

En cuanto á las causas ocasionales que producen la enfermedad en casos aislados ó que durante el curso de una epidemia la determinan en los diversos individuos, no se diferencian sensiblemente de las que se acaban de enumerar: así, pues, los excesos, los irritantes del conducto digestivo, las pasiones tristes, la inspiracion de las materias pútridas, el uso de frutas verdes, una alimentacion insuficiente, etc., pueden ocasionar una disenteria esporádica, ó bien existiendo la epidemia, producir la enfermedad en un sugeto, que sin la accion de estas causas no hubiera quizá sido atacado. Muchos son los ejemplos de individuos acometidos de disenteria, por haber asistido á una exhumacion hecha sin precaucion, á la abertura de pozos de inmundicia, á la diseccion de un cadáver que exhalaba un olor pútrido, etc.

*Contagio.*—Como contagionistas citaremos á Lind, Pringle, Zimmermann, Pinel, Perey, Desgenettes, Delioux de Savignac, Potel, quienes sostuvieron con brillantez el contagio (1).

Para algunos médicos nada hay mejor demostrado; mas por el contrario, para otros no existe esta causa, ni aun en los casos de epidemia, y entonces no hay mas que una simple infeccion. Todavía no son generalmente bastante exactas las observaciones para que se pueda pronunciar un fallo decisivo sobre este punto; sin embargo, hay cierto número de hechos que tienden á probar la existencia del contagio, á lo menos en ciertos casos particulares; así es como se asegura que se han visto que algunos sugetos contraen la disenteria por haberse sentado en un servicio que contenia materias excrementicias expelidas por un disentérico. ¿No habrá en todos estos casos una accion semejante á la que producen los cuerpos en putrefaccion? Tambien se ha observado que esta enfermedad podia ser importada por los enfermos á un lugar á donde antes no existia, y comunicarse con rapidez. Sirva de ejemplo el hecho siguiente referido por Fallot: Unos soldados que venian del hospital de Lovaina introdujeron en el hospital de Namur la disenteria; la cual contrajeron otros enfermos pero sin traspasar los límites del hospital.

Delioux de Savignac (2), ha recogido muchos hechos que no le dejan la menor duda.

*Epidemias.*—Cualquiera que sea la opinion que se haya creido deber adoptar (y esto importa poco en la práctica), relativamente al contagio ó á la infeccion, no se podrá menos de reconocer que la disenteria se puede observar epidémicamente, siendo en tal caso una de las enfermedades mas graves. Frecuentemente la disenteria ataca á la vez á un gran número de personas; y no basta la constitucion médica para explicar el desarrollo de esta enfermedad á un mismo tiempo en tantos individuos presentando idénticos caracteres, cosa

(1) Potel, thèse inaugurale, 1831.

(2) Id., *ibid.*, p. 51.

que sugiera la idea de considerarla como un hecho especial producido por un agente mórbido análogo al que engendra el tifus y otras enfermedades infecciosas.

De la asimilacion entre la disenteria y las enfermedades infecciosas resulta, que hay que admitir: 1.º forma epidémica; 2.º enfermedad desarrollándose particularmente en las grandes reuniones de hombres, sobre todo, cuando tienen lugar en sitios aislados; 3.º formacion de fosos con irradiacion lejana.

### § III.—Clasificacion y síntomas.

Para hacer la descripcion de la disenteria no es conveniente dividir esta afeccion en esporádica y epidémica; pues si bien es cierto que esta enfermedad adquiere por lo regular una violencia extraordinaria en las epidemias, y que en el estado esporádico presenta casi siempre un carácter de benignidad, no es dudoso que algunos casos aislados son á veces tan intensos como los epidémicos, y que por el contrario, se encuentran en las epidemias casos tan leves como los de la disenteria esporádica.

La disenteria no se presenta siempre con los mismos síntomas; así es que el predominio de algunos de ellos ha sugerido diversas clasificaciones. Zimmermann (1) admite cuatro especies principales: la primera se acompaña de *fiebre inflamatoria*; la segunda de *fiebre biliosa ó pútrida* y es la mas comun; la tercera de *fiebre maligna*, y la cuarta es la de *forma lenta ó crónica*.

Stoll (2) no puede concebir la disenteria sin reumatismo intestinal, admitiendo seis formas: 1.ª disenteria reumatismal simple, sin complicaciones; 2.ª disenteria reumatismal biliosa simple; 3.ª disenteria reumatismal biliosa febril; 4.ª disenteria pútrida; 5.ª disenteria inflamatoria; 6.ª disenteria reumática.

Trousseau (3) está casi conforme con la clasificacion de Stoll, pues hace una clase de la forma biliosa y añade una sexta forma que llama intermitente palustre.

Cornuel (4) en una Memoria interesante acerca de la disenteria que reinó en la Guadalupe en 1837, ha distinguido las especies siguientes: *disenteria gangrenosa y mucoso-sanguinolenta*, *disenteria biliosa y disenteria serosa*.

Delioux de Savignac (5) admite ocho formas, que son la simple ó catarral, inflamatoria, biliosa, tifoidea, gangrenosa, hemorrágica, perniciosa, reumatismal y crónica.

(1) Zimmermann, *De la dysenterie*.

(2) Stoll, *Ratio medendi*.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 157.

(4) Cornuel, *Memoire sur la dysenterie observée à la Basse-Terre (Guadeloupe)*. (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1842, t. VIII, p. 100 et suiv.)

(5) Delioux, *Traité de la dysenterie*, p. 132.

Por consiguiente, es mejor dividir la afección en *febril* é *infebril*; porque se puede decir sin temor que los signos de reacción marcan á lo menos en cierta época de la enfermedad la medida de la violencia del mal, pero nosotros damos la preferencia á la clasificación de De-lioux de Savignac.

1.º *Disenteria no febril*.—Esta especie de disenteria es la que algunos autores han descrito con el nombre de *benigna*, y es la que se observa casi siempre, como he dicho mas arriba, en los casos de disenteria *esporádica*. Sus síntomas se parecen mucho, como ya viene indicado, á los de la enteritis simple. Por lo comun empieza por dolores y retortijones de vientre, seguidos bien pronto de dolores mas intensos en el trayecto del cólon, y de una necesidad urgente de deponer. Estos dolores de vientre y estas deyecciones se repiten con intervalos regularmente cortos, y bien pronto sobreviene el síntoma, á que se ha dado el nombre de *tenesmo*. Los enfermos experimentan la necesidad de obrar, sienten pujos por lo comun hácia la parte inferior del intestino grueso, y si se sientan en el servicio, hacen esfuerzos fatigosos y dolorosos sin conseguir expeler materia alguna.

Las *materias* expelidas son al principio fecales y líquidas. Algunas veces contienen porciones de alimentos mal digeridos; pero mas adelante es solo un *moco sanguinolento*, viscoso, y á veces espumoso. En ciertas ocasiones tambien se encuentran en las materias excrementicias *pedazos pseudo-membranosos*, acerca de cuya naturaleza me explicaré mas adelante; pero es preciso decir que es muy rara esta circunstancia en los casos de que se trata.

No hablaré de otros muchos síntomas que se han atribuido á esta especie de disenteria, porque pertenecen exclusivamente á aquella de que vamos á hablar en seguida, y me limitaré á añadir, que una *debilidad* mas ó menos grande, cierta *sensibilidad al frío*, un *pulso* normal ó un poco débil y tardo, son los únicos *síntomas generales* que acompañan á esta ligera afección.

2.º *Disenteria febril*.—Esta forma es la que se manifiesta casi exclusivamente durante el curso de las epidemias. Se la ha llamado *disenteria maligna*, *grave*, etc. En efecto, solo se distingue de la precedente por la diferencia de intensidad de los síntomas. Sin embargo, Masselot y Follet han dicho que no habia reacción en los casos muy graves; pero esta asercion, que se halla desmentida por un considerable número de observaciones, no ha sido sin duda emitida por estos dos apreciables observadores, sino porque han examinado los enfermos en una época demasiado avanzada. En efecto, se ven en su Memoria casos de suma gravedad que fueron acompañados de un movimiento de reacción manifiesto, y tambien se advierte que en cierto número de enfermos se olvidaron examinar los síntomas generales.

*Invasión*.—El principio de la afección es muy diferente, segun los casos. Unas veces empieza la disenteria por los síntomas locales, y

otras, estos no sobrevienen sino despues de síntomas generales mas ó menos intensos y de diversa duracion. En este último caso se observa alguna cefalalgia, sed, algunas veces vómitos, frecuencia de pulso, aumento de calor, y despues aparecen los dolores de vientre y se presenta la disenteria con todos sus caractéres. En los casos de suma gravedad, los enfermos pasan muy pronto del estado de salud á un estado morboso muy grave, porque los síntomas generales y los locales han sobrevenido simultáneamente con excesiva prontitud; á veces bastan síntomas locales muy violentos para producir este efecto. Esta especie de *invasión fulminante* casi no se observa mas que en las epidemias.

*Síntomas*.—Los *dolores de vientre* son con frecuencia de extrema violencia, y ocupan toda la extension del vientre, pero principalmente el trayecto del intestino grueso; síguenlos muy pronto *deposiciones líquidas* como en la forma precedente; pero se hacen mas rápidamente mucosas, mucoso-sanguinolentas, y á veces muy teñidas de sangre, principalmente cuando es muy marcado el *tenesmo*. Se han visto enfermos que hacian ciento y doscientas deposiciones, sufrir retortijones sumamente violentos y no expeler mas que una corta cantidad de *materias viscosas* perfectamente mezcladas con un poco de sangre. Tambien hay *dolores* mas ó menos vivos en el *ano*; el enfermo experimenta la sensacion de un cuerpo extraño en la parte inferior del recto, ó bien una sensacion de escozor, que puede llegar hasta una sensacion de quemadura.

En estos casos es cuando se encuentra en las deyecciones *esos copos*, esos *pedazos pseudo-membranosos*, que algunas veces presentan la forma del intestino, y que han hecho creer que se habia expelido una parte del mismo, ó á lo menos de su membrana interna. Ya volveré á hablar sobre este punto al tratar de la *anatomía patológica*, concerniente á esta afección.

Solo en una época avanzada de la enfermedad, y luego que esta ha adquirido cierto carácter de cronicidad, es cuando se encuentra verdadero *pus* en las deyecciones, y aun entonces conviene advertir que esta materia no se halla tan frecuentemente como han pretendido algunos autores. Masselot y Follet, que han fijado su atencion en este punto, no han visto arrojar pus por cámaras mas que en un solo caso; pero este era muy notable, puesto que el pus salia, por decirlo así, involuntariamente.

En los demás órganos, nada se observa que tenga relacion con la violencia de estos síntomas concentrados en el abdómen. La inapetencia, la sed, regularmente intensa, la dificultad mayor ó menor de respirar, ocasionada principalmente por la ansiedad que producen los dolores de vientre, tales son los síntomas orgánicos propios de la disenteria.

Los *síntomas generales* son por el contrario numerosos y muy intensos. La *piel*, que en un principio está *caliente*, se pone luego

*fria*, especialmente en las extremidades, cuando la enfermedad hace grandes progresos. Ordinariamente está *seca*, y á veces *rugosa*, y solo en la disentería algo intensa se observan los *sudores* mas ó menos abundantes de que hemos hablado en la *enteritis aguda*. El *pulso*, que es frecuente al principio, se hace ordinariamente duro, despues pequeño, filiforme y miserable, y unas veces conserva su frecuencia ó la adquiere mayor, y otras se pone mucho mas lento. Lo mismo sucede con los *latidos del corazon*, que nada ofrecen de particular.

La *cara*, que en los primeros momentos manifestaba por su expresion violentas angustias, lleva marcado el sello del desaliento y del abatimiento. Las facciones se afilan, los ojos se ponen lánguidos y apenas se entreabren con dificultad. A veces cambia esta expresion y se contraen momentáneamente las facciones, porque ha venido un retortijon; pero inmediatamente despues vuelve la misma expresion de abatimiento. En los últimos momentos la cara toma el aspecto á que se ha dado el nombre de *cara hipocrática*.

Las *fuerzas* se abaten pronto en la disentería, y hácia el fin de la enfermedad, cuando debe terminarse por la muerte, los enfermos toman esa actitud de abandono que hace que si se los incorpora en la cama, sea menester sostenerlos.

La *sensibilidad al frio* sigue progresando; así es que los enfermos se hacen un ovillo para calentarse, y por lo comun caen en un estado de *soñolencia* frecuentemente interrumpida por retortijones de vientre y la necesidad de deponer.

Sin embargo, en medio de estos síntomas tan graves, permanece íntegra la *inteligencia*, y si los sugetos parecen indiferentes á lo que pasa á su alrededor, es mas bien á consecuencia del abatimiento de las fuerzas y del aniquilamiento que resulta de padecimientos tan vivos, que por que se hallen debilitadas sus facultades intelectuales. En fin, el *enfriamiento* hace progresos, la circulacion y la respiracion se entorpecen de cada vez mas, y los enfermos mueren sin presentar una verdadera agonía ó despues de una muy corta.

En los casos que se terminan por la curacion, empiezan á disminuir los dolores de vientre y las deyecciones, y despues se hacen notablemente menos frecuentes y menos intensos. En seguida se observan algunas porciones de materias fecales envueltas en moco; el calor vuelve, el pulso se desarrolla y los enfermos entran ordinariamente en una convalecencia que por lo comun es muy rápida.

Uno de los puntos que merecen llamar la atencion del médico, es el estado de las funciones digestivas: en los enfermos en que se presenta la forma aguda, febril, epidémica y verdaderamente infecciosa, no hay tiempo ni medios de modificar el estado de las digestiones, y la dieta es la indicada. No sucede así cuando la forma de la enfermedad es sub-aguda ó crónica, y mediana su intensidad, siendo entonces muy importante saber si el enfermo digiere. Lo mas comun

es que no haya únicamente enteritis con deposiciones muco-sanguinolentas; se observa la diarrea lientérica por falta de digestion, ó al menos por disminucion muy notable de las facultades digestivas, atravesando el intestino los alimentos sin ser modificados como deben serlo. Estos casos son rebeldes, y el médico debe tratar de encontrar el alimento de mas fácil digestion ó que mejor sea tolerado. Cuando la terminacion del grueso intestino es la sola atacada y modificada por la enfermedad, entonces las digestiones se hacen bien y las materias fecales son casi duras, al mismo tiempo que hay deposiciones sanguinolentas. La dispexia diarréica prolongada y la pérdida de sangre, suelen llevar á los enfermos á un estado de anemia pronunciada.

*Complicaciones*.—Con Delioux (1) admitimos una sola especie de disentería; las formas varían, pero la enfermedad es una; el géneo mórbido es siempre el mismo. No confundiremos las formas con las complicaciones, porque las primeras dependen de una modalidad en las lesiones anatómicas fundamentales, y las segundas consisten en la union de otras lesiones, á las cuales se añade la de la disentería.

Con Delioux de Savignac reconocemos dos variedades de complicaciones: A., las de forma aguda; B., las de forma crónica.

A. En las Antillas, en el Senegal, allí en donde la hepatitis es epidémica, se observa muy frecuentemente la disentería complicada con la inflamacion del hígado. El doctor Cambay (2) ha descrito una *disentería hepática*, es decir, una disentería que va acompañada de una inflamacion del hígado. Este autor ha observado que esta especie de disentería puede presentarse de tres maneras diferentes. En la primera, la disentería existe principalmente, y da origen á la afeccion del hígado ó es seguida de ella; en la segunda, la afeccion hepática preexiste y causa consecutivamente la disentería, y finalmente, en la tercera, las dos enfermedades nacen simultáneamente, y es imposible reconocer cuál de las dos ha precedido á la otra.

Esta complicacion es rara en los países templados, y si no hay hepatitis, absceso del hígado, puede existir una congestion hiperémica, que es siempre una complicacion seria.

La *fiebre tifoidea* es una complicacion poco comun de la disentería, y que Delioux casi rechaza. Sin embargo, esta complicacion ha sido observada por Trousseau y Parmentier (3), por Bretonneau, por Colson (4).

(1) Delioux de Savignac, *ouvrage cité*, p. 53.

(2) Cambay, *De la dysenterie et des maladies du foie qui la compliquent*. París, 1847.

(3) Trousseau et Parmentier, *Mémoire sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans le département d'Indre-et-Loire en 1826* (*Archives de méd.*, 1.<sup>a</sup> série, t. XIII y XIV.)

(4) Colson, *Rapport sur les maladies qui ont régné sur l'établissement pénitentiaire de l'Île-la-Mère* (Guyane française), 1853-1854. Thèse de Montpellier, 1855.

Stoll, en virtud de sus ideas acerca de la naturaleza reumatismal de la disentería, cree posible la metastasis sobre los *órganos respiratorios*, opinion dudosa por lo que se refiere á la forma aguda, no pudiendo decirse otro tanto de la forma crónica.

Victor Bigot (1) ha visto en la India complicarse tres casos de *cólera* con disentería aguda.

Es muy discutible la complicacion del *escorbuto*, admitida por ciertos autores, á pesar de que no pueda confundirse la diarrea sanguinolenta del escorbuto con la disentería. No obstante, médicos de la Marina, creen de buen grado que la disentería puede favorecer la aparicion del escorbuto.

Varias *erupciones* fueron observadas en el curso de la disentería, y se ha querido hacer de está complicacion una especie particular, distinguiéndola con el nombre de disentería *exantemática*, *erisipelatosa*, *miliar*, *papulosa*, etc.; pero las investigaciones de otros autores no han confirmado esto, y creen que tales casos no son otra cosa mas que simples coincidencias. No sucede lo mismo con la disentería *reumatismal* y *verminosa*. Notamos, en efecto, que en casos de epidemia, en que por consiguiente han sido atacados de la enfermedad un gran número de individuos en muy diversas condiciones, se han comprobado estas complicaciones que dan lugar á especies distintas. Mayne (2) observó en una epidemia de disentería que reinó en Irlanda, complicaciones que hasta entonces no habian sido marcadas, la produccion de una *inflamacion de las venas de los miembros inferiores*, presentándose la forma adhesiva cuando la enfermedad era crónica, y la forma supurativa durante el período de agudeza: una segunda complicacion fué la *hidropesia de los órganos parenquimatosos ó de las membranas serosas*, en particular de la aracnoides; y en fin, una complicacion mas curiosa todavía y que se mostró en casos muy antiguos, ha sido la aparicion de una salivacion intermitente sin fetidez de aliento, sin vacilacion de los dientes, alternando con síntomas cerebrales é intestinales.

Muchos autores, y en particular Torti (3), Morton (4) y P. Frank (5), han insistido sobre esta especie particular, fundándose en que las epidemias de disentería han coincidido con epidemias de fiebres intermitentes, y en que los febricitantes parece que contrajeron la enfermedad mas fácilmente que los demás. Muy recientemente todavía, como hemos visto poco hace, Masselot y Follet han indicado esta coincidencia que era muy notable en la epidemia que han descrito, y aun han llegado hasta mirar como idénticas la causa de la disentería

(1) V. Bigot, *Essais d'une classification de la dysenterie*. Thèse de Paris, 1861.

(2) Mayne, *Dublin quarterly Journal of medicine*, t. X, p. 352.

(3) Torti, *Therapeutica specialis ad febres periodicas perniciosas*.

(4) Morton, *Opera medica*.

(5) P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, tomo I, p. 611.

y de la fiebre intermitente. Artigues (1), Empis (2), Gestin (3), Lebozec (4), Delieux de Savignac (5), han admitido esta forma de disentería con algunas variantes en sus opiniones; los unos no ven mas que una afeccion intermitente coleriforme, los otros la consideran como una especie particular. Trousseau (6) admite una forma intermitente ligera que se observa en localidades en donde existen las fiebres palúdicas.

B. Las complicaciones de la forma crónica no se observan mas que en los países cálidos; sin embargo, alguno que otro caso se ve en nuestros climas.

Las enfermedades agudas del hígado son excepcionales, y no sucede lo mismo con la *cirrosis*, que aunque rara, parece exclusiva de la forma crónica.

Las caquexias disentéricas y *palúdicas* pueden complicarse la una con la otra y agravarse naturalmente: la primera parece subordinada á la segunda.

La complicacion *escorbítica* es mas frecuente en esta forma que en la aguda, cosa que no pasa en el *cólera*, al cual predispone el escorbuto.

Por parte de los órganos respiratorios se observa á menudo la *bronquitis crónica* y la *tuberculizacion pulmonal*. En esta forma la metastasis puede manifestarse sobre el pecho por dolores pleuríticos y por pleurodinias.

Las complicaciones *reumatismales* son muy comunes, y las hemos observado en las articulaciones de la rodilla y de la espalda: la fluxion articular es pasajera lo mas frecuentemente, algunas veces permanente, profunda, y da lugar á derrames considerables.

Delioux de Savignac ha citado la *ascitis* y la *hipertrofia del bazo*, cuando hubo complicacion palúdica; la *anemia* y la *peritonitis*.

Por lo tanto, me limitaré á indicar como complicaciones de la disentería, las enfermedades de los diversos órganos abdominales, tales como las *hemorroides*, las *anginas*, etc., y sin embargo, todo induce á creer que no hay en los casos de esta especie mas que simples coincidencias.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la disentería infebril, así como el de la febril, es por lo comun muy rápido y continuo. En algunas horas ó en muy pocos

(1) Artigues, *Bulletin de l'Academie de méd.*, t. VIII, p. 589.

(2) Empis, *Archives de méd.*, Noviembre, 1831.

(3) Gestin, *Epidémie de dysenterie dans le canton de Pontaven (Finistère)*. (*Archives gén. de méd.*, 5.<sup>a</sup> série, t. XII.)

(4) Lebozec, *Relation de la campagne de l'Alger dans la mer Noire en 1855*. Thèse de Montpellier, 1858.

(5) Delieux de Savignac, *ouvrage cité*, p. 153.

(6) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 163.

días llega la enfermedad á su mas alto grado. Algunas veces se han observado *recaidas* manifiestas, ya que las haya ocasionado un mal régimen, ó bien que en una epidemia sobreviniese una recrudescencia en el momento en que el enfermo creia estar próximo á su curación. También se han notado con bastante frecuencia verdaderas *recidivas*; porque la disentería no es de aquellas enfermedades que no se padecen mas de una vez en la vida, y á la que estan predispuestos particularmente ciertos sugetos que son atacados de ella con frecuencia.

La *duracion* de la enfermedad es muy variable, y sobre todo, influye mucho el tratamiento. Efectivamente, tratada cual conviene la *disentería no febril*, puede muy bien disiparse en dos, tres ó cuatro días. Por el contrario, la *febril* dura á lo menos un septenario, y no es raro ver que se prolongue mas, sobre todo, en tiempo de epidemia.

La *terminacion* de la *disentería no febril* es constantemente favorable á no mediar circunstancias del todo excepcionales. La disentería febril *esporádica* se cura fácilmente en la mayor parte de los casos; pero sucede lo contrario en la disentería *epidémica*. Segun los datos estadísticos que presentan los autores y especialmente Ozanam, la disentería es quizás de todas las enfermedades epidémicas, la que mas frecuentemente se termina por la muerte.

En la epidemia observada por Cornuel (1), la mortalidad ha sido de 11,41 por 100. Esta terminacion fatal puede verificarse en muy poco tiempo, y asi es como se han visto sucumbir algunos enfermos en menos de dos ó tres días. Por el contrario, algunas veces tiende á pasar al estado crónico y entonces presenta algunos caracteres que se expondrán mas adelante.

*Consecuencias de la disentería.*—En medio de las alteraciones ó trastornos funcionales sobre los cuales debe fijarse la atencion, citaremos particularmente la *anemia* y la *paraplegia*.

La *anemia* de las personas atacadas de disentería durante largo tiempo es proverbial, así es que se encuentra una palidez caquética muy pronunciada en la convalecencia de la mencionada enfermedad. No solamente el rostro está pálido, sino que el enflaquecimiento es excesivo, notándose en la fisonomía una expresion de insensibilidad y de inmovilidad que desde luego choca; las arrugas se marcan profundamente dando al rostro el aspecto de la *facies senil*; al mismo tiempo se observa edema de las extremidades, ruido de soplo en el corazon y en los vasos, palpitaciones, debilidad hasta producirse muchas veces el síncope, neuralgias, etc., en fin, todos los síntomas de la anemia, y es un peligro sério el que en este estado experimenten un hambre devoradora, pues deben estos enfermos someterse á un régimen severo.

(1) Cornuel, *Mémoire sur la dysenterie observée à la Basse-Terre* (Mem. de l'Académie de médecine. Paris, 1842, t. VIII, p. 101).

La *paraplegia* se observa en muchos disentéricos, afectando solamente la sensibilidad; y en los miembros superiores, tronco y cara, se halla igualmente una disminucion de la sensibilidad: en los casos en que la parálisis ataca á la vez á la sensibilidad y movimiento de las extremidades inferiores, el enfermo cae al levantarse el primer día, atribuyéndose á debilidad lo que es imposibilidad de tenerse en pie, una verdadera parálisis. La paraplegia suele ser incompleta y puede desaparecer despues de varias semanas ó meses; se han visto, sin embargo, persistir indefinidamente.

### § V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas de la disentería han suscitado discusiones muy interesantes, sobre todo, en estos últimos tiempos. Hipócrates creia que esta afeccion era ocasionada por *úlceras intestinales*, opinion que fué seguida hasta que Sidenham manifestó que en ciertos casos no habia ninguna ulceracion. Hace algunos años que adoptando Thomas la opinion de los antiguos, consideró como carácter esencial de la disentería, las úlceras del intestino grueso, y recientemente Gely, Masselot y Follet han vuelto á suscitar esta importante cuestion.

En concepto de todos estos autores, no existen estas úlceras al principio de la disentería, sino cuando ya lleva algunos días de existencia. Pero ¿qué es lo que se encuentra antes de que aparezcan las úlceras? Nada mas que el engrosamiento, la hinchazon y el reblandecimiento mas ó menos profundo de las paredes del intestino, es decir, los signos de una inflamacion violenta. No se ven, como en la *fiebre tifoidea* y en la *tisis*, alteraciones especiales que anuncien la naturaleza primitivamente ulcerosa de la lesion. Esta es una razon que nos induce á creer que las úlceras disentéricas solo son debidas á una inflamacion muy intensa. Es verdad que Thomas dice que las ha visto empezar constantemente por el orificio de los folículos; pero Gely, que ha hecho sobre este punto investigaciones muy interesantes, ha visto muchas veces que la abertura dilatada de los folículos podia tomarse por una verdadera ulceracion. Por otra parte Masselot y Follet, que han emitido opiniones particulares de que hablaré mas adelante, atribuyen la ulceracion á dos causas principales; en primer lugar, al reblandecimiento del cuerpo mucoso, y en segundo lugar, á la gangrena.

Cualquiera que sea el modo con que se formen estas úlceras, se presentan bajo muy diversos aspectos, que Gely ha descrito perfectamente. Unas veces son vastas destrucciones de la membrana mucosa, que invaden á mayor ó menor profundidad los tejidos subyacentes, ponen á descubierto la membrana muscular, y á veces tambien penetran, como ha referido algunos ejemplos Thomas, hasta la mem-