

La Clínica y sus Contrastes

Por el Dr. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ,

Médico Militar (retirado) del Ejército Español, Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Honduras

"LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY EN LA CLÍNICA CENTROAMERICANA"

(Continuación)

Resumen de anteriores trabajos:

La Clínica en C. A. presenta un cariz notablemente distinto del que tiene en Europa; el número de especies morbosas "cosmopolitas" observables es muy reducido, y la intensidad de las que lo integran es sensiblemente menor que la que ordinariamente ofrecen en las zonas Continentales templadas y frescas; esta sorprendente escasez de entidades nosológicas "cosmopolitas," no se halla compensada por la existencia de otras propias y exclusivas de estos lugares; tampoco es suplida por las enfermedades llamadas "tropicales"; éstas NO existen en el TRÓPICO AMERICANO.

La reducción no afecta por igual a todos los padecimientos "cosmopolitas," cualquiera que sea su naturaleza; recae casi por completo sobre los de carácter *orgánico*, y apenas alcanza a los *funcionales*; éstos, a lo menos los que reúnen ciertas características, están más bien incrementados en relación a la frecuencia con que se observan en Europa; resulta de aquí que siendo los "cosmopolitas" los únicos procesos morbosos existentes en estos territorios y a pesar de que los de naturaleza *orgánica* están considerablemente disminuidos, la cifra total de enfermos en relación con la de habitantes, guarda sensiblemente las mismas proporciones que las que corresponderían a igualdad de población a cualquier otra región del Globo sujeta a la variadísima morbilidad que normal y regularmente ofrece la Clínica humana; porque la cantidad de personas afectadas en estas tierras de trastornos *funcionales* diversos y por lo común marcadamente benignos, es tan grande que equilibra la inexistencia o rareza de la mayor parte de las afecciones orgánicas.

Esta característica limitación en la morbilidad y la acentuada moderación de los padecimientos de toda índole en conjunto, no son fenómenos de apreciación común en todas las personas que habitan en C. A.; sino que constituyen un verdadero privilegio reservado a determinados grupos étnicos; así se desprende al menos de nuestra casuística muy próxima ya hoy a las ocho mil observaciones.

La acción climática que actúa por igual sobre todos los sectores de población, no puede por lo tanto invocarse cómo la causa

determinante de esta "resistencia natural"; en cambio, la influencia etiológica de los factores de "orden racial parece indudable.

Entre las personas residentes en C. A., aquellas que por sí mismas o por sus padres son oriundas de otros Continentes o de los extremos Norte y Sur del Americano (en donde el predominio de los europeos es evidente), padecen en estas regiones de manera análoga a como lo harían si hubiesen sido afectados por los mismos procesos en los países templados o frescos de donde proceden; digamos, sin embargo, que a pesar de conservar intacta su receptividad para toda la gama de afecciones "cosmopolitas" no por ello dejan de beneficiarse con la influencia ventajosa del clima; así, por ejemplo, el TRACOMA y el REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO, *curan espontáneamente* con la permanencia en *ciertas* regiones de C. A.; las conjuntivitis microbianas cosmopolitas, las infecciones en general causadas por los gérmenes vulgares de la supuración, el tétanos, el carbunco y otros procesos infecciosos las afectan raramente y con escasa malignidad en general; la escrófula en todas sus manifestaciones y muy especialmente en las más frecuentes y típicas como son las oculares y áticas, se atenúan, notablemente o desaparecen en totalidad; y del mismo modo sucede con otros procesos y entre ellos quizás la hipertensión arterial (la insuficiencia de observaciones sobre este orden de personas y el relativamente corto período de nuestras observaciones, no nos permiten en este último caso otra cosa, que *sospechar* la posible influencia favorable sobre aquella de los factores cósmicos locales).

La "resistencia natural" a las afecciones "cosmopolitas" en conjunto tal y como quedó indicada al principio de este resumen, es patrimonio exclusivo de los MESTIZOS CENTRO AMERÍTANOS; esta inmunidad relativa no tiene en todos ellos igual grado de desarrollo; en general puede decirse que es *tanto más intensa cuanto mayor sea en el individuo o en la zona considerada la influencia racial aborígen.*

Así tenemos que en aquellos países de C. A. en los cuales *inicialmente* predominaron los conquistadores españoles, y en aquellos otros en los que nuevos y repetidos cruzamientos con europeos inmigrantes de todas las nacionalidades (o sus descendientes inmediato de Norte y Suramérica) han renovado y mantenido la preponderancia racial europea LOS MESTIZOS CENTROAMERICANOS, tienen *tendencia* (pero sin llegar nunca afortunadamente a equipararse con ellos) a padecer como los europeos; en cambio, aquellos otros descendientes de núcleos de población en los que aún durante la Conquista preponderó la influencia racial aborígen, o estando equilibrada con la española ha sido apenas influenciada con nuevos cruces consecutivos a las oleadas de inmigración europea, las predisposiciones morbosas de todo orden se mantienen reducidas a las que la casualidad dispuso que tuviesen como excepcional privilegio los descendientes del cruzamiento de españoles e indios.

El máximo desarrollo de esta inmunidad natural corresponde, según nuestra casuística y otras informaciones que hemos podido reunir, (1) a los hondureños (predominio racial aborigen inicial y escasísima inmigración europea) y el mínimo a Costa Rica (mucha preponderancia racial española de comienzo y nutrida inmigración de europeos); ocupan una posición intermedia en el disfrute de estas felicísimas características y por orden de mayor a menor, los salvadoreños, guatemaltecos y nicaragüenses.

Conviene añadir a fin de evitar confusiones, que de igual modo que las circunstancias inmunológicas varían de unos a otros países dentro del Istmo, y muy probablemente por las causas mencionadas, cambian también de unas a otras zonas dentro de un mismo país.

Así tenemos que en Honduras poco influenciada por la inmigración europea la intensidad de la resistencia natural a las afecciones "cosmopolitas" está sólo condicionada por el factor preponderancia *inicial* de la aborigen o española en sus diferentes regiones; en los Departamentos que fueron más densamente poblados por los españoles (Gracias, Santa Bárbara, etc.), los caracteres raciales y las tendencias morbosas son tan europeos como en los costarricenses; en aquellos otros en los que predominaron los aborígenes (Cortés, Atlántida, etc.) la inmunidad relativa "autóctona" alcanza el máximo desarrollo.

. Las características raciales y las predisposiciones morbosas son tan típicas y constantes que basta apreciar en un MESTIZO CEN-TNOAMERICANO unas pupilas desiguales, o iguales y de tamaño normal, o reaccionando vivamente a la luz; o un defecto de refracción superior a una dioptría o una hipertensión arterial, para sospechar que entre sus ascendientes muy próximos existe algún cruzamiento europeo; porque las pupilas en ellos, son generalmente mióticas, reaccionan muy escasamente a la luz, raramente son desiguales, y los defectos de refracción por encima de una dioptría son excepcionales -así como también la hipertensión arterial general.

Entre los procesos cuya ausencia llama más la atención en esta Clínica, figuran como en nuestro artículo anterior decíamos el reumatismo POLI ARTICULAR AGUDO ("R"), la sífilis ADQUIRIDA ("S") y sus respectivas complicaciones cardio-mitral, y cardio-vasculares.

La notoria rareza del "R" y sus comunes complicaciones mitrales se traduce en clínica oftalmológica por la escasez o ausencia de aquellas manifestaciones oculares que según la opinión general de los Autores representan en el aparato visual a las localizaciones cardio-articulares y coinciden o alternan con ellas y aún las sustituyen a veces; así tenemos que la tenonitis serosa, la escleritis y la iritis, por no citar más que las afecciones reumáticas del globo consideradas como más típicas y frecuentes, son tan raras:

o faltan tan completamente como las Localizacion es endocárdicas y las articulares.

Afirmar, sin embargo, que las escleritis e iritis que constituyen los procesos oculares predominantes en C. A. *no* son de naturaleza reumática es mucho más aventurado y mucho más difícil de demostrar que asegurar y probar que el "R" y sus complicaciones cardiacas ordinarias no existen *prácticamente* en esta Clínica; porque el cuadro del reumatismo cardio-articular es bastante típico y aún puede ser reconstruido fácilmente en ausencia de manifestaciones ostensibles mediante el interrogatorio y la exploración del corazón y de las articulaciones que estuvieron enfermas; en cambio, la iritis y escleritis reumáticas no pueden ser admitidas o rechazadas como tales manifestaciones del reumatismo a base de la simple exploración ocular; su sintomatología local es idéntica a la que presentan las ocasionadas por otras infecciones, tales como la tuberculosis y la sífilis, tan frecuentes por lo menos como el propio "R", y con tanta tendencia como éste a invadir la esclerótica y el iris.

El diagnóstico diferencial entre la iritis de causa reumática y las debidas a otras distintas., debe necesariamente apoyarse a falta de signos locales que lo facilitan, en el examen del estado general; la *inexistencia* en un caso dado de manifestaciones *generales* de las afecciones que más a menudo se localizan en la esclerótica o el iris, unida a la coexistencia de las localizaciones *generales también* del "R," serán, pues, por deficientes que parezcan, los únicos argumentos serio a nuestro alcance para apellidar "reumática" a una iritis o escleritis determinadas; y si la coexistencia de la sintomatología general del "R" con una iritis basta para admitir que la inflamación del iris sea de naturaleza reumática, *también servirá para negar la ausencia de la sintomatología cardio-articular*; al re ¿hablar la calificación de reumáticas para las **iritis** y escleritis que tan frecuentes son en C. A. sin más razones que no haber encontrado rastros del "R" en nuestros enfermos afectados de aquéllas, no hacemos más que adaptarnos a las circunstancias que nos vienen impuestas por la propia índole de estos procesos..

¡Si el reumatismo fuese una enfermedad determinada, y dentro de ciertos límites siempre igual a sí misma, bastaría para justificar nuestra opinión contraria a la naturaleza reumática de la iritis que aquí vemos que hiciésemos constar que la sintomatología general del "R" no se aprecia clínicamente en esta categoría de oftálmicos.

Pero si se considera que en la actualidad se designa con el nombre de reumatismo aparte del "R" a buen número de enfermedades, algunas de ellas bastante alejadas entre sí y sin otro nexo común que el síntoma "dolor"; y por otra parte se tiene en cuenta que algunas de tales entidades "reumáticas" como las deformantes de las pequeñas articulaciones de los miembros son aquí relativamente frecuentes, y otras como el "lumbago" y sobre todo la "nucalgia" (llamada popularmente "dolor del cerebro") afectan en

grados diversos a la casi totalidad de las habitantes de estas regiones, se comprenderá que no podamos dar por resuelto el problema de la existencia o ausencia en esta Clínica de manifestaciones oculares de naturaleza "reumática" sin haber examinado previamente la posibilidad de que aquéllas, si no del "R," dependan o sean originadas por otras formas diferentes de "la enfermedad reumática."

Analizaremos sucesivamente tal posibilidad en relación con:

1°—Los reumatismos poliarticulares denominados "infecciosos."

2°—Los reumatismos extra-articulares.

3°—Otras manifestaciones "reumatoideas" inclasificables.

1°—Reumatismos poliarticulares "infecciosos"

Entre las infecciones que han sido señaladas por los Autores como susceptibles de dar a menudo manifestaciones dolorosas articulares, y en otros órganos, como el iris, la esclerótica o ambos a la vez, figuran la disentería, gonococcia, tuberculosis, sífilis, es carlatina, estreptococias diversas, fiebre tifoidea, gripe y menos frecuentemente otras.

Salvo ciertas características que a veces presentan en la gonococia, las manifestaciones articulares y extra-articulares de las infecciones antes nombradas, carecen de rasgos propios que permitan, diagnosticarlas separadamente; su aislamiento y evidenciación, se basa en la "coexistencia" de los padecimientos generales que las determinaron.

La circunstancia de ser las cuatro primeras infecciones citadas en unión del paludismo y las parasitosis intestinales las infecciones predominantes en C. A. mientras que *prácticamente* pueden ser consideradas como inexistentes todas las demás, hace particularmente interesante el análisis; que tratamos de hacer de cada una de ellas como causas posibles de iritis y escleritis; porque a la vez que las estudiamos como agentes etiológicos de éstas podremos considerarlas en su capacidad de determinar CUALESQUIERA OTRAS LOCALIZACIONES DE LA MISMA NATURALEZA, EN DIFERENTES PUNTOS DE LA ECONOMÍA.

a) *Reumatismo poliarticular disentérico*

Difícil será encontrar un Tratado de Patología en el que no se haga referencia y en uno o varios capítulos, a la disentería como causa de la poliartritis, endocarditis y "afecciones oculares"; pero cuando¹ se trata de adquirir a este respecto algo más que informaciones vagas que permitan enjuiciar acerca de la importancia de su papel como agente etiológico en relación con estos procesos, no sólo es difícil documentarse sobre tal extremo sino que aún cuesta trabajo alcanzar una idea clara de *qué* es en sí misma la disentería.

Sería imposible tratar del problema que nos ocupa sin comenzar por desenredar un poco esta complicada situación.

Si como tan frecuentemente se hace, el diagnóstico de disentería hubiésemos de basarlo en el examen de las heces practicado

en todo enfermo que residiendo en los trópicos presente trastornos intestinales más o menos vagos, no llegaríamos nunca a definir este proceso; en las heces de aquéllos, se encuentran bacilos (Shiga, Flexner, tipo Y de Hissy Russell, Strong, Morgan, etc.), amebas, (*Entamoeba dysenteriae* patógena —*Entamoeba dispar*— no patógena— y confundida a menudo con la "histolytica," *E. coli*, *E. "fagocitoides"* —igualmente inofensivas— etc.), infusorios (*Balantidium coli*, agente de la balantidiosis "análoga" a la disentería), tremátodos (*Schistosoma Mansoni* —agente de la bilarziosis "análoga" también, a la disentería), otros protozoarios (*Tricomonas Giardia*, etc.), y finalmente ciertos helmintos (ascárides, anguilulas, etc.)

Si ante tales incertidumbres nos refugiamos en la clínica para orientarnos mejor, evidentemente pisaremos terreno más firme, pero no encontraremos tampoco la precisión diagnóstica que buscamos —para documentarnos debidamente y emprender la resolución del problema que nos interesa; los cuadros sintomatológicos son tan variados como hemos visto que lo son los gérmenes considerados como sus agentes etiológicos, y van desde la diarrea pasajera afebril y de apariencia banal, hasta las formas hiperpiréxicas gravísimas acompañadas de agudísimos dolores abdominales, tenesmo casi constante, hemorragias profundas, y adinamia y muerte rápida..

El diagnóstico, pues, de la disentería en todas sus formas tanto desde el punto de vista coprológico como desde el clínico aisladamente considerados, es muy aleatorio; como siempre el laboratorio y la clínica han de ir íntimamente unidos, y a pesar *de* ello y como tantas veces sucede en Medicina, no será raro el caso de que nos sea imposible llegar al diagnóstico exacto.

Si ante tales incertidumbres nos refugiamos en la clínica para orientarnos, mejor evidentemente pisaremos terreno más firme, pero no encontraremos tampoco la precisión diagnóstica que buscamos para documentarnos —debidamente y emprender la resolución del problema que nos interesa; los cuadros sintomatológicos son tan variados, como hemos visto que lo son los gérmenes considerados como sus agentes etiológicos, y van desde la diarrea pasajera afebril y de apariencia banal, hasta las formas hiperpiréxicas. gravísimas acompañadas de agudísimos dolores abdominales, tenemos casi constante hemorragias profundas, y adinamia y muerte rápida.

El diagnóstico, pues, de la disentería en todas sus formas tanto desde el punto de vista coprológico como desde el clínico, aisladamente considerados, es muy aleatorio; como siempre el laboratorio y la clínica han de ir íntimamente unidos, y a pesar de ello y como tantas veces sucede en Medicina, no será raro el caso de que nos sea imposible llegar al diagnóstico exacto.

Frente a tales dificultades: y ante la necesidad de examinar con un criterio razonable y fijo las relaciones que puedan existir en C. A. entre las cardio-artritis e iritis y la disentería, adoptaremos sobre ésta la concepción de Besancon, cuya autoridad en la malaria es bien conocida: "la disentería es una enfermedad no específica, de-

bida a lesiones situadas en el intestino grueso y causadas por diferentes gérmenes."

En cuanto a la sintomatología tomaremos por base para las formas agudas un caso de intensidad mediana en el cual existan fundamentalmente los siguientes rasgos: fiebre moderada, dolores abdominales: espontáneos en forma de cólicos y referidos al intestino grueso, deposiciones diarreicas numerosas y cargadas o estando constituidas por mucosidades grumosas estriadas de sangre (esputos hemoptóicos intestinales de Joyeux), tenesmo, vientre doloroso a la palpación con "cuerda cólica" más o menos apreciable, las molestias generales correspondientes, y a ser posible, la comprobación en las heces de alguno de los gérmenes calificados como disenterógenos.

Para las formas- crónicas tendremos en cuenta las crisis diarreas sin causa aparente y alternadas con períodos de estreñimiento, las hemorragias intestinales simulando a las hemorroidales y los fenómenos dispépticos vagos bien apreciables en los intervalos de las crisis y acompañados de emaciación general; como para el tipo agudo, procuraremos reforzar el diagnóstico mediante la investigación bacteriológica de las heces.

En ambas formas, concederemos considerable valor a la posible concomitancia de la sintomatología hepática, pulmonar y cerebral, dada la relativa frecuencia con que ha sido señalado el absceso hepático, pulmonar y cerebral como complicación de la disentería.

Para los casos oscuros y también para aquellos otros en los cuales las manifestaciones oculares y cardio-artríticas sobrevengan en simples portadores de agentes disenterígenos pero sin sintomatología definida, nos atenderemos exclusivamente al parecer de los Autores.

Finalmente, teniendo en cuenta las notables diferencias que presentan entre si, en los casos claros, la disentería bacilar y la amebiana, trataremos de cada una de ellas, separadamente.

Disentería bacilar.—Particularmente bien estudiada en los ejércitos durante la guerra 1914-18, parece ser *la forma causante con carácter casi de exclusividad, de las poliartritis y oftalmopatias disenteriformes.*

Por lo que a las manifestaciones articulares se refiere diremos que no nos ha sido posible encontrar de ellas, en la literatura a nuestro alcance, una descripción que nos satisfaga; los Tratados que nosotros conocemos, las mencionan sólo "al paso" y dejan entrever que se trata de una poliartritis poco intensa, fugaz y que salta de unas a otras articulaciones sin mostrar predilección por ninguna determinada. Su aparición ocurre desde luego en el curso de la disentería, pero no coincide con su máxima intensidad; parece que más bien tiene tendencia a manifestarse en el momento de la declinación, es decir de dos a tres semanas después del comienzo.

Ninguna referencia especial hemos recogido acerca de su tropismo hacia el endocardio, aparte del que como todas las infecciones que se generalizan puede manifestar tanto en relación con las serosas cardíacas como con las de otras visceras o sus respectivos parénquimas.

La disentería bacilar puede afectar a las serosas articulares, y también aunque con menas frecuencia y en la misma época, a la mucosa uretral y a la conjuntiva.

La coincidencia de las poliartritis, uretritis y conjuntivitis, ha sido señalada por primera vez por Fiessinger, y se designa en Patología con el nombre de "Síndrome conjuntivo-uretro-sinovial de este Autor."

Es curioso hacer notar que la mayor parte de los Autores que han estudiado la disentería bacilar clínicamente bien definida y acompañada de complicaciones oculares, uretríticas, o articulares, del "síndrome de Fiessinger" son precisamente los que menos se inclinan a admitir una etiología específica determinada; los exámenes de heces en sus respectivas estadísticas son especialmente JOCO propicios para considerar como agentes etiológicos "respecta res" a los micro-organismos señalados como más genuinamente disenterígenos.

Así por ejemplo Curzon en una estadística de 420 disentéricos examinados por él, no encontró bacilos de ninguna especie ni tampoco amebas; Lemaire en otra de 600 casos, muchos de ellos con poliartritis, no *encontró más que 29 veces gérmenes específicos* (Shiga, paradisentéricos diversos, etc.) y en 130 de los enfermos, el único agente *posiblemente responsable* fue el colibacilo; por su parte Cowan y Muller en otra estadística también de 600 enfermos sólo encontró 240 veces gérmenes específicos, y entre ellos, y con *un cuadro clínico semejante para todos, 58 por lamblias y 132 por bacilos disentéricos.*

Los datos anteriores son suficientemente expresivos para que los *simplistas* de "uno y otro lado" (los que ¡diagnostican la disentería a base de *ojo clínico* y les que la afirman o niegan según lo que resulte de los *exámenes de laboratorio*) sean un poco más cautos y se den cuenta de que el diagnóstico de la disentería es difícilísimo, que exige el empleo de *todos* los medios de exploración, que con ellos y un ecuánime juicio clínico se puede llegar *quizás* a una orientación razonable; pero que este mecanismo diagnóstico, no puede ser sustituido por una "ojeada," ni será nunca *simplificado* por ninguna "máquina."

Por nuestra parte diremos que somos perfectamente conscientes de las dificultades que presenta la tarea que nos hemos impuesto; si el simple diagnóstico de la enfermedad general está lleno de incertidumbres, es lógico suponer que ese mismo diagnóstico hecho con carácter retrospectivo y a base del interrogatorio será poco; menos que imposible, y más todavía si se trata como en nuestro caso de determinar si una enfermedad que a lo más se puede *su-*

poner que existió, *pudo* originar un reumatismo poliarticular, una endocarditis o fenómenos inflamatorios escleróticos o indianos.

Todas estas dificultades, que conocíamos de antemano, hubiésemos podido soslayarlas, sin más que decir que siendo el reumatismo cardio-articular excepcional en estas regiones, las escleritis e iritis que en él se padecen "no son reumáticas"; y que era innecesario considerar otros casos, PORQUE LOS REUMATISMOS INFECCIOSOS EN GENERAL NO SON FRECUENTES, NO PRODUCEN NECESARIAMENTE IRITIS, Y SI LA ORIGINAN NO ES DIFÍCIL SU DIAGNOSTICO YA QUE COINCIDEN CON LA ENFERMEDAD GENERAL Y ELLO MISMO NOS ADVIERTE DE SU NATURALEZA; y dicho esto en tres líneas y hasta en menos de una halaríamos salido cómodamente del paso, satisfaciendo a la vez a los enemigos de "la hojarasca"; a los que reclaman para los escritos médicos el "lacionismo" más estricto.

(Premeditadamente hemos tomado el rumbo que seguimos; y; como en todos nuestros trabajos anteriores, tratamos de contribuir a esclarecer aspectos de la Medicina que aquí estamos viendo, que ton extrañamente opuestos a los que por muchos años vivimos en Europa, que no están ni mencionados en los Tratados de Medicina "cosmopolita," y que tampoco están consignados en la escasisima literatura centroamericana que conocemos; tratar de un punto concreto de Medicina que en líneas generales sea de conocimiento y aceptación universales, publicar unas cuantas historias clínicas interesantes, o describir una nueva técnica operatoria o una modificación de las existentes, puede y debe hacerse en pocas palabras; pero exponer aspectos de la Medicina de un País no ya desconocido sino *confundido* por su Patología con la "cosmopolita" y la "tropical" y teniendo a menudo que enfrentársela la necesidad de decir cosas tan enormes como "aquí no hay hipertensión arterial general," "aquí no se padece la arterioesclerosis, la tabes, la parálisis general, la nefroesclerosis, el glaucoma esencial, el reumatismo poliarticular agudo, el desprendimiento esencial de la retina, las cirrosis viscerales, etc.", sin poseer la documentación debida para atestiguar la realidad de tales hechos, ni emplear toda "la hojarasca," que sea necesaria para razonar los juicios que ele aquéllos se hayan extraído, nos parece inconcebible; creemos que ningún Médico por amante de la sobriedad literaria que sea, dejaría que calificara de insensatez que se intentase por ejemplo demostrar y en un par de líneas que en C. A., y concretamente en Honduras, "hay muchos y tenaces bebedores de alcohol, pero NO EXISTE PRÁCTICAMENTE EL ALCOHOLISMO CRÓNICO"; y sin embargo, es cierto que con un poco de "hojarasca" desecharía la impresión de que aquello era una estupidez, y si no aceptaba que la afirmación era exacta, la consideraría respetable al menos y digna de ser I meditada.

Decíamos antes de emprender la anterior digresión que no habíamos podido obtener en la literatura médica a nuestro alcance una

información satisfactoria acerca de la frecuencia del reumatismo y las cardiopatías en la disentería y menos una descripción de sus características; esta insuficiencia de datos nos autoriza en cierto modo y a falta de algo mejor a rememorar nuestra propia experiencia; durante la campaña de 1910 a 19112 en el Marruecos Español (zona de Melilla) tuvimos ocasión de asistir tanto en el campo de operaciones como en los Hospitales Militares no sabemos si muchas centenas o millares, pero desde luego un número muy respetable de disentéricos; en el campo asistíamos al comienzo de la afección y veíamos a los enfermos desde las primeras horas hasta tres y a veces cuatro días; la mala disposición de los caminos y el hallarnos casi constantemente cercados por el enemigo creaba circunstancias muy favorables a la observación; de un lado, las letrinas eran simplemente el propio terreno del vivac; (en aquella época no teníamos campamentos fijos) y a uno o dos metros de unos montones de piedras levantadas apresuradamente para rodearlo a modo de parapeto, cada día al trasladar el vivac veíamos, quisiéramos o no, las heces de las tropas; recordaremos sólo, que en un vivac relativamente estable, el de Ishafen, con una guarnición aproximada de doce mil hombres, era verdaderamente difícil apreciar una deposición que no fuese diarreica; en un escuadrón de Gaballería (150 hombres) disponíamos diariamente la evacuación a Melilla de un par de casos graves; el resto (de 10 a 12 hombres) los reteníamos para intentar su curación en el vivac; clínicamente los pacientes presentaban dentro de múltiples grados de intensidad la sintoniatología clásica que al principio enumeramos para servirnos de ella como punto de referencia; algunos muchachos que no pudieron ser evacuados a tiempo, murieron antes de cuatro días, por deshidratación, hemorragias intestinales o por peritonitis consecutiva a perforación del colon; no teníamos laboratorios en la línea de fuego, ni hospitales de campaña; el diagnóstico era solamente clínico, pero recibíamos informes de Melilla comprobando la naturaleza de la enfermedad que según el microscopio era indistintamente amebiana o bacilar, y también el resultado de las autopsias casi siempre comprobatorio de la topografía específica de la enfermedad.

Durante la asistencia a esta clase de enfermos y con los rudimentarios medios de exploración que teníamos en el campamento no tuvimos ocasión de apreciar nunca localizaciones articulares, endocárdicas ni oculares.

En otra época del mismo período de operaciones fuimos destinados a prestar servicio en los Hospitales Militares de Melilla; allá pudimos asistir a la evolución de los casos evacuados del frente en las mismas condiciones en qué anteriormente nosotros los habíamos, hecho evacuar, es decir: desde pocas horas hasta cuatro días después del comienzo del mal; nada podemos decir en relación con nuestras observaciones en este período que sea distinto a lo ya expuesto, como no sea insistir en que tampoco vimos complicaciones *articulares, cardiacas, ni oculares*, y que más de cerca pudimos com-