

Colitis Crónicas no Disentéricas y Bacilos Disentéricos*

Por el Dr. José Tomás Rojas

Hace aproximadamente dos años que atendía de una colitis crónica, al parecer banal, al cirujano dentista I. G. A pesar de la forma clínica ligera, mucosa, no ulcerosa, permanecía rebelde la afección a los medios ordinarios de tratamiento. En un momento de exacerbación de los síntomas crónicos, el laboratorista doctor Castrejón tuvo la feliz ocurrencia de hacer copro-cultivo, que fué positivo para los bacilos disentéricos. Puesto de inmediato el tratamiento específico, prontamente sanó aquella colitis, que hasta entonces había sido rebelde a la terapéutica ordinaria.

Llamada mi atención en tal sentido por un caso en que fué muy clara la etiología bacilar, procedí sistemáticamente, por algún tiempo, a ordenar simultáneamente con el examen parasitoscópico, un coprocultivo, en toda colitis crónica, aunque no tuviese síntoma alguno que recordase al síndrome disentérico. El resultado de esta investigación, en la que no hay más trabajo personal que el de recopilación, pues las investigaciones fueron hechas en diversos laboratorios de la ciudad, principalmente en el del doctor Castrejón, es el que ahora traigo a la consideración de esta docta corporación.

Antes quiero hacer mención de algunos antecedentes médicos, nacionales, que pueden tener cierta relación con los hechos por mí estudiados. Según entiendo, fué el profesor Girard quien señaló en 1910 la existencia de disentería bacilar aguda en México, al lado de la amibiana, ya para entonces muy bien conocida entre nosotros. Posteriormente, según recuerdo, en un trabajo presentado a esta Academia hace algunos años, nuestro querido amigo y consocio el doctor Mario Torroella, señalaba la frecuencia de las disenterías bacilares infantiles, y hacía hincapié en que, en el niño, ante el cuadro agudo de colitis ulcerosa disentérica, no se debía inyectar ciegamente emetina, medicamento que podía tener ciertos inconvenientes, sino que se debería aclarar si la disentería era de etiología bacilar o amibiana, antes de intervenir con medicamentos.

* Leído en la sesión del 17 de febrero de 1937.

Más recientemente el doctor Alfonso Castrejón presentó un trabajo estadístico a la Sociedad de Gastro-enterología de Nueva York, Sección Mexicana, cuyos resultados por ciento son: 51 síndromes disentéricos bacilares, 30 amibianos y 19 de otro origen, frecuentemente por hongos de tipo "monilias". Según esta estadística, la mayoría de los cuadros disentéricos serían bacilares y no amibianos. Sin embargo, a mi manera de ver, dicha estadística no debe interpretarse a la ligera y es preciso considerar que posiblemente no se ajusta en todo rigor a la verdad, por las siguientes consideraciones: 1ª El número de casos, cien, es muy pequeño y puede suceder que el resultado aludido exprese lo sucedido durante algunos meses, en que por factores mal determinados, como frecuentemente sucede en epidemiología, hayan aumentado considerablemente las infecciones bacilares, sobre las cifras que de ordinario se computan en México. 2ª Los datos anteriores, aunque expresen la realidad del laboratorio, no creo que traduzcan la verdad clínica, porque cuando el médico general es llamado a atender un cuadro disentérico, prescribe incontinenti en la mayoría de las ocasiones, inyecciones de emetina, sin ninguna investigación de laboratorio, y sólo en caso de fracaso terapéutico es cuando recurre a los auxilios del gabinete; lo anterior, que es lo habitual en nuestras costumbres, nos da una buena razón de que en la estadística de Castrejón aparezcan tan disminuídas en número las formas amibianas, porque fueron las que por curar pronto con la emetina, no requirieron que se pidiesen exámenes coprológicos y, por consiguiente, quedaron fuera de la estadística llevada en el gabinete. Hice las anteriores consideraciones, porque en los casos agudos disentéricos, me parece, por impresión global, ya que no he tenido la curiosidad de sumar los casos bacilares o amibianos, me parece, digo, que la disentería amibiana es la más frecuente en México, aunque la bacilar no es tan rara como se supone por la mayoría de los médicos que ejercen en México; prueba de ello es el resultado de las investigaciones que vengo comentando, que aunque no pueden tomarse como cifras exactas, sin embargo, dan idea de que no son tan poco frecuentes las formas agudas bacilares, y justifican plenamente la necesidad de ordenar coprocultivos al mismo tiempo que los exámenes parasitológicos coprológicos.

Los casos que vengo a poner a la inteligente consideración de ustedes, se refieren exclusivamente a colitis crónicas banales, de forma catarral, no ulcerosa, y que no han presentado en ningún mo-

mento de su evolución el síndrome disentérico franco, o que a lo sumo se han acompañado, de cuando en cuando, de ligero tenesmo o de evacuación aislada de mucosidades.

Mi estadística abarca un período aproximado de año y medio y reúne cerca de 300 casos, exactamente 286. En estas 286 colitis crónicas no disentéricas clínicamente, el laboratorio encontró 93 veces bacilos disentéricos, o sea un 32% aproximadamente, y 107 veces amibas, 38% más o menos. Los 200 casos en que se encontraron amibas o bacilos se descomponen así: 80 ocasiones existieron parásitos y bacterias, en 13 veces se encontraron sólo los bacilos y en 27 casos había únicamente amibas; sumados los tres grupos anteriores nos dan para 286 casos de colitis crónica examinados, un total de 120, cerca de la mitad, producidos por amibas o bacilos disentéricos, a pesar de no haber presentado nunca un cuadro disenteriforme, que hablase clínicamente de semejante etiología.

Antes de presentar las conclusiones que creo se desprenden de este breve estudio, juzgo conveniente dar a conocer los resultados terapéuticos que he obtenido, y que, desgraciadamente, no los puedo exponer sino como opinión de conjunto, sin señalar guarismos, pues no tuve la atingencia de llevar nota pormenorizada. Cuando de amibas se trata, según mi experiencia, al desaparecer éstas de las deyecciones, se cura o por lo menos mejora notablemente el estado cólico crónico, si no en la totalidad, sí por lo menos en la inmensa mayoría de las ocasiones. En cambio, no he visto suceder lo mismo en las formas con presencia de bacilos disentéricos, pues si por la administración de bacteriófagos disentéricos o por las aplicaciones de sueros específicos, oral o rectal—nunca los inyecté para evitar fenómenos séricos—, es relativamente fácil hacer desaparecer los bacilos disentéricos de las evacuaciones albinas; en cambio, no he podido comprobar, sino en la minoría de las ocasiones, la curación o la mejoría franca de la colitis, coincidiendo con la citada desaparición bacteriana; por los frecuentes inéxitos terapéuticos, a pesar del éxito bacteriológico, pienso que en dichas formas crónicas de colitis, el bacilo disentérico permanece en saprofito frecuentemente, sin ser la causa directa de la colopatía. Estas observaciones coinciden con las de Castrejón, quien dice haber encontrado con frecuencia portadores sanos de bacilos disentéricos después de las disenterías. Para terminar, añadiré que no me es posible señalar la variedad de germen disentérico en causa, porque en la mayoría de las ocasiones el labora-

torio se ha contentado con atestiguar la presencia de bacilos del grupo disentérico, sin señalar la variedad sino en muy contadas veces.

En resumen, de mi pequeña estadística creo poder concluir lo siguiente:

1. En las colitis crónicas banales, no disentéricas, es frecuente la etiología amibiana o bacilar.

2. La infección bacilar disentérica, a pesar de la opinión médica corriente, es susceptible de engendrar formas crónicas de colitis, aunque un poco menos frecuentemente que la amibiasis.

3. La presencia de bacilos disentéricos en las evacuaciones no justifica la afirmación de la etiología bacilar de la colitis, sino en el caso de que la terapéutica específica tenga pronto y franco buen éxito, pues existen portadores sanos de bacilos y colíticos con bacilos que no producen la afección, pues se puede hacer desaparecer aquéllos, sin que ésta cure o mejore por lo menos.

4. En toda colitis crónica, aunque no presente síntoma alguno que recuerde el síndrome disentérico, pero que sea rebelde a la terapéutica ordinaria de las colitis, se impone, al lado del examen parasitológico, la práctica sistemática del coprocultivo.



Educación Sanitaria por Aplicación Práctica de los Conocimientos de Higiene

Por Miguel E. Bustamante, Médico y Doctor en Higiene*

Es conocida la necesidad de preparar trabajadores sanitarios, para que puedan satisfacer las demandas cada vez crecientes de la higiene pública en nuestro país.

Por la ampliación de oficinas sanitarias como resultado: de la coordinación de los servicios federales, de los Estados y municipales; de la instalación de servicios de medicina e higiene en los ejidos, y por incremento del presupuesto de salubridad.

* Leído en la sesión del 10 de marzo de 1937.