



AÑO 1914

N.º 2770

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO**  
DE LA  
**DISENTERÍA AMIBIANA**

Y DE SU TRATAMIENTO POR EL

**CLORHIDRATO DE EMETINA**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**LUDOVICO FACIO**

Ex-practicante de electricidad y radioterapia del Hospital Muñiz (1909—1910)

Ex-ayudante de prosector del mismo Hospital (1910—1911)

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1909—1912)

Ex-encargado del Laboratorio del Hospital Rawson (1912—1913)

Ex-practicante mayor del mismo (1913—1914)

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (1912—1914)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — JUNIN — 863

1914



CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO  
DE LA  
**DISENTERÍA AMIBIANA**  
Y DE SU TRATAMIENTO POR EL  
CLORHIDRATO DE EMETINA



Año 1914

N.º 2770

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO  
DE LA  
DISENTERÍA AMIBIANA

Y DE SU TRATAMIENTO POR EL

CLORHIDRATO DE EMETINA

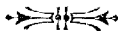
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUDOVICO FACIO

EX-practicante de electricidad y radioterapia del Hospital Muñiz (1909—1910)  
EX-ayudante de prosector del mismo Hospital (1910—1911)  
EX-practicante externo del Hospital Rawson (1909—1912)  
EX-encargado del Laboratorio del Hospital Rawson (1912—1913)  
EX-practicante mayor del mismo (1913—1914)  
EX-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (1912—1914)



BUENOS AIRES  
"LA SEMANA MÉDICA" (IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI)  
SE — JUNIO — SE

1914



La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Presidente**

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

### **Vice-Presidente**

DR. D. LUIS GÜEMES

### **Miembros titulares**

1. DR. D. JOSE T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

### **Secretarios**

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

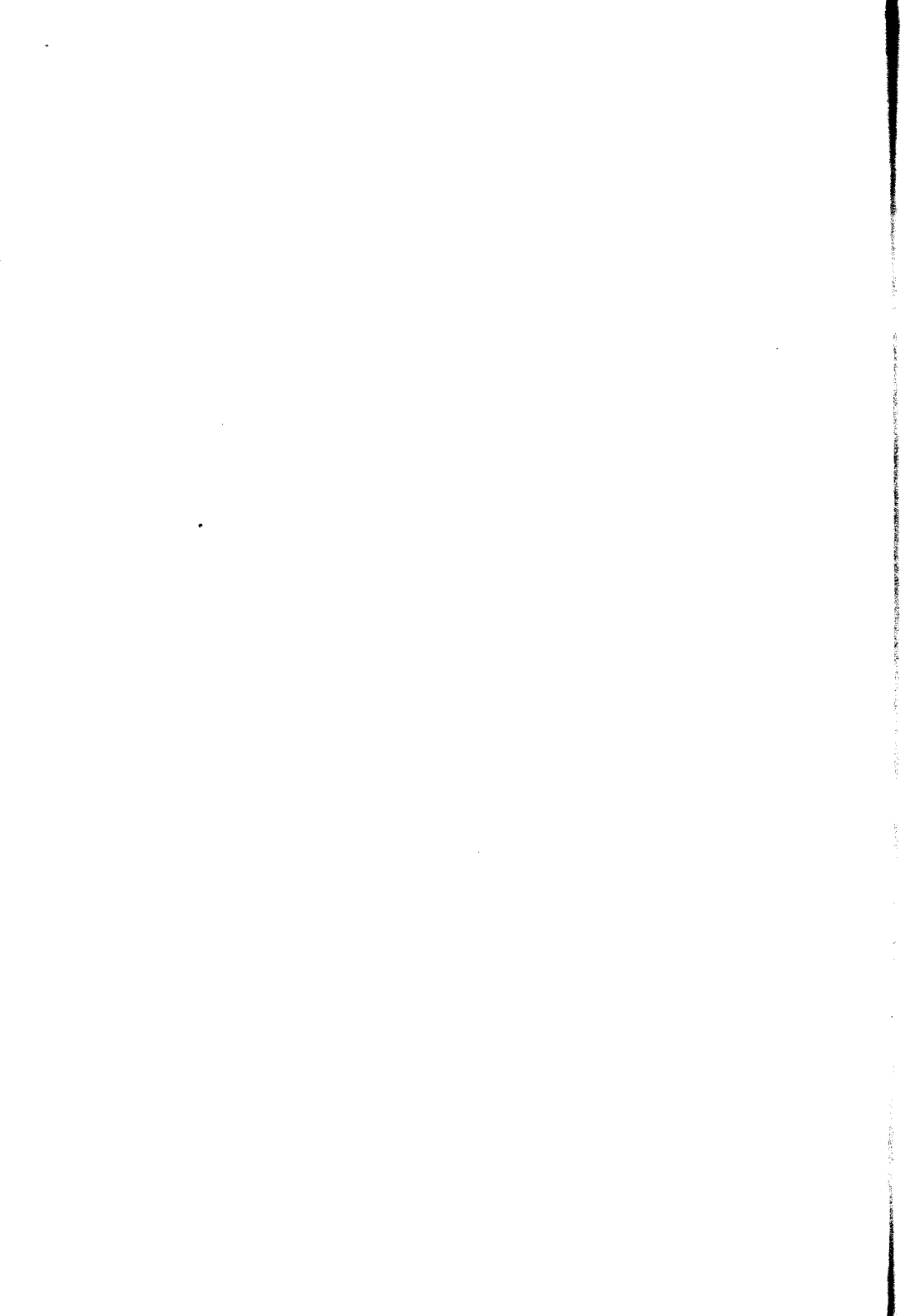


# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

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



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

## **Vice Decano**

DR. D. EDUARDO OBEJERO

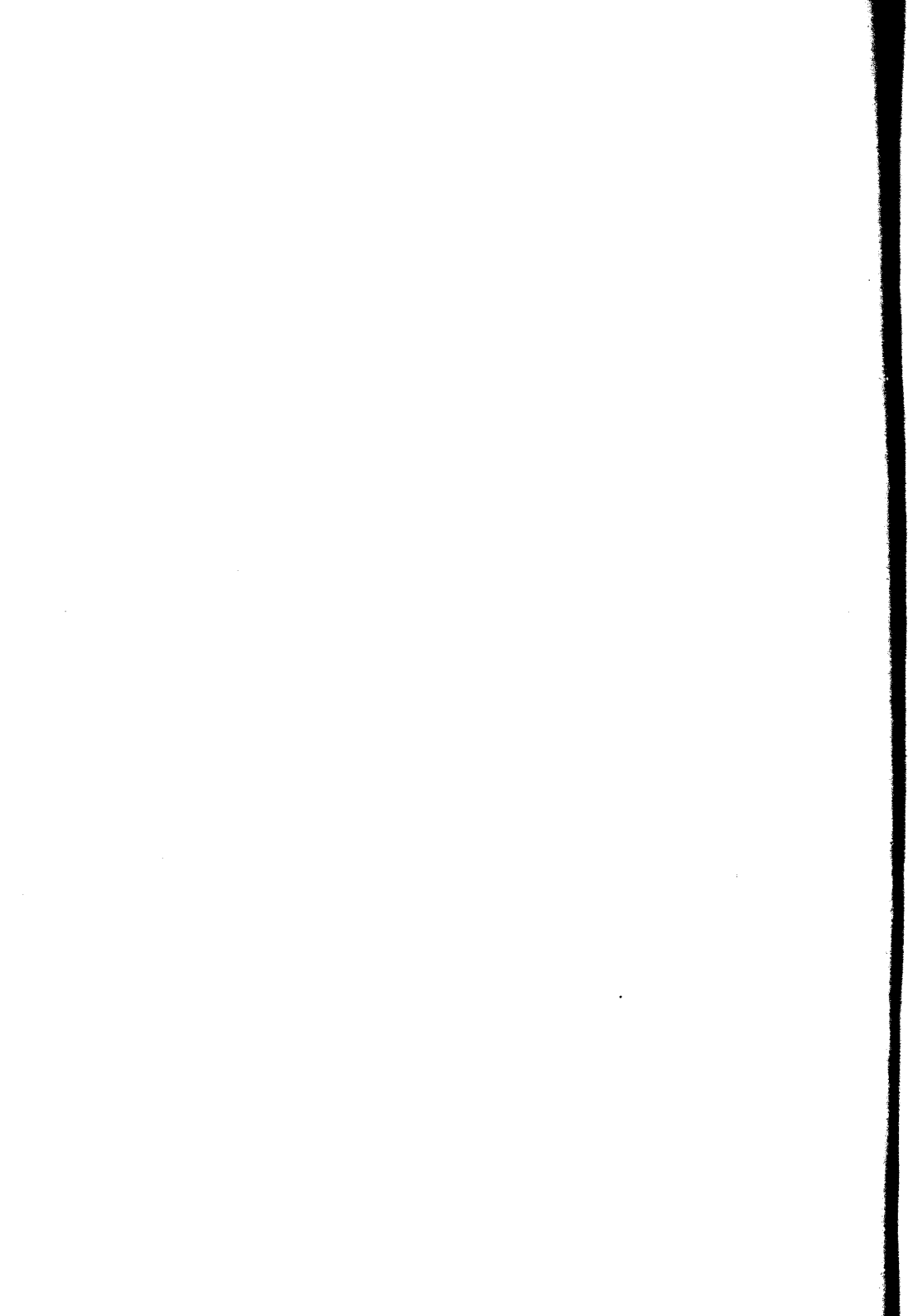
## **Consejeros**

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » FRANCISCO SICARDI  
» » TELÉMACO SUSINI  
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA  
» » EDUARDO OBEJERO  
» » LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » JUAN A. BOERI (suplente)  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACAVERA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » ABEL AYERZA

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

---



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

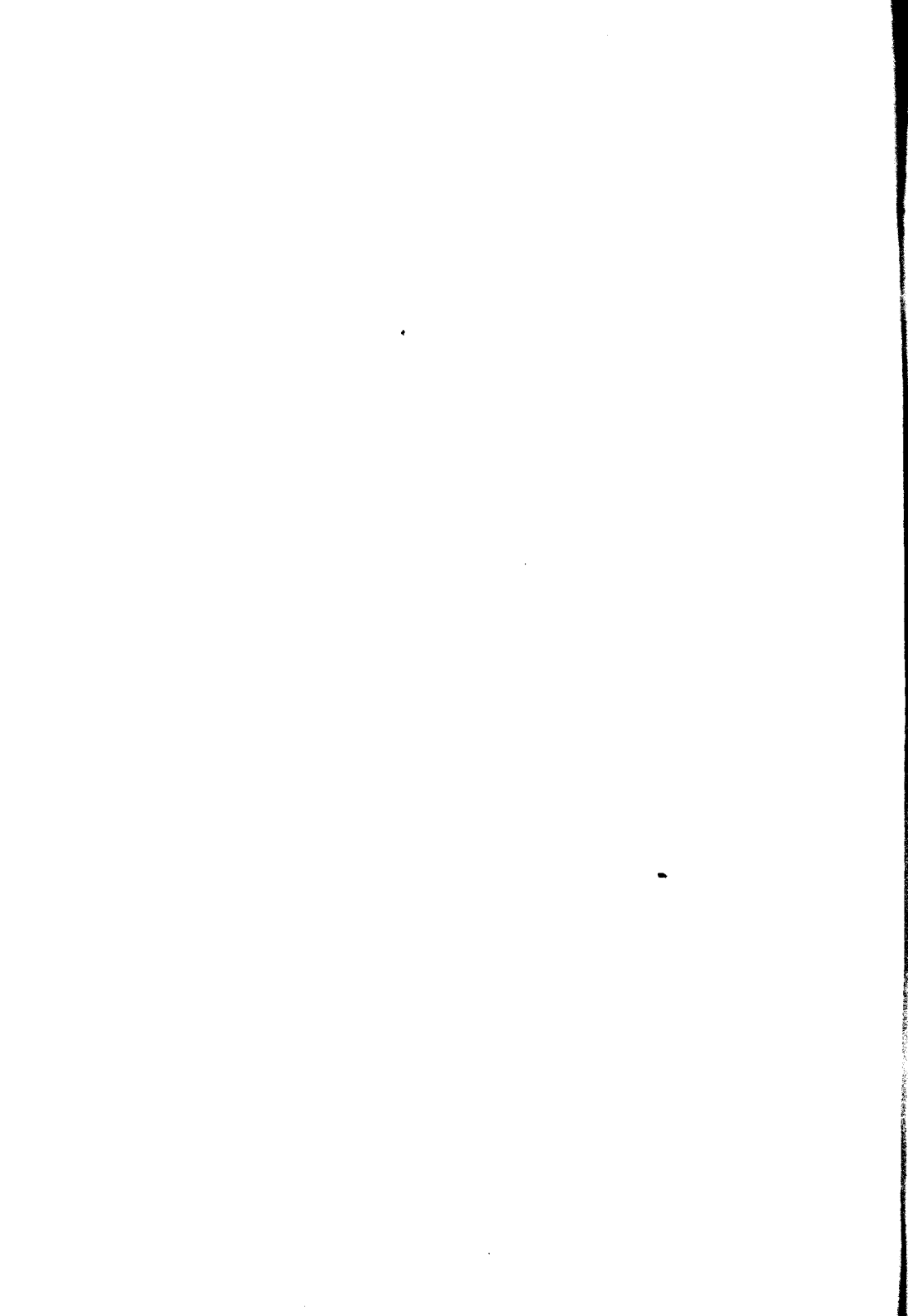
» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

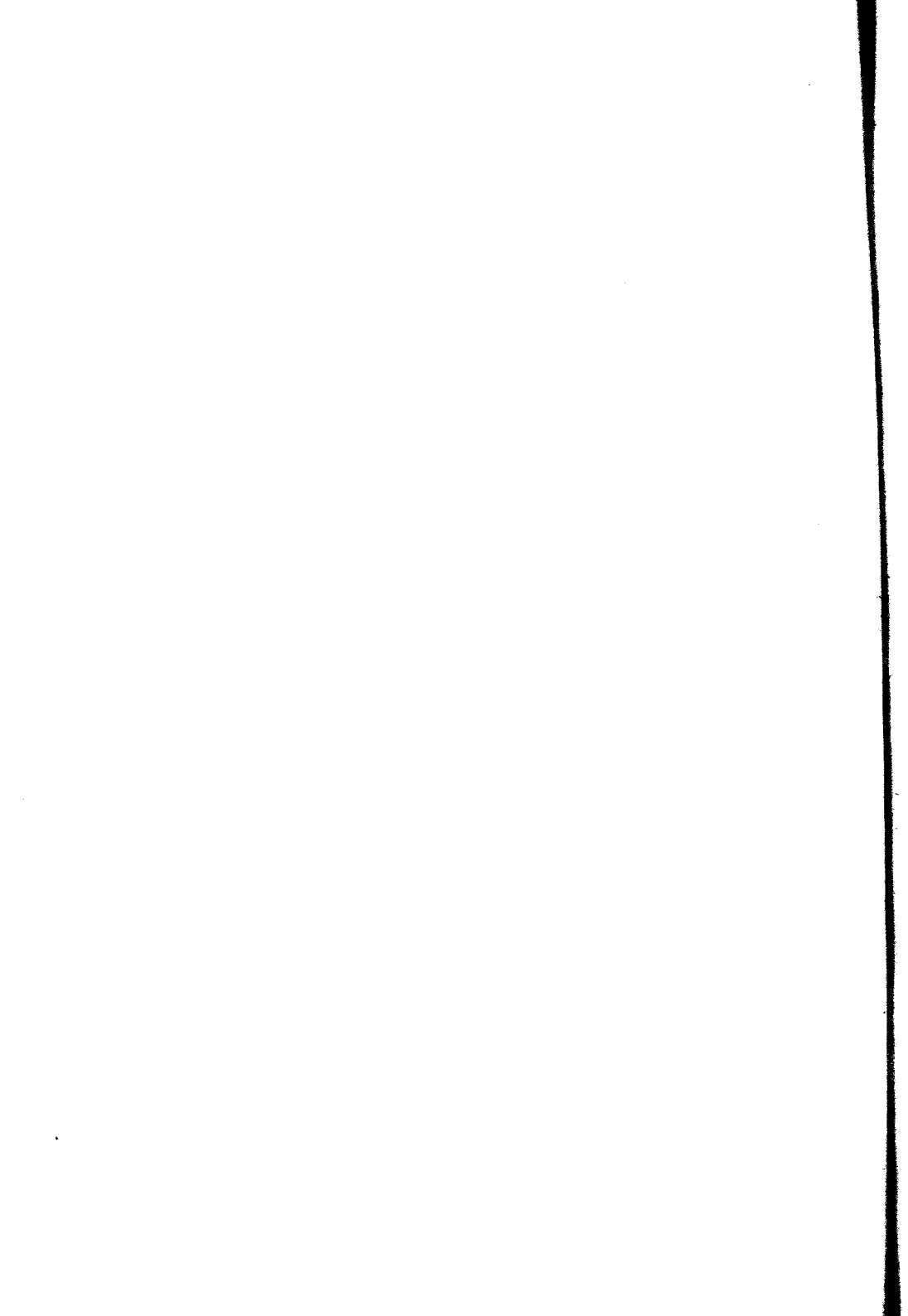
» ELISEO CANTÓN

» J. M. RAMOS MEJÍA



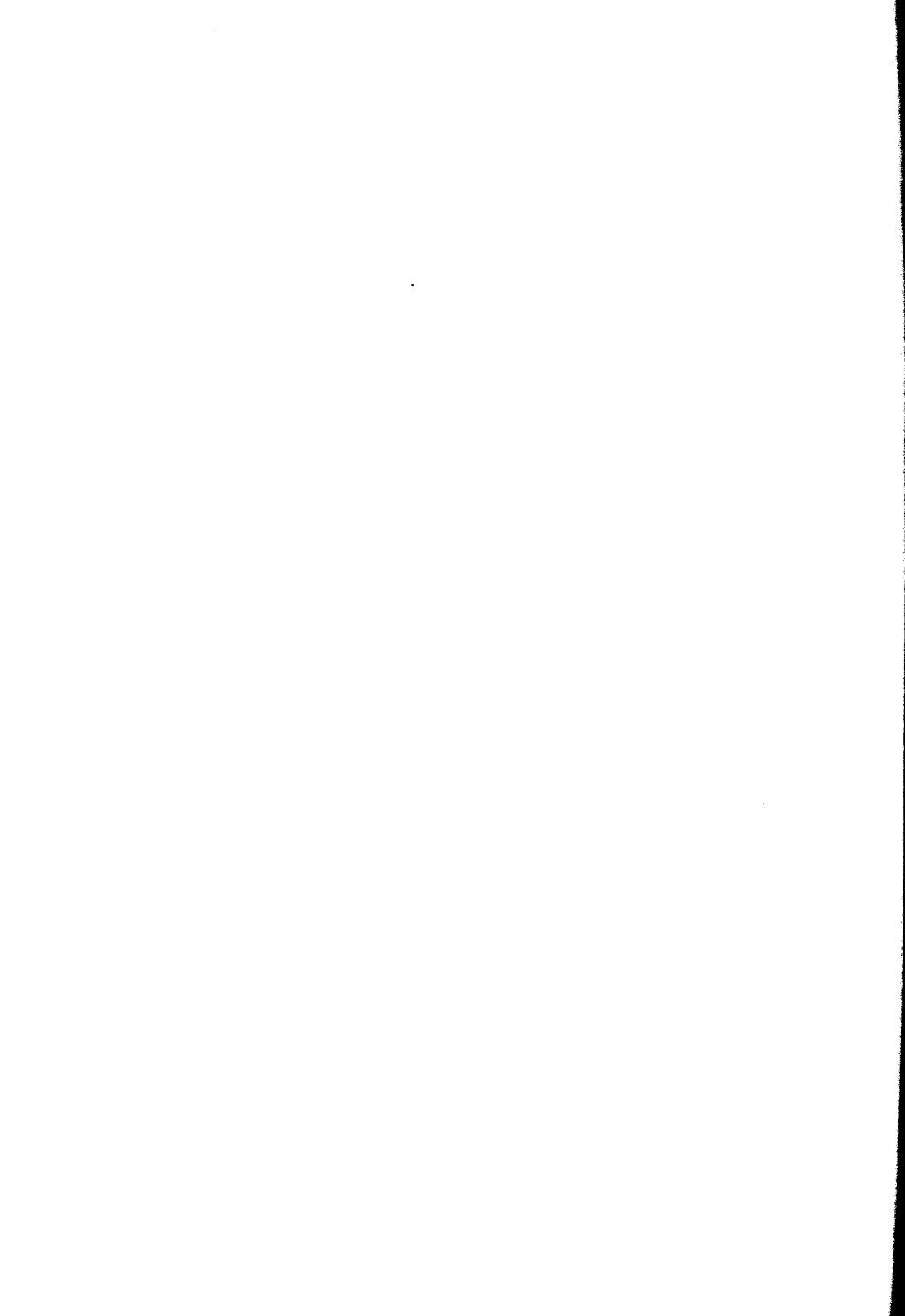
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DUBAÑONA
Anatomía Descriptiva .....	{ » RICARDO S. GÓMEZ
	{ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva .....	{ » JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	{ » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica .....	» ATANASTO QUIROGA
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia .....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias .....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica .....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica .	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica .....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica .....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica .....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica .....	» LUIS GÜEMES
» Médica .....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica .....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica .....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica .....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO VIÑAS
» Neurológica .....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica .....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica .....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica .....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	» ENRIQUE BAZTERRICA



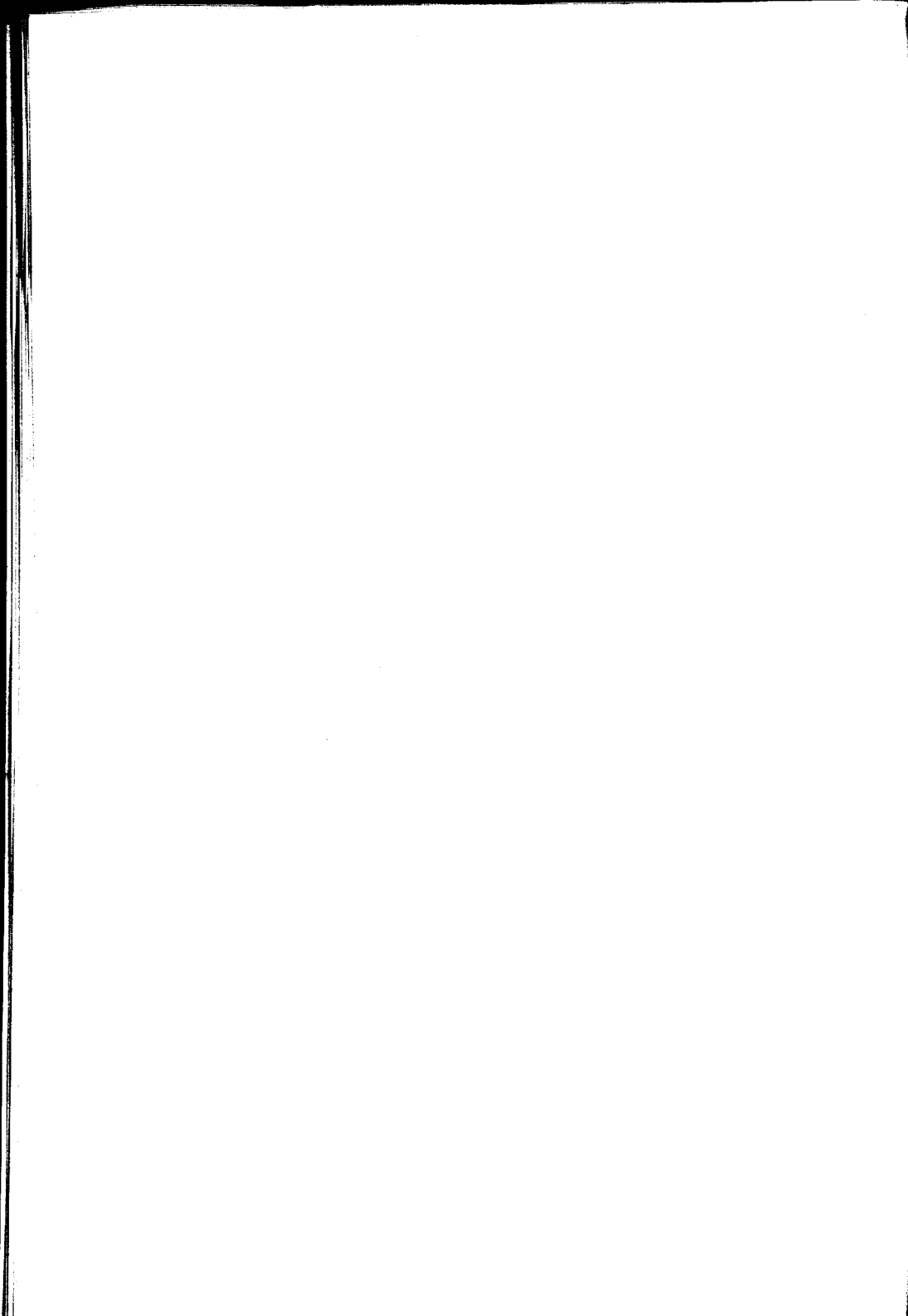
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PINERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat. <sup>a</sup> Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» Quirúrgica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Médica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Pediátrica.....	» PEDRO LABAQUI
» Ginecológica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Obstétrica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
Medicina Legal.....	» ADOLFO NOCETTI
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JOAQUIN V. GNECCO



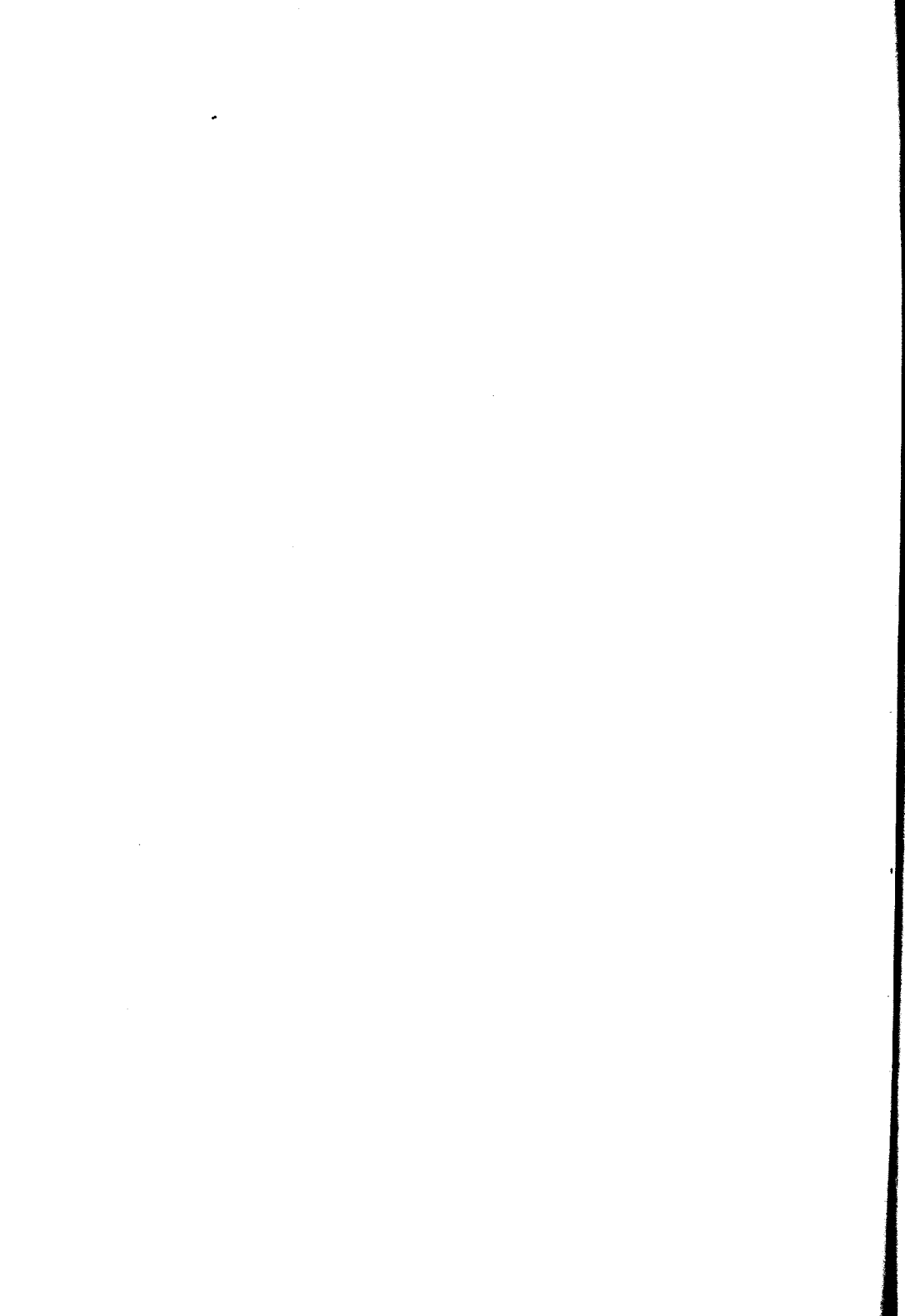
## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» 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 farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica.....	» PASCUAL CORTI
	» RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas .....	DR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

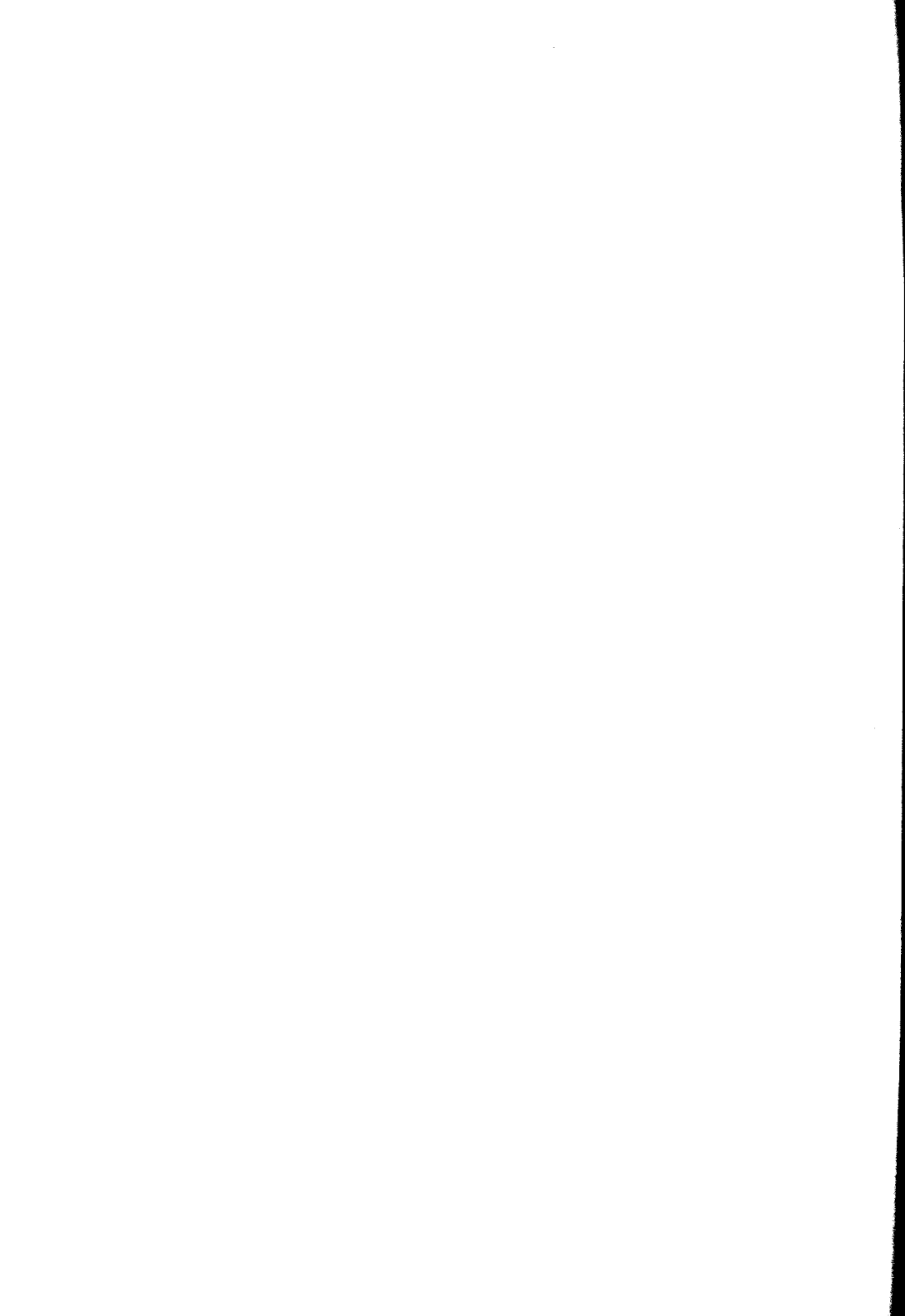
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1 <sup>er</sup> año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 <sup>o</sup> año .....	» LEON PEREYRA
3 <sup>er</sup> año .....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

### **Asignaturas: Catedrático sustituto**

DR. ALEJANDRO CABANNE

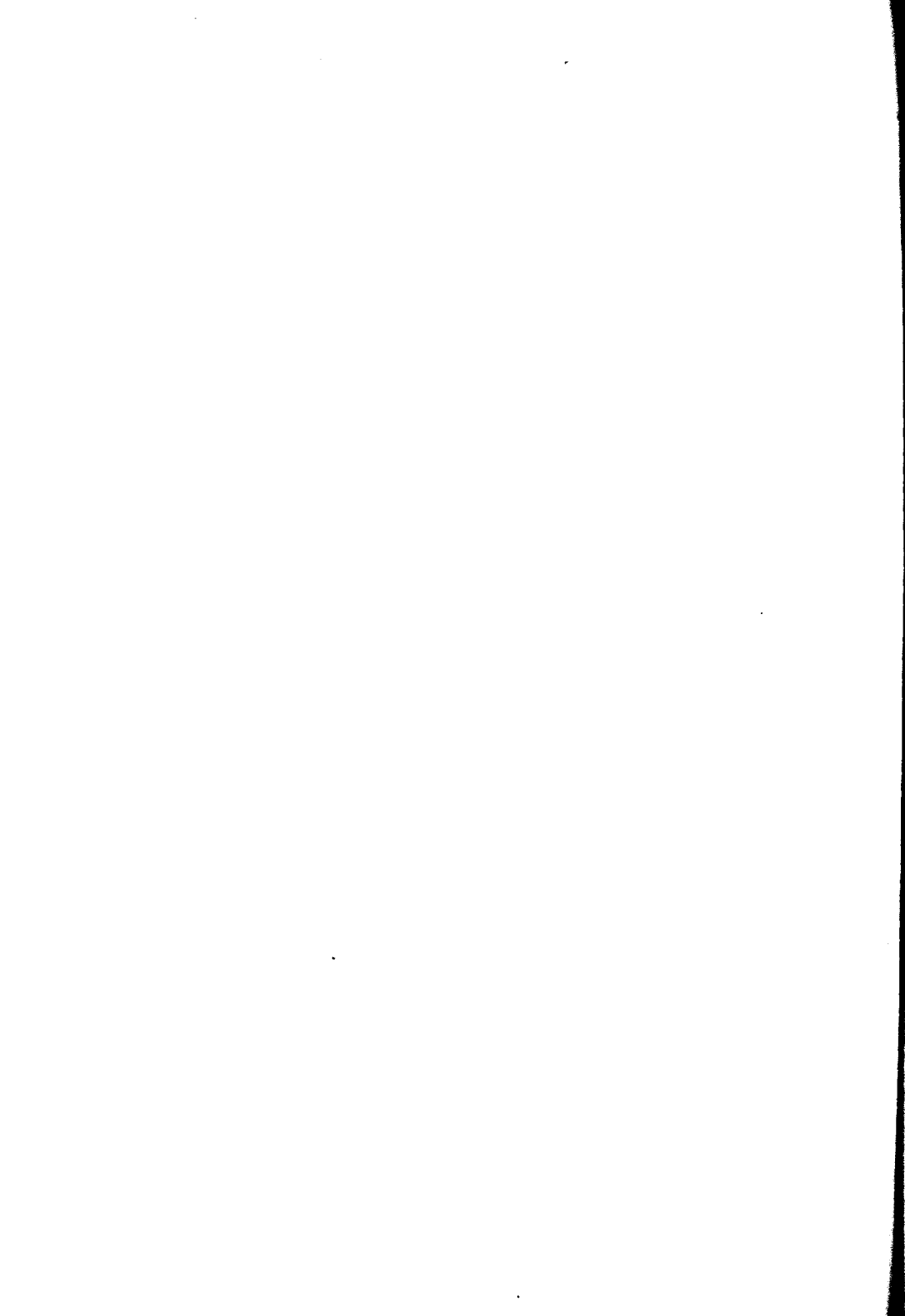


PADRINO DE TESIS

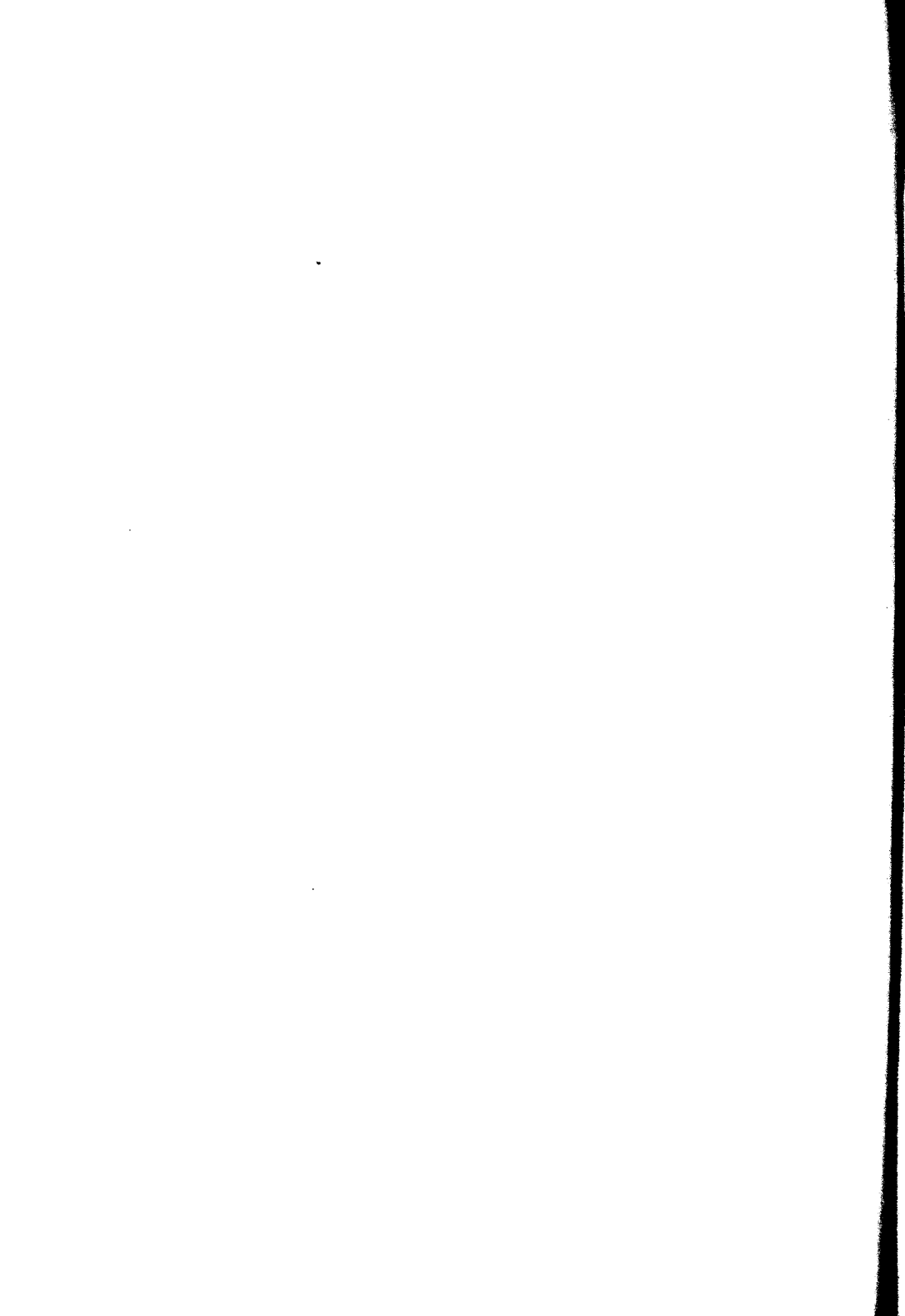
DOCTOR LEONIDAS FACIO

Médico - cirujano

Mayor de la Sanidad del Ejército



A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE



SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

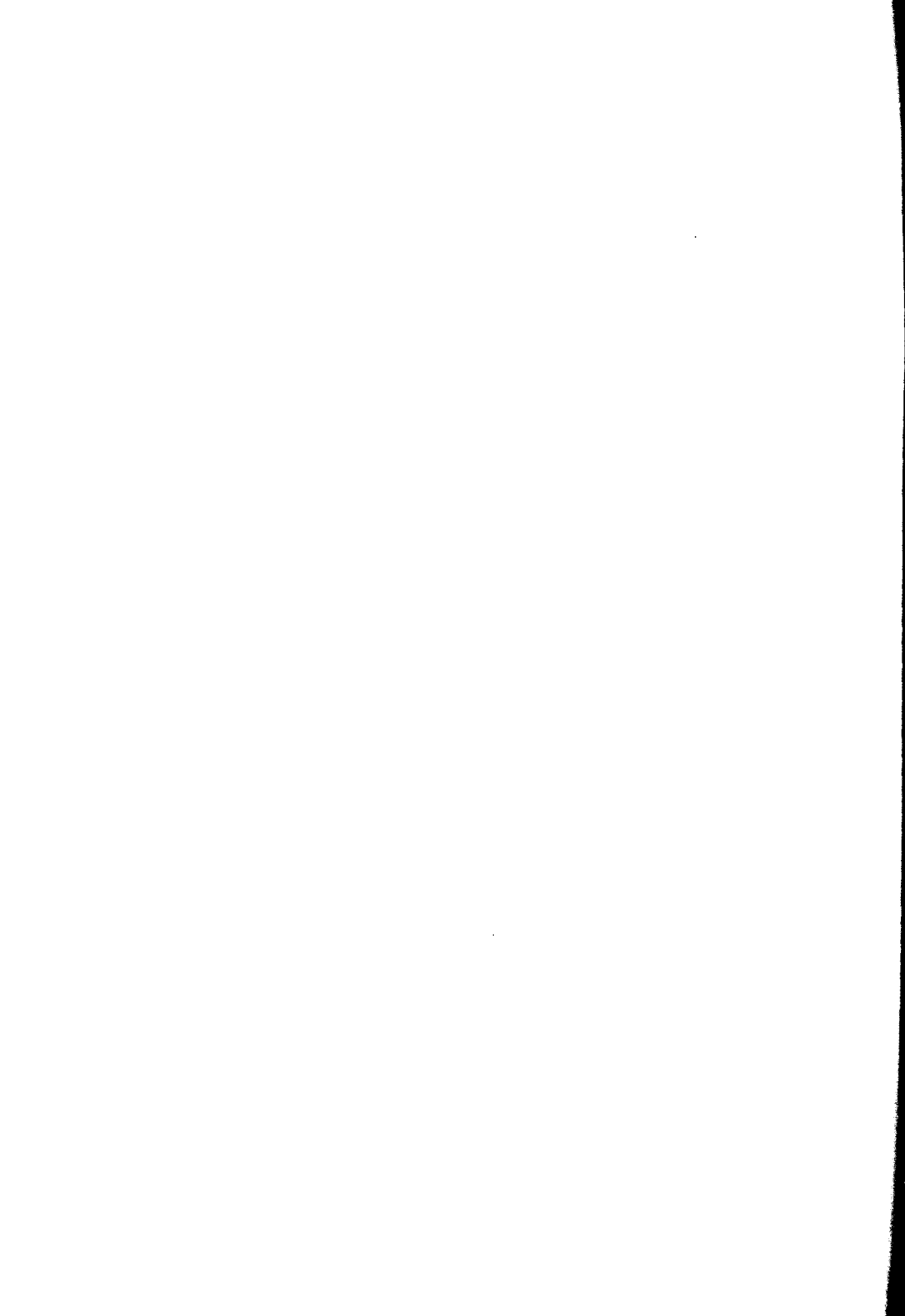
Al elegir como tema de tesis la disentería amibiana, me lleva como único objeto publicar algunos casos de este mal, tratados con excelente resultado por el clorhidrato de emetina.

Algunos de ellos, comprobada su etiología anteriormente al tratamiento por medio del microscopio, otros esperando el diagnóstico diferencial confiando en el tratamiento dada la especificidad de la emetina tratándose de disentería amibiana.

En el curso de mi tesis haré una rápida descripción de esta enfermedad, deteniéndome solamente en tratamiento, no dejando por ello de tratar con algún empeño el absceso de hígado, complicación tan frecuente y de tan mal pronóstico hasta el presente, y que pasa hoy á ser, junto con su mal originario, uno de los tan pocos males vencidos por la terapéutica de una manera rápida y radical.

---





## **DISENTERIA AMIBIANA**

Es la disenteria amibiana una enfermedad infecto-contagiosa que se nos presenta en forma de colitis con deyecciones mucosanguinolentas, igual y confundible con todas las colitis de esta forma, únicamente diferenciada por el microscopio en un examen rápido, por el tratamiento en una observación corta y por su evolución en una observación larga.

Su predilección por el intestino grueso no es única, aquí fatalmente se inicia haciéndolo á veces de una manera tan leve como para llegar á pasar desapercibida, pensando en ella únicamente cuando un absceso de hígado nos pone en la necesidad de investigar su causa etiológica para su tratamiento racional. Secundariamente puede hacerlo en el hígado, como he dicho, complicación frecuentísima, intestino delgado, apéndice, peritoneo en forma aguda en las perforaciones, ó haciendo reaccionar á éste en prevención de una futura posible perfora-

ción, formando adherencias; pulmón y pleura terciariamente al dar pasaje al contenido de un absceso hepático y otras ubicaciones que trataré en el capítulo de las complicaciones.

Propia y endémica de los países cálidos, no dejamos por ello de encontrarla en los templados y fríos, siendo hoy uno de los males universalmente conocidos, porque universalmente existe.

¿De dónde nos viene? Del Oriente, como la mayoría de las grandes plagas, traída por esa corriente emigratoria que desde el principio de la Historia se formó hacia el Poniente.

¿De dónde es originaria? De China, Indo-China, Archipiélago Malayo, Africa central y muy probablemente de todo país cálido.

Endémica, oponiéndose por esto á la bacilar puramente epidémica, puede en cierto período del año, el de los grandes calores, tomar una forma epidémica para después reinar durante todo el año.

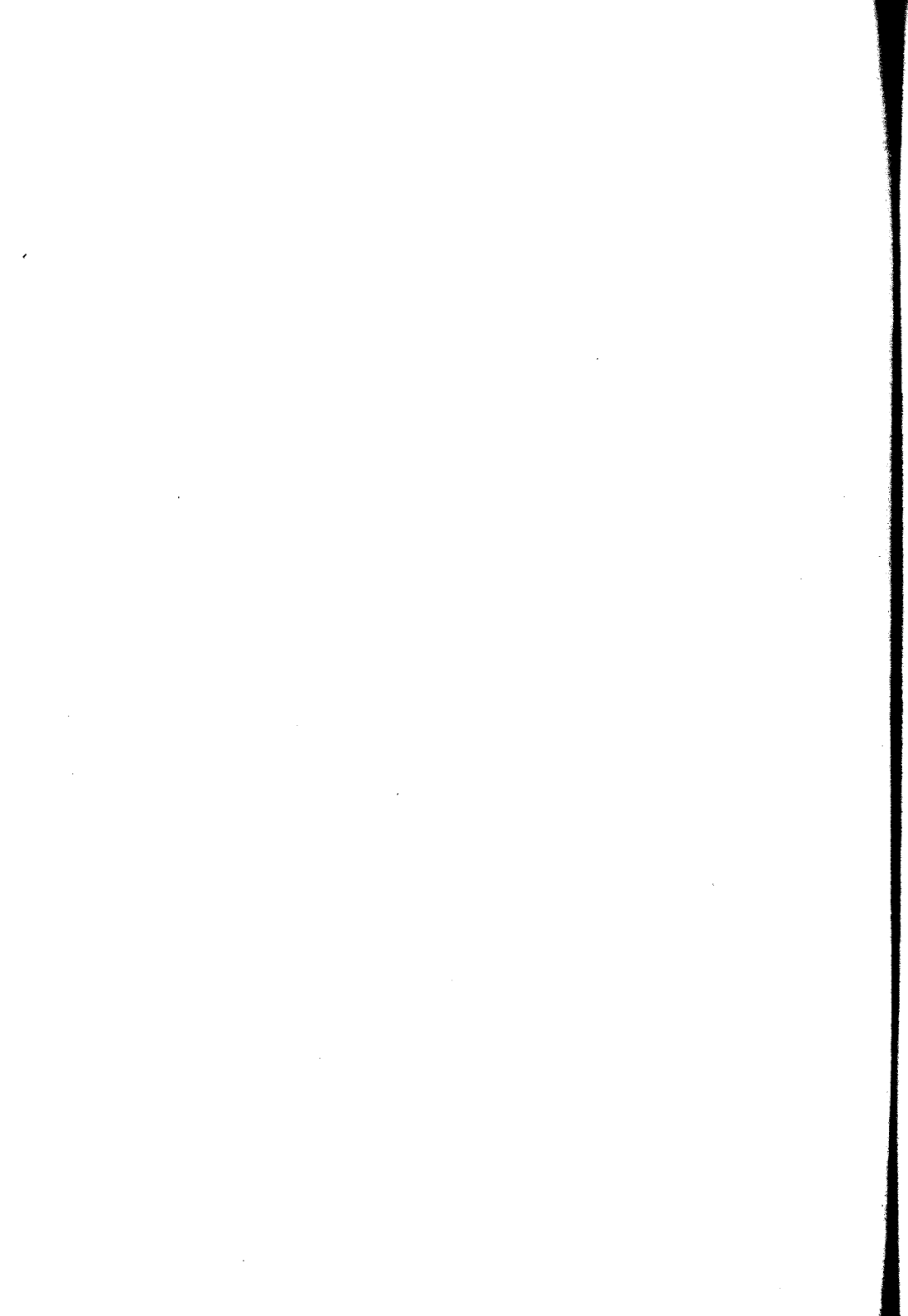
Contagiosa directamente de hombre á hombre ó indirectamente, eligiendo como medio el suelo por medio de las deyecciones de los enfermos, el agua, medio predilecto, recriminado ya por los antiguos autores con justo título, las frutas y verduras contaminadas, etc.

Pudiera llamarse crónica hasta la aparición de la emetina; anteriormente á ésta, los enfermos no llegaban á una curación, sino después de un tratamiento largo, y aun así propensos siempre á una recaída, y digo recaída,

porque enfermos completamente curados en apariencia, mantienen en su intestino, aniba en estado y condiciones de llegado un momento propicio iniciar una nueva disentería que no deja de ser una recaída de la anterior que contaminó ese organismo. Hoy el tratamiento no da lugar á que el mal llegue á la cronicidad, tratándose de casos que nos llegan en sus primeras manifestaciones y hecho rápidamente su diagnóstico.

Las recaídas, después aún de tratadas con la emetina, no puede sino atribuirse á una falta en su administración ó á una alta anticipada del enfermo.

---



## SINTOMATOLOGIA

En todas las disenterías, como en todas las diarreas disenteriformes, el síndrome disentérico, compuesto de los tres síntomas principales: dolor abdominal, tenesmo y deyecciones, es tan idéntico, que una diferenciación clínica es imposible, teniendo necesariamente que recurrir al microscopio para diferenciarlas, ó esperar el resultado del tratamiento donde no tengamos á mano este instrumento.

El dolor abdominal en forma de cólicos continuos ó intermitentes, espontáneos ó provocados con su máxima de intensidad á nivel de la lesión, ó igual y general á todo el abdomen, ó sólo en el trayecto del colon es idéntico en todas las disenterías.

El tenesmo, sensación dolorosa, de peso y constricción de la región anal, sobreviniendo después ó en el momento de defecar, manifestándose en los intervalos, á veces, con deseos incesantes é imperiosos de defecación, casi siempre para despedir pequeña cantidad de sangre y mucus

con toda la escala de variedad, desde la mucosa sola á la hemorragia no presenta diferencias entre las distintas disenterías, son siempre iguales.

Las deyecciones, mucosas, traslúcidas y flúidas ó granulosas; membranosas, blanco-amarillentas; mucosanguinolentas, las más comunes, teniendo cantidad de sangre en proporción á la profundidad de la lesión intestinal, simples estrías, placas ó mezcladas, imitando al jugo de damasco cuando es poco y al esputo neumónico cuando abunda; sero-sanguinolenta, roja, con estrías de mucosa ó sero-sanguinolentas, gangrenosas, negruzcas, de una fetidez insoportable, debido á la putrefacción, con pedazos de mucosa de tamaño increíble, son comunes á todas las disenterías.

Vemos, pues, que ante un enfermo que nos presente estos síntomas, el diagnóstico de disentería es fácil; que en un examen clínicamente hecho, no podemos ir más lejos sin exponernos á un error.

Sin embargo, á pesar de esta comunidad de síntomas, no dejan por ello de tener una evolución, un principio y algunos pequeños caracteres que les son propios y particulares á cada una, que no escapan al ojo del clínico y que después de una observación sostenida sin más recursos que sus conocimientos clínicos, puede llevarlos á un diagnóstico diferencial probable.

Como todas, la disentería amibiana tiene sus caracteres propios, que no siempre son claros ni precisos.

Su comienzo es lento, insidioso, torpe, tendiendo siem-

pre á la cronicidad, con calmas que pueden hasta llegar á hacer pensar en una curación espontánea; después de un tiempo en esa alternativa, el cuadro disentérico se nos presenta claro.

Se inicia habitualmente en forma de un ligero embarazo gástrico, con fatiga, caimiento general y diarrea con defecaciones copiosas al principio, de color amarillo ó verdoso, lengua saburral, temperatura normal ó con oscilaciones muy pequeñas; puede aquí tener una calma, una curación aparente; repite á los pocos días y entra de lleno en el cuadro disentérico, período inicial que dura generalmente de seis á diez días, es la forma en que comúnmente se inicia la disentería amibiana.

Pasado este período, las defecaciones se hacen más frecuentes: 10, 20 deposiciones diarias; el mucus aparece mezclado ó no con sangre. Hay dolor abdominal, hay tenesmo que empieza; período largo, de estado, en que, á pesar de no haber reacción, el estado general sufre muchísimo. La piel se seca, la cara toma un color térreo, amarillento; el adelgazamiento es notable y el síndrome disentérico se instala con todo su cortejo. Esta forma lenta, sin reacción general, es la más común para la disentería amibiana, forma lenta de instalarse, que nos puede hacer sospecharla.

Este período dura según la intensidad del mal; diez á treinta días en las benignas; hasta tres meses en las medianas; hasta seis meses en las graves.

Durante su período de estado, no hay ninguna diferen-

cia con otra colitis disintérica; todas son lo mismo en sus diferentes grados.

Hasta hace poco, la bacilar curaba bien, pues su tratamiento podía hacerse con ventajas, por medio de su suero específico; la amibiana podía hacerlo, pero muchas veces no de una manera definitiva; bajo la influencia de un cansancio, de una mojadura, de un desequilibrio cualquiera, el enfermo, dado de alta como sano, podía tener una recaída; se nos presentaba con todo el cuadro anterior, más benigno cada vez, pero tan rebelde como en el primer ataque, tendiendo á hacerse crónica, otro carácter más propio de la amibiana. Hoy que su tratamiento cúlala radicalmente en la mayoría de los casos, no nos vemos del todo libres de sus recaídas; con frecuencia recrudece, efecto provocado por las amibas que escapan á la acción del remedio, por vivir en un medio al cual no alcanza.

Como vemos, la iniciación lenta, la evolución insidiosa, con periodos de aparente curación, su benignidad aparente también; la tendencia á la cronicidad, son caracteres más comunes y más marcados en la disenteria amibiana, pudiendo en una observación sostenida durante algunos dias inclinarnos al diagnóstico diferencial.

Hay otros pequeños síntomas disintéricos comunes á toda disenteria, pero á veces más marcados en la amibiana que requieren un examen prolijo.

El dolor más general en otros es en la amibiana más localizado á la fosa ilíaca izquierda.

Su actividad funcional del estómago é intestino, está

disminuida. La digestión incompleta, deja residuos que contribuyen á irritar las ulceraciones disintéricas. La ingestión de alimentos provoca cólicos y deseos de defecar, sobre todo si los alimentos son frios y sólidos.

El hígado está aumentado de volumen, su palpación no es dolorosa. La excreción de la bilis disminuida; su reaparición en las deyecciones es un buen signo de mejoría ó curación.

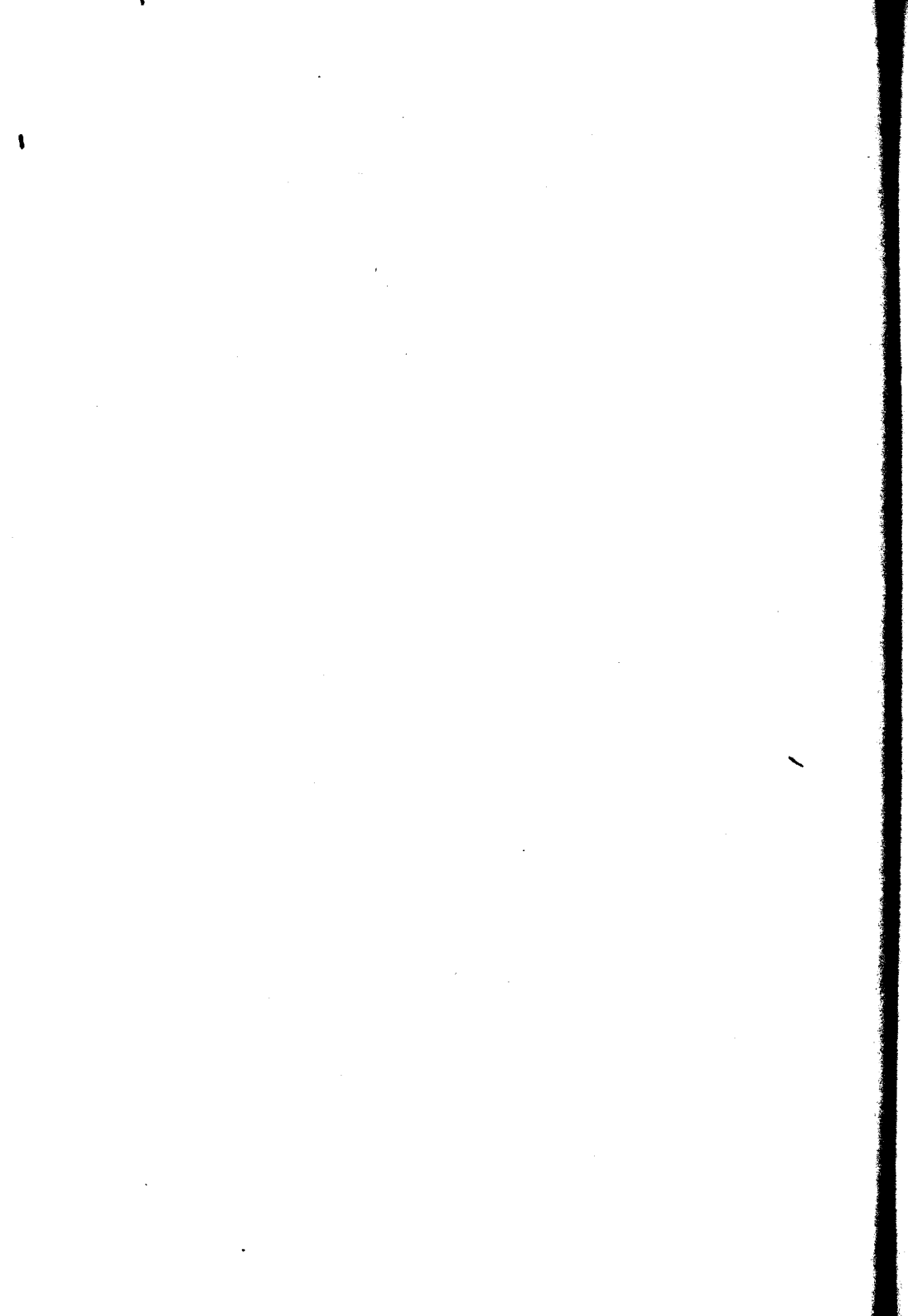
La función urinaria en poco ó en nada varía. La cantidad de orina está disminuida á causa de la deshidratación que sufre el organismo por medio del intestino. La cantidad de cloruros está disminuida.

La sangre presenta una eosinofilia marcada. En las formas crónicas hay una anemia con hipoglobulia, traducida por todos sus síntomas; tensión baja, pulso frecuente y á veces irregular, soplo venoso sistólico á nivel del manubrio esternal, etc.

Puede notarse á veces un edema de la cara y extremidades, que no traducen una alteración del riñón, sino una alteración en el metabolismo de los cloruros, retenidos en el período de estado para reaparecer en el momento de la curación.

Vemos pues, que muy poco es lo que podemos tener en cuenta para diferenciarlas clínicamente y que ante un enfermo con el síndrome disintérico, debemos recurrir sin pérdida de tiempo al laboratorio quien se encargará de despejar la incógnita.

---



## COMPLICACIONES

Figura en primer término por su frecuencia y gravedad el absceso de hígado, lesión cuya etiología hasta hace poco desconocida, es hoy considerada como puramente amibiana, llegándose á pensar que no puede haber absceso de hígado sin disentería concomitante.

La disentería que le da origen puede ser indiferente, benigna ó grave, no teniendo nada que ver la gravedad del mal originario con la producción de esta complicación. Puede ser tan benigna como para pasar sin diagnóstico, llegándose á creer en el absceso primitivo de origen disintérico.

Se inicia siempre lo mismo; en el curso de una disentería amibiana ó despues de una curación aparente, una sensación de cansancio con dolor suave y constante en el hipocondrio derecho, generalizado á todo el hígado al principio y teniendo más adelante un punto de mayor sensibilidad, temperatura elevada 40 ó 41, pudiendo ser con.

tinuo, remitente ó intermitente hasta semejar una fiebre palúdica.

El dolor se propaga á la espalda derecha, no pudiendo á veces el paciente acostarse sobre ese lado; tos seca, respiración superficial, disnea, anorexia, estado general, malo. La zona de matitez hepática, toma mayor extensión en todas direcciones, el punto de mayor sensibilidad, indica donde el absceso es más superficial, los sudores nocturnos no tardan en aparecer, el adelgazamiento es notable y se acentúa dia á dia; pálida la cara, de color amarilla terrea la piel, siendo rara vez icterica franca.

Llegado á este estado, si nó se interviene el absceso, puede abrirse paso y desagotarse ya en el exterior, pasando á través de la pared abdominal, caso que por su lentitud pone al paciente en muy malas condiciones aunque sea la vía ideal. A la pleura y de esta al pulmón, caso frecuente; eliminándose por vómica, produciéndose un drenaje insuficiente por tener que hacerse hacia arriba, quedando el enfermo con un achaque crónico, que lo hace terminar en la caquexia, sino se interviene haciendo un drenaje lateral. Hoy teniendo el absceso puerta de salida, cualquiera que sea, sabemos que entra en el número de las afecciones curables, rápida y radicalmente.

Puede abrirse en el peritoneo, pericardio, casos fatales.

El intestino y el estómago también pueden ser órganos elejidos para su desagotamiento.

Otras complicaciones pero nunca de la importancia del

absceso, primero por su frecuencia, segundo por su gravedad, pueden acompañar á la disenteria amibiana.

Su gangrena húmeda de las extremidades, felizmente poco frecuente, es la más terrible de todas, su aparición significa un aniquilamiento del organismo, vencido ya, no puede luchar contra las infecciones secundarias; prodúcese generalmente al principio de las disenterias graves, produciendo proporcionalmente á su frecuencia, más casos fatales que todas las demás complicaciones juntas.

Las peritonitis son frecuentes, como complicaciones terciarias en caso de absceso abierto ó secundarias en las perforaciones intestinales. La disenteria amibiana es la que mayor cantidad de casos de perforación registra, por la lentitud y profundidad de sus lesiones. La muerte es el resultado de esta complicación.

Las peritonitis que pudiéramos llamar plásticas en los procesos crónicos, formados por engrosamiento de la pared intestinal y adherencias peritoneales á nivel de la lesión ínterna, en prevención de una futura perforación.

Las septicemias, ptiemias, pleuresías, infartos venales, esplénicos, abscesos del hígado, bacterianos, son el resultado de infecciones sobreagregadas ó acompañantes de los casos graves.

Todos éstos procesos secundarios pueden producir todas las complicaciones y terminar de todas las maneras que les son habituales.

El riñón puede ser el asiento de una nefritis aguda muy grave, dado el estado del enfermo.

El corazón, puede ser tomado su miocardio ó endocardio en primer término, el pericardio en segundo; todas complicaciones gravísimas.

Las infecciones bacterianas sobreagregadas cuando tienen su asiento en el intestino grueso dan lugar á esa forma de disenteria por suerte muy poco frecuente, llamada gangrenosa.

## ETIOLOGIA

Antes de ocuparme del agente patógeno de la disenteria amibiana, enumeraré algunos bacilos y parásitos que por su ubicación y proceso pueden hacer pensar en la disenteria.

Estos son: el *Balautidium coli*, el *Anguillula estercoralis*, la *Bilharzia*, el *Enterococo*, el *Colibacilo*, el *Bacilo piciánico*, los espirilos enumerados por Le Dantée, el *Bacilo de la enteritis disenteriforme*.

Pero los más confundibles por su sintomatología son los dos agentes principales de las dos disenterias más conocidas y más comunes, la amibiana y la bacilar, la una producida por un bacilo y la otra por una amiba, como sus nombres lo indican.

No me ocuparé en la presente tesis más que de la disenteria amibiana.

El agente patógeno de la disenteria amibiana es la amiba disentérica ó *entamoeba histolítica* (Schaudinn), dife-

renciada de todas las amibas banales, principalmente de la entamoeba coli, de Lósch y otras saprófitas que se encuentran en el intestino humano, por caracteres que le asigna su individualidad, cuestión resuelta por Schaudinn el año 1903, en una célebre memoria publicada en ese año.

Que la entamoeba histolítica ó amiba disentérica es su agente patógeno, está plenamente comprobado por todos los medios á nuestro alcance. La inoculación positiva con materias fecales, directamente tomadas del enfermo, en las que el microscopio ha revelado su presencia; la esterilidad de estas mismas inoculaciones con materias calentadas á 45.º, temperatura que no soporta la amiba. Su presencia infalible en el intestino de todo enfermo y en el lugar de algunas complicaciones, como la pared de la cavidad abscesal. La formación en algunos casos de absceso hepático en gatos á los que el proceso disentérico se ha hecho crónico, son pruebas suficientes para confirmar su patogenia.

Dejaré para el capítulo «Diagnóstico» sus caracteres diferenciales, sobre todo con la entamoeba Coli de Lósch, por no corresponder á este capítulo.

---

## DIAGNÓSTICO

Ante un enfermo que nos presente el síndrome disentérico, tal como lo he descripto en el capítulo «Sintomatología», el diagnóstico de disenteria es fácil.

Todos los procesos propios del intestino grueso y los que pueden elegirlo como sitio de desarrollo, no pueden darnos por mucho tiempo el cuadro disentérico propio, típico.

Un examen prolijo y sostenido puede inclinarnos á un diagnóstico probable; en él entrarán como elemento los signos clínicos y el examen macroscópico de las materias fecales, pero un diagnóstico cierto solo el microscopio puede darlo y secundariamente el resultado del tratamiento.

Enumeraré á la ligera por haberlo ya hecho en otro capítulo, los signos clínicos de probabilidad.

Su principio lento, su desarrollo insidioso, su tendencia hacia la cronicidad, su apariencia de benignidad, esto

en la forma más común, en la forma general, pero por su grado de intensidad todo puede variar; así pues, en las formas crónicas d'emblée, tiene gran analogía con ciertas colitis disenteriformes producidas por muy distintos agentes; aquí la persistencia de la enfermedad hará pensar en la amiba.

Las formas agudas se confunden muy á menudo con la bacilar, sin embargo en esta última el estado general sufre y decae mucho más y más rápidamente.

En las formas benignas, ligeras, los signos clínicos son nulos; el examen de las defecaciones nos da el elemento más característico de la sintomatología y puede ser el único signo de la enfermedad; todas sus formas han sido ya descritas, más ninguna es típica de la amibiana; otras disenterias pueden producirla idéntica.

Durante el período de estado, la constipación es la regla, las materias fecales desaparecen y las deyecciones solo están compuestas por mucus y sangre formadas en el intestino grueso y recto. Cuando la cantidad de sangre es poca falta, puede tomarse como diferencia en las distintas disenterias, el que en la amibiana es muy parecido á tapioca cocida, pero la bacilar la puede producir idéntica.

La reacción de estas materias es siempre alcalina, lo que favorece la pululación de la amiba; ésta desaparece si el medio se torna ácido; este cambio es un buen síntoma ya se haga espontáneamente ó bajo la influencia del tratamiento.

Nada de esto nos da un diagnóstico cierto, es solo el examen microscópico el que no da lugar á error siempre que se haga con las reglas de práctica.

Al examen microscópico á más de la amiba, objeto principal de él, se encuentran otros elementos á veces interesantes:

Gran cantidad de células epiteliales sobre todo en el período agudo.

Glóbulos rojos en cantidad proporcional á la lesión.

Diferentes parásitos, tricomonas intestinales, megastomas, balantidium coli, anguillula estercoralis, que en compañía de la amiba ningún signo los manifiesta por velarlos por completo los de la última.

Antes de terminar con este capítulo, describiré la historia y principales caracteres del agente del mal que nos ocupa.

A Koch se le debe el haber creado la disenteria amibiana, el año 1884 en Egipto, encuentra algunas amibas en las deyecciones de los disentéricos, no las diferencia de las amibas banales, pero les atribuye una acción patógena específica.

Otros investigadores adoptan sus conclusiones por haber encontrado la amiba en los enfermos. Katules llega hasta encontrarla en la pared del absceso del hígado, hecho confirmado más tarde por Connecelman y Lafleur.

Más tarde, en 1893, Krase y Pasquale reproducen la disenteria típica en el gato por inyección intrarectal de deyecciones de disentéricos, muestran además lo inofen-

sivo de la misma operación hecha con materias fecales conteniendo amibas banales, haciendo así una diferenciación de la amiba patógena.

Muchos otros trabajos sobre esta cuestión les continuaron, llegando hasta producir una disenteria crónica en el gato y en algunos casos abscesos hepáticos en este animal.

Más todavía, produjeron disenterias típicas inyectando en el recto pus extraído de un absceso hepático, demostrando de esta manera la naturaleza amibiana del absceso hepático en los disentéricos.

Para mostrar su acción patógena, Marchoux calienta deyecciones disentéricas á 55° y las inyecta intrarectalmente. Esta inoculación fué siempre negativa en contra de las hechas sin maniobra anterior ninguna. Sabemos hoy que la amiba disentérica muere á 45°.

Sin embargo todavía no podía diferenciarse por un examen directo la amiba disentérica de la *Entamoeba coli*, fué Schaudinn que resuelve este problema el año 1903 en una célebre memoria en que describe minuciosamente los principales caracteres de los dos parásitos.

Schaudinn no termina su obra, nos enseña cómo podemos por el microscopio diferenciar la amiba banal de la patógena.

Desde el año 1903 los investigadores se dividen; unos cultivan la amiba, otros buscan sus caracteres morfológicos.

Los primeros cultivan una amiba que resulta saprófita

en el intestino del hombre, en los países cálidos lo mismo que la coli en los países templados.

Los segundos llegan á las conclusiones de que la amiba histolítica de Schaudinn no se encuentra sino excepcionalmente en los disentéricos, tal como él la describe.

Viererk encuentra de una manera constante una amiba que posee en grueso, los caracteres de la de Schaudinn, pero mientras en ésta su enquistamiento es exógeno, en aquélla es endógeno; á más la de Viererk divide su núcleo en cuatro, formando quistes á cuatro núcleos, de donde el nombre de amiba tetrágena. Esta amiba no se cultiva y su inoculación al gato es muy poco virulenta.

Recientemente Hartmann vuelve á la cuestión y demuestra que la amiba histolítica no se encuentra sino rara vez, encontrándose generalmente la amiba tetrágena de Viererk.

En conclusión, se llega á pensar que las dos amibas son igualmente patógenas para la disentería amibiana.

Que la histolítica de Schaudinn la encontramos de preferencia en los procesos agudos y que la tetrágena de Vierech en los procesos crónicos no quita de que puedan tener muy cercano parentesco, y sus pequeñas diferencias no sean sino pequeñas modificaciones producidas en la evolución de un mismo organismo.

Expondré rápidamente los caracteres de cada una.

*Amiba Coli de Lösch.*—Quistes grandes, de 20 á 30  $\mu$ , pared resistente, guardando 8 núcleos bien netos. Cada núcleo da una amiba, rápidamente, adulta, de 25 á 30  $\mu$ .

Uniformemente granulosa, su forma variable por la formación de pseudópodos; inclusiones pequeñas, núcleo esférico, nítido. Coloreado ese núcleo, se muestra rico en cromatina.

Esta amiba, inoculada al gato, siempre es negativa.

*Amiba disintérica, entamaba histolítica de Schaudinn.*— Ectoplasma y endoplasma, perfectamente diferenciado; ectoplasma hialino, sin granulaciones, muy móvil, emite prolongaciones rápidamente, penetrando entre las células, dislocándolas, de donde el nombre de histolítica; su contorno es muy poco visible por lo transparente de la sustancia que lo forma. Endoplasma granuloso, coloración grisácea, con inclusiones, formado en su totalidad por glóbulos rojos; menos móvil que el ectoplasma, se le ve, sin embargo, transportarse de un punto á otro del elemento, guardando siempre su independencia de ectoplasma; núcleo poco visible, coloreado, se muestra pobre en cromatina; esta amiba, inyectada en el recto del gato, da una disentería típica.

*Amiba tetrágena de Viererk.*— Morfológicamente es idéntica á la anterior, enquistamiento endógeno, contrario á la de Schaudinn; divide su núcleo en cuatro, de donde el nombre de tetrágena.

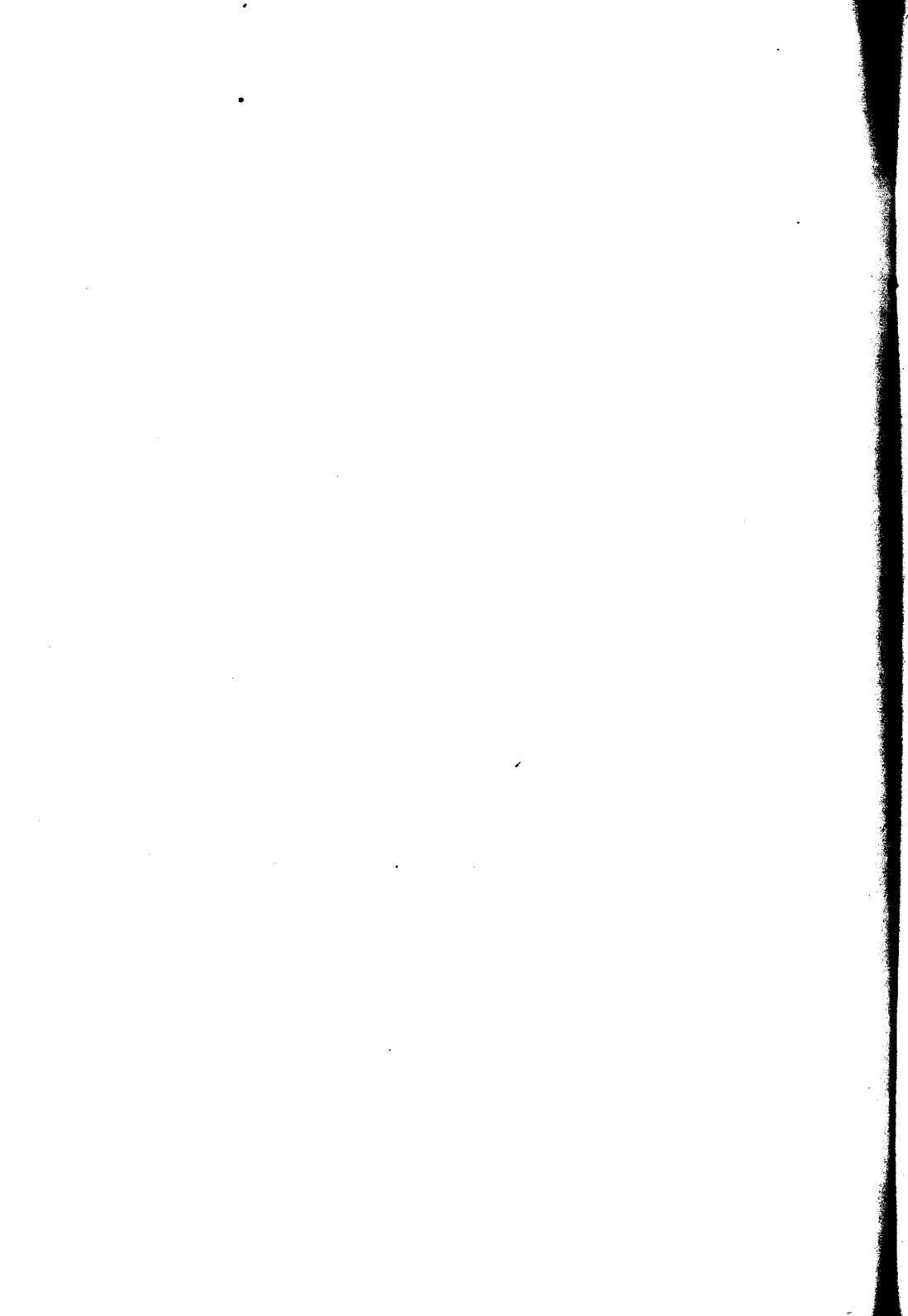
Inoculada al gato, reproduce una disentería típica, pero muy benigna.

Nada, pues, demuestra una diferencia bien marcada entre una y otra; pero en contra las dos producen por inoculación el mismo mal, y las dos se encuentran en los en-

fermos, con preferencia una en los agudos, otra en los crónicos; todo, pues, hace suponer que las dos no sean sino diferentes formas de un mismo organismo, amoldada la tetrágena para una lucha más larga, más sostenida con el organismo atacado.

Pues bien, la presencia de este parásito en las deyecciones de un disentérico es lo único que puede darnos un diagnóstico cierto en un examen rápido.

---



## TRATAMIENTO

Como en mi prólogo digo, el objeto de la presente tesis es hacer conocer algunos casos de disentería amibiana, tratados y curados por el clorhidrato de emetina; entre ellos uno con reacción hepática, otro con gran absceso de hígado en vías de dar salida á su contenido á través de la pared abdominal. En tres casos pude comprobar su etiología por medio del microscopio, y dos en que por las circunstancias en que me encontraba, esperé me diera el tratamiento lo que la falta de microscopio me negaba.

Antes de tratar de la emetina, haré una descripción de los tratamientos más usuales y de mejor resultado, utilizable siempre que no tengamos á mano esta droga.

Los purgantes, repetidos diariamente en cantidad decreciente y en varias dosis diarias; empléanse de preferencia los salinos: sulfato de soda, sulfato de magnesio, sal de Seignette; 20 gramos el primer día, en cuatro dosis: 15 gramos el segundo, en cuatro veces también; 10

gramos el tercero, cuarto y quinto, y 5 gramos durante algunos días. Tienen los purgantes salinos, á más de sus propiedades de tales, los de quitar ese estado nauseoso tan común en los disentéricos. Al mismo tiempo, administranse bebidas calmantes del peristaltismo intestinal y dolor abdominal: láudano, subnitrate de bismuto. Enemas antisépticos y astringentes: tanino, sulfato de quinina, azul de metileno, nitrato de plata al 0.10 por 1000 y 1 por 1000, sumamente doloroso; permanganato de potasio en las mismas dosis, sulfato de zinc, agua oxigenada ó yodada.

El calomel da muy buen resultado por sus propiedades colagogas en un mal en que son tan comunes las complicaciones hepáticas.

La ipecacuana, por vía gástrica de preferencia, es un medicamento heroico; tiene el inconveniente que no todos los enfermos lo pueden soportar; sus efectos eméticos acobardan y es necesario llegar hasta él, pues las dosis tienen que ser fuertes para producir el efecto deseado. Se emplea generalmente á la brasileña, método más usual; 4 á 8 gramos de raíz en 200 gramos de agua, hervir durante 5 minutos, se decanta; el líquido por cucharadas durante el día; sobre los mismos 8 gramos la misma operación durante dos días más. En enema, su efecto curativo es mínimo, aunque perfectamente bien soportado.

En casos de hemorragias, percloruro de hierro, ergotina ó cloruro de calcio.

Todo tratamiento debe acompañarse de una alimentación apropiada y reposo en cama en su principio.

Estos, con algunas modificaciones, según el criterio del facultativo y necesidades del enfermo, eran los tratamientos usuales hasta las ya célebres experiencias del Dr. Rogers.

El Dr. Rogers, médico inglés de Calcuta, observando el buen efecto de la ipecacuana, y viendo las dificultades con que á veces tropezaba para su administración, pensó emplear su alcaloide principal, la emetina. Gran número de experiencias demostráronle el poder extraordinario de la emetina sobre la vitalidad de la amiba, comprobando que soluciones al 1 por 10.000 eran suficientes para inmovilizarla y el mismo resultado pudo obtener con soluciones al 1 por 100.000.

Alentado por tan sorprendentes resultados, lo inyectó al hombre en forma de bromhidrato y clorhidrato por vía subcutánea y en dosis mínimas de 2 á 4 centigramos por día, curando sus enfermos en dos ó cuatro inyecciones.

Tan extraordinarios resultados en un mal difícil y largo en su curación, fueron hechos conocer por el doctor Rogers.

En el transcurso de un tiempo corto su método, con gran cantidad de modificaciones en cuanto á dosis y vías, pero siendo siempre el clorhidrato la sal empleada, es ya universalmente conocido y aceptado como uno de los pocos medicamentos específicos, como el mercurio en la sífilis, como la quinina en el paludismo.

Después de Rogers muchos son los que se han dedicado con gran empeño á comprobar los efectos maravillosos de la emetina.

Dopter y Chauffard en el extranjero son los que más enseñanza nos han dado.

Entre nosotros estos trabajos fueron iniciados por el Dr. Marotta, profesor á quien debemos gran cantidad de conocimientos nuevos en la aplicación del método de Rogers.

Las vías más usuales son, tratándose de disenterías puras sin complicaciones, la subcutánea, la intramuscular, la intravenosa, y en caso de absceso, directamente en la cavidad abscesal; todas éstas con resultados felices, curando rápidamente el enfermo. La vía rectal, como experiencia, fué utilizada por Chauffard con idea de hacer actuar este medicamento directamente sobre las amibas, que por estar mezcladas en el mucus del intestino, escapaban á la acción de la emetina introducida por otra vía, que sólo alcanza á las que se encuentran alojadas en la pared rectal, con resultados muy poco felices, resultando una reproducción del cuadro disentérico durante 24 horas.

Las dosis empleadas están en relación directa á la gravedad del mal, desde 2 á 4 centgs. diarios en los casos benignos, con resultados inmejorables, hasta 20 centgs. en una sola inyección, en manos de Baeman y Heineman por vía intravenosa, se ha recorrido toda la escala, esto en lo que se refiere á la dosis diaria.

Para completar el tratamiento se debe seguir el mismo criterio de la intensidad de la enfermedad.

Dosis mínimas, haciendo un total de 16 á 20 centgs. en los casos leves: 30 á 34 en los casos medianos, elevando mucho más las dosis en casos graves.

Los resultados siempre son los mismos, sorprendentes, no registrándose caso en que el enfermo no mejorara ó reaccionara de una manera imprevista.

Las inyecciones son generalmente muy bien soportadas por el enfermo, no produciendo reacción ninguna.

Contra las complicaciones el efecto de la emetina es idéntico. El absceso de hígado cerrado se estaciona á la primera dosis, no molesta más, pero no cura porque sabemos que ningún órgano de la economía es capaz de reabsorber una colección purulenta por más estéril que sea; en el hígado el absceso cerrado se estaciona, pero para su completa curación es de todo punto necesario dar salida á ese pus. En el absceso abierto actúa de manera asombrosa por mal que el drenaje se haga. Chauffard cita un caso de un absceso abierto en el pulmón, que mantenía una expectoración de 500 gramos diarios, aniquilando poco á poco al paciente, desde hacía más de un año; fué resuelto operarlo. En estas condiciones, este sabio profesor empezó el tratamiento con la emetina con resultado sorprendente; á los 20 días fué dado de alta, curado radicalmente.

En mis observaciones tengo un caso en que el enfermo desde el día anterior al tratamiento se quejaba de dolor

fuerte y constante á todo el hipocondrio derecho, con temperatura subfebril. A la segunda inyección de 6 ctgs. desapareció todo dolor, curando radicalmente con 40 centigramos de clorhidrato de emetina en 8 inyecciones. En este caso sólo había reacción hepática, sin formación de pus todavía, futuro absceso, pero que la emetina abortó.

En todos los casos que publica el resultado no ha podido ser mejor, curación radical.

He empleado dosis elevadas en los casos graves y crónicos y pequeñas en los agudas.

Después de las primeras inyecciones, es decir, las hechas sin interrupción durante varios días, generalmente cinco, los he tenido en observación de tres á ocho días, haciendo como tratamiento final durante tres días que precedían el alta inyecciones que podría llamar complementarias, en previsión de una recaída, no imposible sabiendo lo común que son aún cuando se empleen dosis elevadas, inyecciones de 3 á 4 centigramos diarios, siendo como durante la enfermedad perfectamente soportadas.

---

## HISTORIAS

### Observación I

José L., argentino, 28 años, nació en la ciudad de Santa Fé, reside en Punta Ryele (F. C. F. E.).

*Antecedentes personales.*—Sarampión en la infancia. Blenoarria á los 20 años.

*Enfermedad actual.*—Data de 15 días, dió principio con fuertes cólicos intestinales y movimientos frecuentes de vientre, llegando el quinto día á 21 deposiciones; tenesmo. Ha tenido vómitos y dolores del epigastrio; el primero y segundo día fiebre.

*Estado actual.*—Sujeto de constitución herculea, demacrado, sin deseos de trabajar, dice ha adelgazado mucho en estos pocos días. Hoy ha tenido 19 deposiciones nuco-sanguinolentas, dolor abdominal suave y constante.

*Diagnóstico.*—Colitis disentérica aguda, comprobada al microscopio, amibiana.

*Tratamiento.*—Día 27 de Febrero: 4 centigramos sin novedad.

Día 28 de Febrero: 6 centgrs., ha pasado una noche tranquila, solo se levantó tres veces.

Día 1 de Marzo: 6 centigrs., se encuentra contento y según frase del enfermo, con más fuerzas y deseos de vivir.

Ha tenido en las 24 horas tres deposiciones.

Día 2 de Marzo: 4 centigrs., tiene mucho apetito, ha tenido una deposición blanda; todos sus males han desaparecido.

Se le mantiene cuatro días en observación en que se suspende todo tratamiento.

Día 7 de Marzo: 3 centigrs. de emetima.

Día 8 » » 3 » » »

Día 9 » » 3 » » »

Se da de alta completamente sano.

! !



## Observación II

Humberto C., argentino, 24 años, nació en Buenos Aires, reside en Formosa.

*Antecedentes personales.*—Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—Data de dos meses, dió principio con evacuaciones frecuentes normales al principio, líquidas después nuco-sanguinolentas á los 10 días en que llegó á 15 deposiciones; adelgazó mucho, fué tratado sin llegar á curar completamente. El 27 de Enero día que lo veo ha tenido 9 deposiciones mucosas con pequeña cantidad de sangre algunas.

*Diagnóstico.*—Disentería amibiana, comprobada por el microscopio.

*Tratamiento.*—Clorhidrato emetina.

Día 27: 4 centigrs., vía subcutánea.

Día 28: 6       »       tiene solo tres deposiciones con poco mucus y sin sangre; está contento.

Día 29: 6 centigrs., una deposición sin mucus ni sangre.

Día 30: 4 centigrs., se constipa, un enema. Cinco días en observación en que regulariza su vientre.

El 5 de Febrero una inyección de 3 centigramos de clorhidrato de emetina.

Día 6: 3 centigramos.

Día 7: 3 »

Se da de alta completamente curado.

---

### Observación III

Zacarías G.—50 años.—Paraguayo, cochero, nació en Asunción; reside en Formosa.

*Enfermedad actual.*—Es un viejo colítico, sufre desde hace 7 años, con alternativas de aparente curación, desde hacía más de un año no le molestaba mayormente.

En el mes de Diciembre salió á traer una hacienda á 56 leguas de Formosa. Durante este viaje lo tomó un temporal, sintiendo tres días después su colitis más intensa que otras veces. Lo veo el 6 de Febrero muy adelgazado y quebrantado, se encuentra muy abatido. Ha tenido todos estos días anteriores de 5 á 12 deposiciones mucosanguinolentas típicas.

*Diagnóstico.*—Colitis disintérica crónica. Sin buscar su etiología hago tratamiento con emetina.

*Tratamiento.*—Día 8 de Febrero 2 centígr. Día 9, habiendo una leve mejoría aumenta la dosis 6 centígr. Mejoría franca el día 10; lo encuentro alegre y me manifiesta no haber estado nunca tan bien; inyéctole 8 centigramos.

Tiene dos deposiciones blandas sin sangre ni mucus;

come con gran apetito y no lo que le indico, sinó lo que desea.

Día 11 de Febrero 8 centígr.; deposición normal blanda. Día 12 de Febrero 6 centígr.; se constipa; enema.

Se suspende todo tratamiento durante ocho días en que se regulariza perfectamente.

Antes de darle de alta, tres inyecciones de 3 centígr. cada una, todas perfectamente soportadas, no dando signo alguno de intolerancia.

#### Observación IV

Rogelio D.—Español, 41 años, hace un año que está en Formosa.

*Enfermedad actual.*—Colitis disintérica amibiana, con todo su cuadro sintomatológico, gran cantidad de amibas en sus materias fecales. Su enfermedad data desde cinco meses.

Desde la tarde del día anterior al que me vé, se queja de dolor general en todo el hipocondrio derecho, sin punto de mayor sensibilidad; á la palpación, hígado un poco grande; 90 pulsaciones; 37°2 de temperatura.

*Tratamiento.*—Clorhidrato de emetina. Día 16 de Febrero 4 centígr.; 17 de Febrero 6 centígr.; gran mejoría, cesa todo dolor, cuatro deposiciones sin sangre; 18 de Febrero 10 centígr., dos deposiciones sin sangre ni mucus; mucho apetito; 19 de Febrero 6 centígr.; 20 de Febrero 4 centígr.; constipación, después de la inyección tiene un vahído, náuseas, facie pálida, que no sé si atribuir á la inyección; pasa sin consecuencias.

Cinco días sin tratamiento, en los que se cura completamente.

Al sexto día 4 centígr., sin molestarle; al siguiente día 33 centígr., y finaliza con otros 3 centígramos.

Se dá de alta completamente curado.

### Observación V

Saturnino M., argentino, 27 años, soltero, nació en Paraná, reside en Clorinda (Formosa), profesión cazador.

*Antecedentes personales.*—Viruela á los 15 años, paludismo á los 24, tratándose desde que se inició. Pasa meses sin sentir nada; cuando el tiempo amenaza lluvia vuelven sus chuchos.

*Enfermedad actual.*—Data de 17 días, dió principio con dolor suave y constante del hipocondrio derecho con poca temperatura, quebrantamiento general; día á día aumenta su dolor y fiebre, por lo que me llama.

*Estado actual.*—Sujeto en mal estado general, sumamente delgado, facie térrea sudorosa, aliento fétido, lengua saburral, 120 pulsaciones, 39°8 de temperatura.

Al examen general pulmones normales, algunos rales medianos base derecha, excursión respiratoria poco disminuida.

Hígado grande, borde superior muy poca variación; borde inferior á tres dedos del reborde costal. Nótase una zona sumamente sensible comprendida entre las líneas mamilar y axilar reborde costal y sexto espacio intercostal derecho.

En la parte inferior de esta zona se nota una más pequeña coloreada suavemente y al tacto fluctuante.

Interrogo al enfermo y me dice que desde hace tres meses tiene deposiciones frecuentes, mucosas al principio y después muco-sanguinolentas; fué tratado en la Asunción sin llegar á curar bien.

*Diagnóstico.*—Colitis disintérica amibiana con absceso de hígado secundario.

*Tratamiento.*—Con trócar punzo en el lugar coloreado, paso la piel y casi inmediatamente caigo en el absceso; da salida á 180 gramos de pus. Inyecto en la cavidad 10 centigramos de clorhidrato de emetina en 20 c.<sup>3</sup> de suero fisiológico.

Segundo día: 5 centigramos subcutáneamente; se encuentra mejor.

Tercer día: 10 centigramos, no tiene dolor aunque por el lugar de la punción da salida á pus en poca cantidad; tiene una deposición blanda pequeña.

Cuarto día: 10 centigramos en la cavidad abscesal y 5 subcutáneos perfectamente soportados. Se encuentra bien, con apetito; se constipa un poco; el lugar de la punción da pus.

Tres días sin tratamiento; la pared supura.

Al cuarto día 6 centigramos subcutáneos.

Al quinto » 5 » »

Al sexto » 4 » »

Lo dejo, pues tengo que regresar á ésta, completamente bien, solo supurando el lugar de la punción.

## CONCLUSIONES

Del escaso número de observaciones que publico y de los que la literatura médica nos da, podemos llegar á las conclusiones siguientes:

Que la emetina es para la disenteria amibiana su remedio específico.

Que en un tratamiento bien hecho la cura es rápida y radical.

Que á más de ser eficaz es completamente inócua, aún en dosis elevadas, no pudiéndose señalar el más mínimo signo de intolerancia.

Que las vías subcutáneas, intramuscular é intravenosa son las que más favorecen la acción del remedio.

LUDOVICO FACIO





Buenos Aires, Abril 14 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Pedro Lacavera, al profesor titular Dr. Ignacio Allende y al profesor suplente Dr. Leónidas J. Facio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

EDUARDO OBEJERO

*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Abril 22 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2770 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou*  
Secretario

30596

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Recaída de la disentería amibiana, tratada por el clorhidato de emetina.

*Lacacera.*

### II

Ventajas de este tratamiento sobre el de la ipeca en sustancia.

*I. Allende.*

### III

Acción de la emetina en las afecciones hepáticas de origen microbiano.

*L. J. Favio.*

