfermo, y sobre todo, de la *rápida intervencion de un tratamiento apropiado.*

Las recaídas agravan el pronóstico, siendo difícil que haya afeccion en que sean mas frecuentes; las recidivas constituyen la regla.

Tratamiento.—Éste debe dividirse en profiláctico y curativo.

Tratamiento profiláctico.—Siendo la disentería una enfermedad infecciosa, contagiosa y epidémica, la profilaxia debe dirigirse á estos tres elementos.

Para evitar la infeccion debemos tener en cuenta el rol considerable que juega el agua potable de mala calidad, como medio de infeccion. Para esto la filtracion y ebullicion se imponen en todas las localidades en que reina la disentería normalmente; la ebullicion del agua parece ser la razon principal de la inmunidad que gozan los viajeros que atravieson países insalubres.

El régimen alimenticio debe ser vigilado: excluyanse los alimentos indigestos, pan y tocino salados.

Es muy importante, y algunos médicos militares europeos insisten mucho sobre este punto:

proteger los soldados contra los bruscos cambios de temperatura, y sobre todo contra el frio de la noche.

Esto debe muy bien tenerlo presente nuestro gobierno y nuestro cuerpo médico militar para proteger á nuestros soldados tan desamparados en este sentido.

Me consta que en las últimas maniobras militares efectuadas últimamente en el Talar de Pacheco, muchos enfermos (que no eran pocos) de los que allí habia, lo eran de disentería (se recordará la penosa marcha que hizo la tropa, en la terrible noche de tormenta, de viento, lluvia y frio, anterior al encuentro: se reunieron á las mil maravillas, las condiciones requeridas para el desarrollo de la enfermedad).

La infeccion del suelo por las materias fecales, así como los focos pútridos locales, deberá ser suprimido y vigilado en absoluto,

En los hospitales debe desinfectarse los vasos de noche, lienzos y ropas que sirven al enfermo, lo mismo que los particulares.

El régimen alimenticio debe ser: caldo, leche y huevos en los casos agudos; y en los crónicos, leche en absoluto.

Tratamiento curativo.—Muchas medicaciones han sido usadas y aconsejadas en esta enfermedad, optando unos por la *antiflogística*, otros, por la *antidiarréica* ó *astringente*, otros por los *calmantes* solamente, otros por los *antisépticos* y entre éstos en primera línea, las sales de mercurio, especialmente el calomel al vapor que es purgante

y antiséptico á la vez, el naftol, salol, etc. y por último otros, por la *sustitutiva* ó *evacuante;* estas dos y sobre todo esta última, son las que yo prefiero.

Deben evitarse, entre los purgantes, aquellos que tengan una accion irritante sobre la mucosa, optando Dujardin-Beaumetz, por los salinos y colagogos; debe preferirse los segundos.

El calomel, como queda dicho, es uno de los medicamentos mejores que como purgante puede y debe emplearse sobre todo en los niños. En el adulto puede emplearse de dos maneras: á dósis masivas, 50 centígramos á 1 gramo; ó bien á dósis fraccionadas, 20 á 30 centígramos, por paquetes de 25 miligramos cada uno, cada hora.

En los casos rebeldes y en los niños puede darse asociado al ópio, teniendo cuidado de vigilar la pupila para prevenir la intoxicacion por este último.

El medicamento *heróico* y por excelencia eficaz en esta enfermedad, es la *ipecacuana:* no hay ningun medicamento que hasta hoy pueda sustituirla, pero ni remotamente; debe aplicarse la ipecacuana en *cualquier momento del transcurso* de la enfermedad, pero *cuanto mas pronto mejor,* y aún en todas las edades (si me es permitida esta opinion), asociada al ópio en dósis apropiada y sujeto esto á una vigilancia prolija.

Algunas recientes observaciones clínicas que me son propias en este sentido, me autorizan (si se me permite, repito), á pensar de esta manera; y en apoyo de mi opinion traigo con satisfaccion lo

que Charcot en su tratado de medicina reciente, dice á este respecto: «que la ipecacuana juega en la disentería, el mismo papel que la quinina en la fiebre intermitente.»

Este autor aconseja administrarla segun el método brasilero que no expongo por ser bien conocido, y que se toma hasta que las deposiciones aparezcan tintadas de amarillo por la bilis.

Este método es complicado y se prefiere á menudo el de Delioux de Savignac: 4 gramos ipecacuana en polvo hervidos por 5 minutos en 300 gramos de agua, agregándole 30 gramos jarabe de ópio y 30 gramos agua de canela, y tomándola por cucharadas cada hora.

Esta pocion debe ser tomada en las 24 horas.

En mi modestia de principiante y aprovechando de ensayar los conocimientos adquiridos en nuestra escuela, he querido por observacion propia apartarme de estos dos métodos, y he tomado dósis que estuvieran en relacion del enfermo y de la enfermedad, es decir: de la edad y de la mayor ó menor resistencia del organismo del enfermo, así como de la intensidad de su enfermedad; y los resultados fueron satisfactorios; 30, 50 y 80 centígramos; 1, 2, 3 gramos, etc., de raiz de ipecacuana, en infusion de 100, 150 gramos de agua con 20, 30 ó 50 gramos de jarabe de ópio; he ahí una forma excelentísima para su administracion, tomando los niños una cucharadita, y los adultos una cucharada cada 2, 3 ó 4 horas, segun la tolerancia gástrica de cada organismo, y hasta que desaparezca la sangre de las deposi-

ciones. Es un método muy cómodo y que debe ser empleado.

Se ha propuesto últimamente en Francia, sustituir la ipecacuana por la *alanta glandulosa* ó *vernis del Japon:* 20 á 48 gramos de la raiz fresca con 5 cucharadas de agua, contusadas en un mortero; se exprimen al través de un lienzo y el líquido que resulta, se toma por cucharadas.

Dán tambien buenos resultados las enteroclísis tanificadas y boricadas, etc., así como tambien y sobre todo en la disentería crónica, las enemas de nitrato de plata, á la dósis de 5 á 10 centígramos, en 120 gramos de agua destilada para los niños; y 25 á 50 centígramos en 200, para los adultos.

Cuando esto verificado así no dá resultado en la disentería crónica debe recurrirse á la cirujía, y practicar, segun opinion del Dr. Wernicke, un ano contra-natura al nivel del ciego, para de este modo poder lavar bien la mucosa del intestino enfermo. Esto me parece de mucho valor, y es un buen recurso.

Observaciones clínicas

I

Fortunata Pasamane, 77 años, austriaca, viuda, lavandera, de antecedentes paternos é individuales buenos; es robusta y solo recuerda haber tenido una enfermedad del aparato digestivo hace 6 años.

El 26 de diciembre próximo pasado, fué atacada de fuertes dolores de vientre que ocupaban la parte derecha é izquierda, y fueron seguidos de diarrea profusa.

A los dos dias la diarrea se tornó sanguinolenta con dolores y pujos.

Despues de un purgante (pocion angélica) el exámen revela lo siguiente: Boca: aliento algo fétido, lengua saburrosa, ancha, aplanada, pastosa y húmeda. Vientre: la palpacion acusa dolor en el trayecto del intestino grueso y se apercibe algo la tumefaccion de éste. Los dolores son punzantes y cuando se comprime, son insoportables, principalmente en el izquierdo. Orina escasa, hay disúrea. Todos los demás aparatos funcionan bien.

La medicacion instituida fué: infusion de menta con bicarbonato de soda, jarabe de anís y láudano de Sydenham 2, en vehículo de 200, á cucharadas cada 2 horas. Alimentos, caldo y leche.

El resultado fué nulo con esta medicacion.

Dia 3:—Se notó solo algun alivio en la frecuencia de los dolores, pero su intensidad era mayor. Las deposiciones de 20 á 50 y 60 en las 24 horas, son escasas, con sangre, serosidad y detrictos membraniformes, son bastante fétidas. Pulso algo débil; no hay fiebre.

Dia 4:—Como el dia anterior. A tomar pocion tónica de Jaccoud.

Dia 6:—Sin mejoría y mas bien reagravacion de la enfermedad. Se sustituye la medicacion por una infusion de ipecacuana 4 en 150, con 50 de jarabe de anís y 2 gramos de láudano Sydenham; á tomar una cucharada cada 2 horas. Esta medicacion duró 3 dias y produjo el resultado satisfactorio que se deseaba: disminucion de los dolores, idem de las deposiciones, cesacion de la sangre, etcétera.

Dia 8:—Suspension por la noche de la ipecacuana, dejando á tomar solo la pocion de Jaccoud.

Dia 9:—Aplanamiento de la enferma, aspecto tífico en su fácies, mirada vaga, ojos hundidos, lábios secos y esfoliados; lengua saburrosa, seca, oscura y fuliginosa, aliento fétido; vientre meteorizado, dolorido en las regiones enfermas; diarrea con gran fetidez color oscuro-amarillenta, 10 á 12 veces por dia.

Pulso rebotante, frecuente, pequeño y débil (110); con fiebre 39 $^{1}/_{2}$°.

Indicacion, una pocion de: agua gomosa 120, naftol β 2, salicilato bismuto 5, antipirina 2,50,

glicerina pura y jarabe de tolú aa 20; á tomar cada 2 horas una cucharada.

Dia 14:—Mejoría casi completa de todos los síntomas.

Dia 16:—Fué dada de alta completamente curada. Vive en los suburbios del pueblo de San Martin.

II

B. C., de 56 años, casado, militar. Antecedentes paternos desconocidos; idem individuales: alcoholista, reumático y aórtico, con frecuentes ataques de edema pulmonar y abundantes hemóptisis; se enfermó el 18 de febrero próximo pasado con diarrea y dolores de vientre en los dos lados, y fué visto recien el 24.

Exámen:—Tiene el vientre hinchado, dolorido en toda su extension: palpándolo no soporta la mas ligera presion, principalmente en el trayecto de los cólons, sin lanzar gritos amargos.

Evacua á cada instante y el producto es de pura sangre en la que nadan infinidad de gotitas de un cuerpo graso: tienen olor nauseabundo. La lengua saburrosa, algo seca y negra; sed devorante y sudores abundantes, sin fiebre; pulso pequeño.

Tratamiento: medicacion astringente.

Dia 25:—El estado en general mas grave; su fisonomía desencajada, pálida; sus extremidades frias; aparicion de reumatismo muscular, pues la mas ligera presion llevada sobre cualquier punto

de su cuerpo le hacia lanzar ayes desgarradores. Las deposiciones no son tan sanguinolentas, si bien en el mismo número.

Tratamiento: píldoras de 10 centígramos, cada una de polvos de Dower, con naftol β 5 centígramos, á tomar cada 2 ó 3 horas una; además pocion tónica de Jaccoud.

Por la noche del mismo dia, pequeña calma, con alguna disminucion en las evacuaciones.

Dia 27:—Profundo cambio en el enfermo, fisonomía sin expresion vivaz, pálida, abatida; modificados los pliegues nazo-genianos, ojos hundidos, mirada vaga, sin expresion; entorpecimiento de la palabra, voz débil, ronca y chillona; torpeza de la inteligencia: habia habido fiebre elevada, pero en ese momento era de 38°; sin embargo de que el enfermo no podia soportar el calor. La lengua seca, mucha sed, aliento sumamente fétido.

Las evacuaciones frecuentes sin sangre se componen de un detrictos semilíquido, oscuro-amarillento, súcio, y con un olor insoportable.

El enfermo no puede moverse.

Tratamiento: tónicos y estimulantes; se suspenden las píldoras.

Dia 28:—Despues de una calma engañosa apareció el colapso precedido de un delirio tranquilo, con relajacion de los esfínteres, amaurósis completa, pérdida incompleta del conocimiento, respiracion lenta, corta y superficial; pulso filiforme, etcétera.

En estos momentos de la observacion noto

fuerte congestion de la cara traducida por un color rojo subido, al mismo tiempo que las pupilas fuertemente contraídas.

Tratamiento: un estimulante difusible. Terminó por la muerte, del 2 al 3 de marzo. (1)

III

Francisco Frecero, de 16 años, argentino y de constitucion robusta, se ocupa en trabajos de campo.

Hace 7 dias, esto es, el 19 de febrero, fué atacado de diarrea, primeramente fecaloidea y despues muco-sanguinolenta, con fuertes dolores de vientre, pujos y gran sed.

No ha tenido escalofrios, ni fiebre, ni vómitos, ni dolor de cabeza.

El dia 26 el enfermo presenta: gran sudor sin fiebre, pulso 100, mucha sed, lengua saburrosa y húmeda; el vientre dolorido en los flancos, sobre todo á la presion, en el trayecto de los cólons; fuertes dolores vesicales; orina escasísima, gran disúrea desde el dia anterior; deposiciones 28 á 30 por dia, grumosas y sanguinolentas.

Tratamiento: infusion ipecacuana 1,50 en 150 gramos de agua, con 50 gramos de jarabe de ópio, para tomar á cucharadas cada 2 ó 3 horas.

Régimen: caldo y leche.

---

(1) Este caso pertenece á la clínica civil del Dr. Casullo, que se hizo cargo del enfermo el dia 24, asistiéndolo hasta entonces otro médico.

Fué dado de alta curado, el 29 de febrero. (Vive en San Martin.)

IV

Valeria Victoria Salguero, de 29 años, soltera, argentina, es de constitucion débil.

Antecedentes paternos buenos; idem individuales como siguen: se resfria á menudo; ha sido muy perseguida por las bronquitis y padece de anginas frecuentes; padece de enfisema crónico del vértice de los pulmones, habiendo tenido en diciembre una bronquitis.

Padece de jaqueca y amigdalitis crónica.

El 28 de febrero se levantó de la cama con fuertes dolores en el lado izquierdo del vientre, acompañados de diarrea (7 á 10 deposiciones).

El dia 29, la diarrea cambió su carácter en mucosanguinolenta, con pujos y dolores intensísimos en el trayecto de los cólons.

Despues de un purgante de calomel 1 gramo, el exámen acusa lo siguiente: fácies pálida, boca un poco seca y lengua saburrosa; vientre sin aumento de volúmen es doloroso, sobre todo á la presion sobre los cólons ascendente y descendente, predominando al nivel del ciego y la S ilíaca. La palpacion dá una sensacion de dureza en el trayecto indicado; no hay gorgoteo; las deposiciones de 20 á 30, son bastante sanguinolentas. No hay fiebre y el pulso late 100 veces por minuto.

Tratamiento: infusion ipecacuana 2 en 150, y jarabe de ópio 50; á tomar por cucharadas cada 2

horas. Tópico al vientre, alcohol alcanforado, cloroformo, bálsamo anodino, 100, 15 y 20 respectivamente.

Régimen: caldo y leche.

Dia 1º. de marzo:—Mejoría casi nula: alguna calma en la frecuencia é intensidad de los dolores; las deposiciones que habian aumentado á 40, disminuyeron á 36; el calor del vientre aumentado; los dolores por intervalos son terribles; hay fiebre (38º), gran sed y postracion marcada.

Indicaciones: hielo al vientre, pocion tónica de Jaccoud á tomar; y 2 gramos de antipirina en 6 sellos, para tomarlos en las 24 horas.

Dia 2:—Alguna calma en todos los síntomas; sigue hasta el dia 6 con la misma medicacion y mejorándose.

Este mismo dia 6 sobrevinieron fuertes vómitos persistentes, con acerbos dolores en el estómago; se suspende la ipecacuana y se administra una pocion Riverio de bicarbonato de sodio y con morfina, lo que calmó junto con el hielo sobre el estómago, estos dolores y vómitos.

Hay fiebre y sigue tomando antipirina adicionada con 15 centígramos de naftol en cada sello.

A la tarde del mismo dia se manifiesta un doloroso tenesmo vesical y disúrea que se modificó con la aplicacion del hielo á la region.

Esta enferma fué dada de alta el 5 de marzo completamente curada. (Vive tambien en San Martin.)

V

Con la misma medicacion de ipecacuana en dósis adecuadas y alternadas con la antipirina y el naftol, etc., cuando ha sido necesario y precedida, de preferencia en los niños, de un purgante de calomel al vapor y aceite de castor, fueron curadas: Angela Pozzi, de 10 años, el 11 de abril; N. A., de 7 años, el 21 del mismo; Maria Perotta, de 7 años, el 22 del mismo; y varios otros cuya historia no se levantó y que alcanzan al número de 12 á 14.

La desinfeccion de las deposiciones, etc., se hizo en todos los casos (aquellas antes de arrojarlas), con una solucion al 1 °/₀₀ de bicloruro de mercurio.

Julio 11 de 1892.

MANUEL A. ROUCO.

Buenos Aires, Julio 13 de 1892.

Pase á informe del Sr. Académico Dr. Wernicke y Catedráticos doctores Penna y M. V. Quiroga.

M. Gonzalez Catan.

L. de la Cárcova,

Secretario.

Señor Decano:

La Comision en su sesion de hoy ha resuelto aceptar la presente tésis.

Buenos Aires, Agosto 5 de 1892.

R. Wernicke.

José Penna.

Marcial V. Quiroga.

Buenos Aires, Agosto 8 de 1892.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deberá sostenerse en acto público, ante la Comision Examinadora respectiva, en la próxima época hábil.

M. Gonzalez Catan.

L. de la Cárcova,

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histología—Piel.
Fisiología—Vaso-motores.
Anatomía topográfica—Region femoral anterior.
Patología general—Exámen de los esputos.
Materia médica y terapéutica—Opio.
Higiene—Cremacion.
Anatomía patológica—Lesiones intestinales de la fiebre tifóidea.
Patología externa—Hernias inguinales.
Patología interna—Fiebre aftosa.
Oftalmología—Entropion.
Obstetricia—Ruptura del útero.
Medicina legal—De los enagenados ante la ley civil.