2271

AÑO 1910. N.º 2155.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DISENTERIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO A. SALOVICZ

EX - PRACTICANTE DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

EX - PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL CARIDAD (ROSARIO)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

DISENTERIA

AÑO 1910. N.º 2155.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DISENTERIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO A. SALOVICZ

EX - PRACTICANTE DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

EX - PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL CARIDAD (ROSARIO)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic.
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoologia Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringologica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito urinaria	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DOCTOR RICARDO S. GOMEZ

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

Y

A LOS MIOS

A MI ESTIMADO AMIGO:

MAXIMO VILLAFAÑE

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con el último requisito que reclama las disposiciones de la Facultad, para optar al grado de doctor, presento á la consideración de ustedes este modesto trabajo sobre Disenteria, tema que si no es nuevo, ha sido, sin embargo, poco tratado.

Al retirarme de las aulas de esta Escuela, cumplo con el grato y sagrado deber de agradecer á mis maestros las sabias lecciones que me habéis dado, como asimismo haber inculcado en mi espíritu el amor al estudio y al trabajo.

Al doctor Ricardo S. Gómez, que me hace el honor de acompañarme en este acto, mi profunda gratitud.

Al doctor Bartolomé Vasallo, á cuyo lado he ad-

quirido los conocimientos que poseo en cirugía, mi eterno agradecimiento.

Mi reconocimiento para mis profesores y, especialmente, á los doctores Juan B. Señorans, Angel M. Centeno, Justiniano Ledesma, Ignacio Allende y Felipe Justo.

Mi gratitud al doctor Julio Méndez, que fué el que me sugerió este trabajo.

A los míos y á mis amigos, especialmente á mi estimado Máximo Villafañe, que supieron con sus consejos alentarme y hacer que no desmayara en la ardua tarea hasta llegar á la feliz realización de mi carrera, mi más sincero cariño, amistad y aprecio.

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS

CONSIDERACIONES HISTORICAS

La disenteria, nombre compuesto del griego, que quiere decir dificultad, flaqueza del intestino.

Conocida esta enfermedad desde los albores de la medicina, pues Hipócrates la denominó Ulceratio i ntestinorum, después fué vista y descrita por Alpinus, Galeno, etc., bajo el nombre de Ulcus intestinorum, Tomina por Celso, Aurelianus, Plinio, etcétera ; hasta época más reciente, en que fué conocida bajo el nombre de Enteritis ó Entero colitis de Broussais, colitis específica de Rostan.

La disenteria fué largo tiempo considerada como una fiebre, fiebre intestinal para Sydenham, para Pringle que la estudia más tarde era una descomposición pútrida de la sangre ; Zunmerman la clasifica de fiebre pútrida ;para Stoll fiebre reumatismal, dando como etiología el frío.

Bien pronto los trabajos de Ammesley, los trabajos anátomo-patológicos hechos seriamente, las observaciones de epidemias en Francia en 1843 por Follet, Maselot, la del 48 por Colin, vienen á caracterizar netamente á la disenteria.

Las ulceraciones intestinales, las seudo-membranas, la gangrena son reconocidas y descritas.

Después las observaciones de los médicos de las colonias, que la ven en Argelia en los años 1850 al 52 y 1868, dan descripciones minuciosas de la forma gangrenosa (Dutroulan).

La especificidad de la disenteria bien vista por los clínicos fué negada por los anatomo-patologistas hasta Heubuer, qu eda una descripción esquematica de las lesiones histológicas; Cornil, Ranvier, Kelsch, dan en seguida descripciones clínicas concluyentes.

Esta enfermedad está repartida en todo el orbe, pero principalmente en los países cálidos: Indochina, Brasil, Cochinchina, Antillas, donde se manifiesta con mayor intensidad, ya sea en forma epidémica, endémica ó esporádica.

En nuestro país se observa con poca frecuencia, bien sea porque la temperatura ambiente no es tan elevada ó por encontrarse en mejores condiciones con respecto al agua, que es la principal fuente de propagación y contaminación, pues los casos obser-

vados en nuestros hospitales son sujetos que han contraído su dolencia en el extranjero, siendo alojados en servicio de clínica médica ó quirúrgica sin ellos saber que es lo que tenían.

Esta enfermedad azotó varias veces en forma epidémica grave en los campos de batalla entre los años 1792 á 1815, durante las guerras del imperio, después en Alemania, Bélgica y América del Norte en el año 1846 al 47, siendo la disenteria, después de la fiebre amarilla, la que más víctimas produce en las Antillas y el Brasil.

DEFINICIÓN

DEFINICION

Definir la disenteria es difícil, pues los clínicos que se han dedicado á su estudio la definen diciendo : que es una inflamación del intestino grueso caracterizado por cólicos, tenesmo y deyecciones, conteniendo muco, pus y sangre.

Para Charcot la disenteria es una enfermedad infecciosa, endemo-epidémica, contagiosa, caracterizada anatómicamente por una inflamación ulcerosa del intestino grueso, y clínicamente por alteraciones particulares de las deyecciones y por cólicos intestinales.

El doctor Almeida Couto da la siguiente definición, que nos parece la más acertada, pues pone de relieve todos los fenómenos por que pasa la enfermedad, diciendo : Disenteria es una colitis ulcero-

membranosa de naturaleza infecciosa, apirética ó febril, caracterizada por cólicos, tenesmo, expulsión de materias mucosas, sanguinolentas, y que es esporádica, epidémica ó endémica.

ETIOLOGÍA

ETIOLOGIA

La etiología es objeto de grandes discusiones, pues si algunos aceptan la amiba como productora de la enfermedad, otros dicen que se trata de un bacilo que pudiera ser el de Shiga, descubierto por dicho autor en el laboratorio del doctor Kitasato, en la epidemia disentérica del Japón del año 1899.

Sin embargo, la presencia de amibas en las mucosidades de los disentéricos de Cochinchina había sido notada por Calmette, después por Métun, pero hasta estos últimos años la verdadera significación patológica de estos protozoarios habían sido desconocidos, y hay que llegar á los trabajos recientes de Billet, Lesage, Vincent y Dopter; para encontrar admitida la naturaleza amibiana de la mayoría de los casos de disenteria de los países cálidos. Lesage, en particular, estudiando las mucosida-

des disentéricas, señaló al principio la presencia de amibas que obteníad ifícilmente sobre gelosa lavada, culturas consideradas primitivamente como perteneciendo á la entamoeba histolytica. Esta especificación no pudo ser confirmada, los pequeños quistes descritos por Schaudin en la entamoeba histolytica en cincoc asos de disenteria provenientes de la China, Egipto y Siam y de los cuales ninguna ilustración nos había sido dada, parecían distintos de los quistes obtenidos en las primeras culturas de Lesage.

Estos ensayos de cultura han tenido al menos la ventaja de mostrar la posibilidad de cultivar amibas, partiendo de las mucosidades disentéricas desecadas, es decir, conteniendo verdaderamente quistes ; Lesage ha podido realizar culturas 7 veces sobre 30 ensayos.

Poco tiempo después Brau señala en las aguas de alimentación de Saigon la presencia en gran cantidad en la estación de las lluvias de una ameba que él podía cultivar por el procedimiento Musgrave (de Manila), en caldo peptonizado, pero él no osaba afirmar con certeza si se trataba de una amiba, ofreciendo los carateres de la entamaeba histolytica.

Por su parte, Gauducheau, en Tonkin, aisla de las materias disentéricas y de las aguas, una amiba

incapáz de reproducir la disenteria en el mono, pero cuyos caracteres recuerdan mucho las amibas cultivadas por los sabios de Manila.

Por el método de fijación de Shaudin al sublimado, al alcohol acético (alcohol absoluto 1, sublimado á saturación 2, ácido acético puro gotas), seguido de la doblec oloración á la hematoxilina picrica-eosina, se puede seguir de cerca el ciclo evolutivo de las amibas de cualquier origen. Este método de coloración ha sido empleado conjuntamenbte con la coloración de Giemsa ó Laveran para el examen de cortes de intestino disentérico, después de la fijación al alcohol absoluto, al alcohol formol, al Flemning ó al sublimado acético.

Como causas predisponentes tenemos los calores, la estación de las lluvias, las guerras y las condiciones individuales ; el profesor Bouchardat cree en las variaciones bruscas de temperatura.

Influyen también las malas condiciones higiénicas en que se hallan los sujetos, pues vemos así que en las guerras á causa del surmenage, las privaciones, la mala alimentación, etc., hacen estallar epidemias de suma gravedad.

En cuanto á las condiciones individuales de raza, sexo, edad, profesión, etc., se ha observado que no hace distinciónd e razas, con respecto al sexo es el masculino el más atacado, dentro de la profesión

son los foguistas, soldados, agricultores, etc., los más expuestos por el uso que hacen de aguas impuras y contaminadas.

La ingestión de alimentos deteriorados, indigestos, como carne de cerdo, el abuso de frutas y legumbres verdes, siendo causa de indigestiones y diarreas abren camino y predisponen á la disenteria; algunos creen también que la sicología del sujeto como ser los grandes pesares, las tristezas, la cólera, el miedo, etc., etc., tienen cierta influencia para adquirir la enfermedad.

Es más común también en la clase pobre por las pésimas condiciones de higiene en que viven, falta de aseo, miseria, habitaciones húmedas y mal ventiladas, el hacinamiento, en una palabra, falta de preceptos higiénicos predisponen á adquirir la enfermedad.

Sobre el punto que si dicha enfermedad es contagiosa, diversos autores, entre ellos, Zummerman, Trousseau, Desgenettes y muchos otros observadodores creen en el contagio y refieren gran número de hechosp ara apoyar su aserto, mientras que otros también médicos notables, como Tournier, Andral, Cambay, Stoll, etc., niegan el carácter contagioso de la disenteria. Nosotros, por nuestra parte, cree-

mos que dicha enfermedad es contagiosa, ya sea por las materias fecales, y como causa más poderosa el agua contaminada, que sirve de vehículo á la disenteria.

ANATOMIA PATOLÓGICA

ANATOMIA PATOLOGICA

Para bien comprender las lesiones del intestino grues oen la disenteria haremos una descripción somera de anatomía.

El intestino grueso está compuesto de varias túnicas que son de fuera á dentro : una túnica serosa peritoneal, formada de células planas y de tejido conjuntivo, después dos capas de músculos lisos, la una de haces longitudinales, la otra transversales, después una túnica interna ó mucosa.

Estas dos últimas túnicas, la celulosa y la mucosa, presentan las particularidades siguientes : cerca de su superficie la mucosa está compuesta de glándulas tubuladas, análogas á las glándulas de Lieberküln, del intestino delgado, pero un poco más largas ; estas glándulas están reunidas por una trama fibro - vascular muy fina, y su epitelio cilíndrico

se continúa con el epitelio de la mucosa. Encima de esta capa glandular se encuentran fibras musculares l isas y tejido conjuntivo (túnica celulosa), que por su estructura es más análogo al tejido conjuntivo ordinario que al tejido reticulado del intestino delgado.

Los folículos cerrados, folículos aislados contenidos en esta túnica celulosa, son menos numerosos pero más voluminosos que los del intestino delgado. La túnica celulosa está atravesada por ramas vasculares voluminosas que forman al nivel del límite interno de la celulosa un plexo cerrado (membrana vascular de Diellinger), de donde parten ramas perpendiculares que rastrean entre las glándulas en tubo. Los linfáticos son mucho menos abundantes que en el intestino delgado.

Esto sabido, podemos decir que las lesiones anátomo-patológicas del intestino grueso en la disenteria consisten en inflamaciones propias de la mucosa y en ulceraciones que pueden ser divididas en lesiones de necrosis seca y de gangrena húmeda.

Las primeras examinadas al microscopio se presentan como un forunculo cuya base se asienta sobre la túnica submucosa y la celulosa ; está constituído por elementos muertos que son eliminados y dejan constituída la úlcera.

El intestino grueso es el que más sufre, y donde

se revelan las lesiones más importantes y características, según las observaciones Charcot, Colin y otros, las partes más alteradas son la S iliaca y el recto.

En caso de disenteria aguda encontramos el intestino con su superficie externa de una coloración ora rosada ó pálida, notándose una ó más placas prominentes, circunscriptas, perforadas en el centro y de un color violaceo ; en el corte encontramos en su interior materias líquidas, oscuras, algunas veces sangre, las lesiones que describimos ocupan todo el intestino grueso, pudiendo interesar en ciertos casos el intestino delgado.

La mucosa se presenta enrojecida, más ó menos espesada y reblandecida, cuya coloración varía con los líquidos que se hallan en contacto con ella y á más por la duración de la enfermedad, que siendo más larga adquiere un color oscuro más ó menos pardo, indicando gangrena, después renegrida cuando está reducida á putrefacción, destacándose debajo de las escaras de la gangrena declarada.

En el comienso de la enfermedad, es decir, en el período de inflamación, la mucosa hállase reblandecida y se desprende con facilidad, despojándose de su epitelio, y cuando el grado de inflamación es mayor, ella se desprende por placas que son encontradas en las evacuaciones constituyendo las seudo-membranas disentéricas.

En la disenteria crónica las lesiones son las mismas del estad oagudo, pero mucho más extendidas y profundas. Abierto el intestino se lo ve de una coloración rosada ó parduzca uniforme ó diseminada ; encontramos parte de él con un número limitado de úlceras ó porciones donde dichas úlceras se presentan confluentes, siendo el lugar de predilección la S iliaca ó el recto.

Después del intestino, el órgano que más sufre las consecuencias de la infección es el hígado, que se halla hipertrofiado en el estado agudo, de una coloración oscura endurecido y friable, mientras que en el estado crónico la encontramos atrofiado, amarillento, con su vesícula distendida, con bilis más ó menos espesa. La lesión más importante es la hepatitis supurada representada por uno ó más absesos que á veces ocupan los tres lóbulos.

En los casos de disenteria gangrenosa, el peritoneo sufre también, y lo hallamos con signos de una inflamación aguda, supurativa, circunscripta por adherencias de las ansas intestinales y otras veces generalizada á todo el peritoneo consecutivas á una perforación ó tal vez á escaras no perforadas, pero comprometiendo todo el espesor del intestino.

Aparte de estas lesiones encontramos en los demás órganos repercusión de la infección, puesto que los ganglios linfáticos del mesenterio casi siempre

están tumefactos, riñones voluminosos, congestionados con todos losc aracteres de una nefritis difusa, común en todas las enfermedades infecciosas.

Los pulmonesc ongestionados en la base en el período agudo, mientras en el crónico se hallan atrofiados y enfisematosos y el corazón pequeño y atrofiado.

El bazo no presenta alteraciones apreciables .

SÍNTOMATOLOGIA

SINTOMATOLOGIA

Los caracteres clínicos de la disenteria se manifiestan en su comienzo en la mayoría de los casos por embarazo gástrico, que se revela por anorexia, sea por lengua saburral y pastosa y diarrea biliosa, el sujeto acusa dolores que se extienden del cœcum al recto y en este sensación de ardor, el tenesmo rectal y anal es constante; el cual influye á la vejiga cuyo cuello entra en espasmo; (algunos patologistas dicen que el tenesmo rectal es proveniente de la contractura convulsiva del esfincter anal, Trouseau no es de esta opinión, diciendo que en los disentéricos por el contrario hay parálisis del esfincter y explica el hecho por la inflamación de la mucosa rectal.

Examinando las deyecciones, vemos que ellas son poco abundantes, algunas en forma redondeada envueltas en una capa como de albúmina coagulada,

pero otras veces se presentan como esgarros de la neumonia con pus y sanguinolentas.

El número de las evacuaciones pueden ser de 20 á 25 en las 24 horas.

La fiebre cuando existe es moderada ; el abdomen se muestra un poco abombado, á la palpación se percibe las bridas del colón ascendente y descendente.

La lengua saburral al principio, más tarde se torna rojiza y expoliada, el apetito desaparece y la ulceración del ano se produce por el constante pasaje de materias fecales ; el pulso es normal ó poco acelerado, pero pequeño ; la piel se torna seca ; el estado nervioso del sujeto se exalt aun poco, la facie se presenta pálida, abatida con expresión de dolor y sufrimiento, el adelgazamiento sobreviene rápidamente.

Cuando la enfermedad llega á este estado se produce ó bien una mejoría ó bien los síntomas se agravan y constituyen la disenteria grave terminando con la muerte ó el pasage á la cronicidad.

En la forma grave el enfermo tiene de 200 á 300 deyecciones por día, de olor fétido y de color amarillento, el estado general se empeora, la lengua está húmeda, rosada, cubierta de saburra amarillenta, la sed es inextinguible, la boca pastosa, el pulso fuerte irregular, la piel seca, la fiebre es alta,

hay disnea, y cuando la enfermedad avanza más, el cuadro de síntomas se agrava y vemos entonces al sujeto con sus facies alterada, insomnio, sus extremidades se enfrían, aparecen los vómitos, el pulso se vuelve miserable, filiforme, hay sudores profusos y viscosos, los sincopes y el delirio son frecuentes y finalmente el enfermo sucumbe bajo la influencia de todos estos síntomas.

La form acrónica es consecutiva siempre á un ataque de disenteria aguda, en esta forma los síntomas se notan con menos intensidad, las evacuaciones disminuyen en número, pues hay de 6 á 15 por día, la lengua está blanca, los labios descolorados, el sujeto está enflaquecido con rostro pálido y obligado á permanecer en el lecho, sus encías sangran con gran facilidad, el pulso pequeño ; no hay fiebre.

El abdomen se presenta á veces duro, tenso, meteorizado por la presencia de gases intestinales, otras veces hállase deprimido como adherido á la columna vertebral, notándose muchas veces como un empastamiento general, debido talvez á la hipertrofia de las membranas del intestino grueso.

En la disenteria amebiana, es decir, en la más común en Cochinchina, Antillas, etc., sus caracteres clínicos se manifiestan con la siguiente sintomatología ; principio brusco después de un período

pertinaz de constipación ó insidiosamente por poussées susecivas de diarrea, expulsión dolorosa de mucosidades más ó menos teñidas de sangre, al principio bajo forma de esputos sanguinolentos, después en cantidad abundante, frecuencia de las deyecciones, cuyo número varía de 20 á 60 por día, facilidad de remisión á la continuación de una medicación colagoga y purgativa ; facilidad de recaídas bajo la influencia de la menor perversión de régimen, frecuencia de absesos al hígado como complicación, á pesar de que la disenteria fué benigna ó pasó desapercibida.

Se distingue así, según la intensidad del proceso, varias formas clínicas, notablemente la rectitis disentérica, la disenteria crónica propiamente dicha y la disenteria hemorrágica, en la cual las deyecciones son constituídas por paquetes de mucosidades enteramente teñidas de sangre, de ahí el debilitamiento rápido del enfermo.

En los países donde la disenteria reina con carácter endémico, esta disenteria clásica puede revestir una form amucho más alarmante en particular al principio de la estación de las lluvias ó por causa de una recaida en medio del período endémico, esta forma está caracterizada por el número considerable de evacuaciones desde el principio de la enfermedad, las deyecciones son líquidas, fétidas, rosa-

das ó negruzcas y toman enseguida el olor cadavérico ; ellas encierran flocones de mucosidades voluminosas y de resto de mucosa visibles á simple vista.

Las deyecciones aumentan de número, las fuerzas del enfermo se amenguan rápidamente, la lengua se vuelve saburral, la temperatura se eleva ligeramente, el pulso se debilita, aparece la facies peritoneal, las extremidades se enfrían, la temperatura rectal se eleva á 38,5, 39° y la muerte sobreviene en el colapso después de 4 ó 5 días de enfermedad.

Esta última forma es amenudo la resultante de una serie de recaidas de disenteria consideradas como poco graves por los enfermos que, habiendo conservado su apetito persisten en su régimen ordinario ; por su gravedad y su insidia, ella constituye una de las enfermedades más graves del Extremo Oriente, los médicos le dan el nombre de disenteria gangrenosas ó cuando los fenómenos generales son muy acentuados, el de entero - colitis aguda.

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la disenteria aguda no ofrece dificultades.

Puede ser confundida con hemorroides internos á causa del derrame sanguíneo que ellos producen y del tenesmo que la acompaña.

En los casos de disenteria grave, álgida, representando esa forma clásica, llamada disenteria coleriforme, se puede hesitar y pensar en el cólera ; basta fijarse en los caracteres absolutamente diferentes de las evacuaciones intestinales en las dos afecciones par aevitar tan sacro error.

Hay que señalar el error posible con la enteritis seudo-membranosa y la tuberculosis rectal.

En la disenteria crónica el diagnóstico ofrece ciertas dificultades, no hay que confundirla con la diarrea crónica de los países cálidos, en esta forma de diarrea, no se encuentra ni deyecciones sanguino-

lentas ni tenesmo, por el contrario son mucosas ó biliosas, y la marcha de la enfermedad no está entrecortada por faces agudas como en la disenteria.

No hay error posible entre la disenteria y el cáncer del recto, el exámen físico y las condiciones etiológicas acesorias harán evitar esta hesitación.

La enteritis tuberculosa se caracteriza, por su invasión en otros órganos, la infiltración, el exudado del peritoneo, los sudores y los bacilos en los esputos.

PRONÓSTICO

PRONOSTICO

El pronóstico es variable, con respecto á la forma de la enfermedad ; en la forma benigna es casi siempre favorable ; mientras que en las formas epidémicas ó endémicas el médico debe ser muy reservado puesto que es una afección muy engañadora.

En la gran mayoría de los casos hay indicaciones que ponen al médico sobre-aviso respecto al modo de evolucionar la enfermedad, ya sea por curación ; el pasage al estado crónico ó la muerte.

La disenteria crónica es de pronóstico serio.

En esta forma crónica la frecuencia de las deposiciones, la sequedad de la piel, el edema y enfriamiento de los miembros inferiores, el adelgazamiento, etc., en fin los signos que traducen la caquexia ; ponen al profesional en condiciones de dar un pronóstico casi siempre fatal.

La duración de esta afección es variable, cuando benigna ella termina en 4 ó 5 días, cuando grave ella tarda de una á dos semanas necesitando igual tiempo para la convalecencia del sujeto.

No se puede determinar la duración del estado crónico que puede durar meses como el caso que presento en mi historia y también años.

La terminación de la disenteria es la curación, el estado crónico ó la muerte.

Las complicaciones que sobrevienen en el curso de la enfermedad pueden ser, las ulceraciones del intestino pudiendo producir una peritonitis generalizada de pronóstico casi siempre grave ó sino localizada cuyo pronóstico no es tan serio, hemorragias con todas sus agravantes.

Los fenómenos de infección secundaria casi siem-

Los fenómenos de infección secundaria cosi siem-

pre frecuentes, absesos hepáticos, peri-anales etc., y finalmente puede ser causa de discrasia sanguínea traducida por edemas, parálisis, flebitis etc. en los miembros ó en los senos cerebrales.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disenteria se resume en la administración de purgantes según la opinión de Vaillard, Trousseau, Dujardin, etc.

Los medicamentos más en boga son en primer término la ipecacuana base de todos los métodos y principalmente del llamado brasileño, los narcóticos y los evacuantes.

El método brasileño ; consiste en dejar en infusión y maceración tres ó cuatro veces la misma dosis de polvo de raíz de ipecacuana cuy adosis es de 3 á 8 gramos en 150 á 300 gramos de agua, se hace permanecer en infusión durante la noche para administrarse al día siguiente.

La forma líquida debe ser preferida y asociada de láudano de Sydenham para evitar el efecto emático de la ipecacuana y al mismo tiempo disminuir los dolores, el tenesmo y la frecuencia de las de-

posiciones, entre las fórmulas más corrientes vamos á dar una que reune esas condiciones :

Rp :

Infusión de ipecacuana 120 grs.
Láudano de Sydenham XX gotas
Jarabe ratamia 30 grs.
Indicación (una cucharada cada 3 horas).

El calomel es también un agente frecuentemente empleado y base del método de Low que formula

Rp :

Calomel al vapor 5 centígramos
Polvo Dower 1 »
Indicación (un cachet cada 2 horas).

El calomel asociado á la ipecacuana y al opio constituyen las pildoras de Segoud que estuvieron tan en boga.

El opio por sus propiedades analgésicas y constipantes es otro gran medicamento, pero que debe ser usado con prudencia y en pequeñas dosis para su tolerancia.

Los purgantes y entre ellos los salinos como el sulfato de soda en dosis de 15 á 30 gramos es eficaz en los casos de hiperhemia de causa hepática por su propiedad descongestionante de este órgano.

También se han propuesto grandes lavajes del intestino con permanganato de potasio, con nitrato de plata (al 1 por 500 ó al 1/1000), sulfato de zinc, tanino, preconizados por Trousseau.

Entre los demás agentes medicamentosos se usan, el subnitrato de bismuto asociado á la ratania en los casos de diarrea abundantísima, el percloruro de hierro en las hemorragias.

Como medicación externa, anchas cataplasmas sobre el abdomen, baños calientes en el hipogastrio y sinapismos, baños de asiento que disminuyen el tenesmo ; al interior prescribir los desinfectantes intestinales el benso-naftol etc., y en casi todos los casos preferir el agua de cal.

Otras de las indicaciones más importantes es mejorar el estado general del sujeto recurriendo á los diversos tónicos, al alcohol, quina, acetato de amonio, etc., debemos también preocuparnos de alimentar al enfermo y los clínicos insisten sobre este particular, dando leche, agua albuminosa á menudo y en pequeñas dosis.

Muchos autores proponen el tratamiento quirúrgico consistente en intervenir al sujeto haciéndole una apéndico-costotomia por los diversos métodos operatorios, entre nosotros á causa de los inconvenientes de la invaginación del apéndice el Dr. Su-

sini ha hecho una fístula del ciego por donde se hacían al enfermo lavages del intestino con una sonda blanda de Nelatón y con una solución de permanganato.

PROFILAXIA

PROFILAXIA

Considerando nosotros á la disenteria como una enfermedad contagiosa, debemos preocuparnos de su profilaxia, debiendo observar el sumum de cuidados y aconsejar la desinfección con ácido fénico, los hipocloritos, etc., de los recipientes conteniendo las las deposiciones del enfermo como asimismo la ropa y demás objetos que han estado en contacto con él.

De todas las medidas higiénicas, las más importantes, son conr especto á la alimentación que debe ser nutritiva pero inofensiva, suprimir los alimentos indigestos haciendo uso únicamente de leche, huevos, carne cruda y ante todo temer el agua como principal fuente de transmisión, no tomarla sino hervida ó filtrada ; de ahí tene*m*os la inmunidad de los viageros que no se sirven de ella sino en esas condiciones ; protegerse contra los cambios bruscos

de temperatura tan común en los países atacados de esta enfermedad y resguardarse principalmente contra el frío de la noche.

Llevar la salubridad á las aguas potables, debe ser en todo lugar el constante cuidado de la higiene y profilaxia, pues vemos como bien dice Calmette, que el uso de filtros en la Conchinchina han hecho desaparecer la disenteria de ciertos lugares reputados como sumamente insalubres.

El aislamiento del enfermo es siempre recomendable principalmente en la clase pobre á causa de la aglomeración, puesto que en buenas condiciones de hospitalización siempre es fácil suprimir ó reducir al mínimo los peligros de transmisión.

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA

Hospital San Roque. — Servicio del Dr. Mendez. — Sala X. — Cama 31.

Nombre : N. G. — Edad : 35 años. — Nacionalidad : italiano (5 años de residencia). — Estado : casado. — Profesión : trabajos de campo. — Fecha de entrada : 7 de marzo de 1909.

Diagnóstico : Disenteria á amibas.

Antecedentes hereditarios : Su padre murió no sabe de qué. — Su madre es sana. — Tiene un hermano vivo y sano. — Dos muertos, uno de muerte violenta otro no sabe de qué. (Su esposa es sana. — Hacen dos años que es casado y no ha tenido ningún hijo. — No han habido abortos.

Antecedentes personales : A los ocho años tuvo sarampión. Hacen siete ú ocho años lo atacó la malaria estando en Italia cerca de Nápoles que co-

menzó con la form acuotidiana ; á los diez meses sesaron los acccesos que en los últimos tiempos se presentaban con intervalos irregulares y después de este tiempo no recuerda que le hayan repetido. La trató con quinina. Hacen cinco años se cayó del tren en movimiento recibiendo una fuerte conmoción que le obligó á guardar ocho días de cama y cuyo restablecimiento completo no se produjo sino á los dos meses. No hay antecedentes específicos. Hábitos alcohólicos, muy moderados.

Enfermedad actual : Hacen como dos años comienza su enfermedad. — Estaba trabajando en la cosecha cuando fué atacado subitamente por fuertes dolores de vientre. Estos dolores eran como si le torcieran los órganos internos y se extendían por todo el vientre. Tenía náuseas. Enseguida tuvo tres deposiciones diarreicas. Tuvo sudores fríos. — Dolor de cabeza. — Los dos ó tres días siguientes continuaron las deposiciones diarreicas en número de dos ó tres diarias ; siguieron los dolores al vientre y de cabeza y sentía caimiento. — No sentia apetito. — A los tres ó cuatro días del comienzo de estos trastornos*p* asó todo. — Pero no se sentía completamente bien, pues tenía frecuentemente descomposturas pasageras á las que él no hacía caso.

Su vientre no se movía regularmente ; pasaba días

sin moverlo, á veces dos, tres ó cuatro ; sus materias fecales eran duras. — Tenía frecuentes dolores de cabeza. — Muchas veces no tenía apetito.

A los cuatro ó cinco meses de los primeros trastornos tuvo una segund adescompostura que se presentó con síntomas análogos á la primera vez pero con mucha más intensidad. — Después de esta quedó siempre con diarrea, falta de apetito, dolores de cabeza, náuseas muy frecuentes. Al poco tiempo aparecieron membranas, mucus y sangre en sus materias fecales.

Su ánimo decayó ; estaba siempre triste, sin ganas de hacer nada.

Hacen cuatro ó cinco meses que arroja grandes cantidades de mucus y sangre y las arroja en diez ó quince veces durante el día.

Las deposiciones de materias fecales son una vez en el día, las demás no contienen.

Actualmente sigue en este estado : los dolores al vientre bajo forma de contorciones, deposiciones en grandes cantidades de mucus y sangre, dolores de cabeza, falta de apetito, á veces náuseas.

Estado de ánimo decaído.

Se ha adelgazado, hace dos años pesaba sesenta y cuatro kilos.

Hace tres meses que no trabaja.

Estado actual : Hombre, bien desarrollado, esqueleto mediano, escaso panículo adiposo ; color, pardo ; sistema piloso, abundante. Alrededor de la piel, está ligeramente propulsada hacia afuera, los repliegues edematosos y el ano ligeramente entreabierto.

Tórax : Simétroco. — Diámetros transversos inferiores alargados.

Tipo abdominal, costo - abdominal. — No hay disnea objetiva.

Pulmones por detrás : Sonoridad normal, bases movibles, en el lado derecho dos dedos por arriba del lado opuesto. Vibraciones existen.

Respiración vesicular. Resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante : Sonoridad normal. Espacio Traube libre. Base derecha movible. — Respiración vesicular.

Corazón : Punta no se vé ni se siente. Borde superior de la cuarta costilla — línea mamilar. Borde derecho esternal. — Focos normales.

Pulso : Igual — Regular — mediano y depresible.

Hígado : En el borde inferior de la 6.º costilla.— Reborde de las falsas en la línea mamilar.

Se palpa el borde un travez de dedo debajo de la línea de percusión, superficie lisa.

Bazo : No se palpa. — No se busca matitez.

Abdomen : Paredes ligeramente retraidas. — Se palpa el colón descendente algo retraido y doloroso hast ael nivel del ángulo.

Todo el trayecto del colón hasta el ciego es doloroso ; en este último punto se siente el ciego retraido y hay gorgoteo.

El colón incluso el ciego dá á la palpación la sensación de un intestino retraido á paredes blandas, espesadas. — (Edema ? — Pre-edema de Widal ? — Coincidencia con impresión de los dientes en el borde de la lengua).

Sonoridad normal en toda la extensión menos al nivel del colón descendente.

Estómago : Hay clapoteo y sucusión.

Lengua : Ancha. — Conserva la impresión de los dientes en el reborde. — Saburral. — Seca.

Encías : Horla rojiza.

Saliva abundante.

Diagnóstico : Emaciación. — Colitis generalizada á todo el colón (total).

Prostitis. — Gran distinción gástrica. Edema de las paredes del colón.

CUADROS CLÍNICOS

DÍA DE ENFERMED. AÑO 1909	T		ORINA	DEPOSICIONES	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	M.	T.				
Marzo 8		36.4	900 gr	2	Sub-nitrato de Bismuto magnesia.	
« 9	36.	46.2	—	1	Enemas tanino y aceite.	
« 10	35.5	37.2	600	11	Sub-nitrato Bismuto 2 vs.	
« 11	36.4	36.8	1.300	11	« « «	
« 12	36.5	36.6	1.200	2	« « «	
« 13	35.8	36.8	1.400	10	« « «	
« 14	36.2	36.5	800	1	« « «	
« 15	36.2	36.4	1.300	5	Sub-nitrato Bismuto ácido clorídico Enema tanino y agua	
« 16	36.	36.3	1.600	17	« «	Peso 53 500 gramos.
« 17	36.1	36.7	1.500	10	« «	18 3 09
« 18	36.2	36.2	1.200	10	« «	Examen de sangre.
« 19	36 4	36.7	1.000	5	« «	Gólulos rojos 5.610.000.
« 20	36.	36.7	600	9	« «	« blancos 22.000.
« 21	36.	36.8	900	11	« «	Polinucleares 42 %.
« 22	36.	37.4	800	10	« «	Mononucleares 20 %
« 23	36 7	36.8	1.000	14	« «	Linfositos 38 %.
« 24	36.2	36.4	700	10	« «	Peso 54 400 grs. - 25 3 09.
« 25	36.6	36 8	700	10	« «	Se hacen examen de
« 26	36.3	36.5	500	11	« «	materias fecales y se hallan amibas.

DIA DE ENFERMED. AÑO 1909	T		ORINA	DEPOSICIONES	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	M	T				
Marzo 27	36.2	36.4	1.700 gr.	10	Tanalbina 3 gramos	
« 28	36.5	36.8	600	10	Subnitrato, bismuto ácido cloridico, tanablina 3 gramos enemas, tanino y agua.	
« 29	36.3	36.5	200	10	« «	Peso 54 000 gramos
« 30	35.8	36.7	800	10	« «	
« 31	36.2	36.3	1.600	12	« «	
Abril 1	36.4	36.6	900	12	« «	No hay bacilos de Kok gran cantidad de micro-organismos células epiteliales pavimentosas.
« 2	36.	36.5	90	11	Suspende tanalbina.	
« 3	36.	36.4	1.700	12	Fomento húmedo vientre.	
« 4	35.9	35.5	1.800	9		
« 5	36.3	36.5	2.000	10	Enema agua y licor de	
« 6	36.2	36.5	2.200	9	Labarraque 12 % 1000 c. c.	
« 7	36.2	36.3	2.300	9	id. 10 % « «	
« 8	35.8	36.5	2.000	9	id. 2000 «	
« 9	36.2	36.5	2.000	6	Baños de asiento.	
« 10	35.8	35.9	1.500	7	id. « «	

DIA DE ENFERMED. AÑO 1909	T		ORINA	DEPOSICIONES	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	M	T				
« 11	35.8	36.3	2.100 gr.	5	Enema tanino 2000 c. c.	
« 12	35.6	36.2	2.200	7	« « « «	
« 13	35.8	36.	2.100	6	« « « «	Peso 54.700 gramos
« 14	35.6	36.3	3.000	7	Acido clorhídico	
« 15	36.	36.2	2.500	7		
« 16	35.9	36.2	1.800	—		
« 17	36.	36.3	1.800	6		
« 18	36.	36.4	2.200	6		« 54.800 gramos
« 19	37.	36.6	1.800	7		
« 20	36.	36.4	2.200	8		
« 21	36.	36.2	1.600	8		
« 22	35.8	36.2	2.300	8		
« 23	36.	36.3	1.200	8		
« 24	35.8	36.	2.100	7	Tanalbina 2 gramos.	
« 25	35.8	36.	2.200	9		« 55.800 gramos
« 26	35.7	36.5	1.400	8		

DIA DE ENFERMED. ANO 1909	T		ORINA	DEPOSICIONES	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	M	T				
Julio 20	35.9	36.2	1.400 gr.	5	Lavajes tanino 5 litros	
« 21	36.	36.2	1.400	5	« « «	
« 22	35.8	36.3	800	6	« « «	
« 23	35.9	36.	1.500	5		
« 24	35.9	—	—	—		

En ésta fecha es llevado al servicio de Cirujía donde es intervenido, permaneciendo en dicho servicio hasta el 4 de Agosto, en que vuelve á la sala, continuándose en esta fecha de nuevo las observaciones.

Después de esta fecha el enfermo no ha tenido alternativas de importancia, ni con respecto á su temperatura ni tampoco á sus deposiciones que tienden á la normal; ha aumentado de peso y su estado general es bastante sutisfactorio.

CONCLUSIONES

El tratamiento directo de la disenteria, no dá resultados porque la amiba habita en las capas subyacentes de la mucosa intestinal á la que no llegan los medicamentos.

El tratamiento profiláctico y preventivo se impone por lo tanto dirigido al saneamiento de las aguas de consumo.

Deberá evitarse con el mayor cuidado toda congestión hepática ó agentes capaces de producir alteraciones de esta glándula, á fines de prevenir su invasión por la amiba y la formación en ella de los absesos que esta determina.

Buenos Aires, Marzo 29 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. José R. Semprún, al profesor titular Dr. Angel M. Centeno y al profesor suplente Dr. M. Acuña, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S Gómez
Secretario.

Buenos Aires, Abril 21 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.º 2155 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Origen de los abcesos del hígado.

Semprún.

II.

Diagnóstico diferencial con la entero-colitis folicular.

Centeno.

III.

Formas asociadas de la disenteria.

M. Acuña.