

MEMORIAS CIENTÍFICAS I LITERARIAS.

MEDICINA. La disenteria, i en especial su tratamiento por el método empleado en las posesiones inglesas de la India.—Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina por don Juan Manuel Salamanca.

Señores:

La disenteria no es solo el privilejio esclusivo o la fatal herencia de los paises cálidos. Entre nosotros vemos tambien diariamente derramarse lágrimas de duelo sobre los restos de existencias queridas, arrebatadas a los golpes de tan cruel padecimiento. Nuestro bello Chile, apoyando su diestra en el muro inespugnable de granito de los Andes; mirando hácia su izquierda las mansas olas de un inmenso mar; reclinada su cabeza en los secos arenales de un desierto; hundidos sus piés bajo el manto del hielo eterno de los polos, ha podido quedar risueño i tranquilo mientras las repúblicas vecinas han sido cruelmente devastadas por el cólera, la fiebre amarilla i la malaria. Pero ni lo benigno de su clima, ni sus frondosas selvas, ni sus valles amenos, han bastado a salvarlo de los estragos de la disenteria que, puede decirse, reina endémicamente entre nosotros i ha hecho de nuestro hermoso suelo uno de sus hijos predilectos. De aquí por qué la he elejido como tema para la memoria de prueba que me exigen los estatutos universitarios para optar el grado de Licenciado en la Facultad de Medicina.

Nihil novum sub sole, ha dicho el sábio. Tal puedo decirlo yo sobre mi memoria. Conocida la disenteria desde Hipócrates, estudiada i tratada por las mas altas celebridades que desde esa época hasta nuestros dias han brillado en medicina, comprendereis mui bien que nada de nuevo podré presentar delante de vosotros; nada que no haya sido escrito i analizado por muchos i notables escritores; pero la estremada frecuencia de esta enfermedad entre nosotros bastará para justificar mi eleccion. Por otra parte, no es mi objeto hacer un tratado completo de la disenteria. Quiero mui particularmente llamar vuestra atencion hácia un método de tratamiento, entre nosotros, tan injustamente despreciado como es de poco conocido, a pesar de que, sin duda, es el mejor de todos: hablo de la ipacacuana en

de la *ipecacuana* en altas dosis, segun el método esclusivamente empleado en las posesiones inglesas de la India.

Trataré, pues, mui sumariamente todo lo que concierne a la naturaleza, desarrollo i curso de la enfermedad, para hablar mas detalladamente en lo que toca a los diversos sistemas de tratamiento que contra ella se han usado, i buscaré de explicar, en la medida de mis fuerzas, el modo de obrar i las razones fisiológicas de la supremacia que el *método de las Indias inglesas* tiene sobre cualesquiera de los otros conocidos, pero sin hacer de él un *específico*, en el sentido riguroso de esta palabra.

Queriendo hacer algo digno de vosotros, algo que pueda interesar vuestro ilustrado criterio, he leído con atencion i detenimiento el interesante artículo de Barrallier en el «Diccionario de Jacoud»; el artículo «Disenteria» del Diccionario en treinta volúmenes del de Fábres; el bello artículo de Maclean en el «A system of medicine» de Russell Reynolds, traduccion que debo a la galantería de nuestro tan jóven como intelijente doctor, Augusto Orrego L.; los capítulos sobre esta misma materia de las patolojías de Frank, Jacoud, Niemeyer, Grisolle, Monneret, etc.; las clínicas de Trousseau i de Graves; los capítulos sobre *ipecacuana* de las terapéuticas de Trousseau i Rabiteau, de los comentarios del Codex de Gubler, de la materia médica de Bouchardat, etc. Si fuera bastante afortunado para fijar vuestra atencion sobre el tema que pienso desarrollar, quedarian altamente recompensados mis esfuerzos i mi trabajo.

DEFINICION.—Pero ante todo, ¿qué es la disenteria? Cada autor responde a su manera, i las definiciones que se han dado sobre esta enfermedad han variado hasta el infinito. La palabra misma *Disenteria*, derivada de dos voces griegas que significan «*dificultad, pobreza e intestinos*» parece querer darnos una idea sobre la naturaleza de la afeccion a que se aplica. Cada tratadista, cada médico, amoldándose a las ideas patológicas reinantes en su época, ha definido esta enfermedad segun su modo de ver i el juicio que se habia formado acerca de su naturaleza. Así, Galeno la llama «*mala tormina intestinorum*»; Celio Aureliano, «*rheumas ventris*» *rheumatismus intestinum cum ulcere*; Plinio, «*alvi fluxus torminosus*»; Rostan, «*colitis especifica*», etc. Los autores mas modernos, por lo jeneral, se limitan a dar una idea mas o ménos exacta sobre la naturaleza de la enfermedad i a definirla por sus síntomas mas culminantes. Jacoud la define, diciendo: «*Una colitis úlcero-membranosa trasmisible, caracterizada por tenesmo, pujos, escreciones repetidas de mucosidades sanguinolentas i un estado jeneral mas o ménos grave*». Monneret llama

así «Una enfermedad jeneral aguda o afeccion febril, caracterizada por una lesion del intestino grueso, cuyos fenómenos son todos los actos posibles de la flegmasia aguda i crónica de la membrana mucosa, i sus síntomas las evacuaciones alvinas muco-sanguinolentas i dolorosas». Maclean define tambien la disenteria de un modo semejante, agregando ademas la *postracion nerviosa*.

Basta echar una ojeada rápida sobre las definiciones que acabo de apuntar, para convencerse que ninguna de ellas merece propiamente el nombre de tal, i que, si no todas, en su mayor parte son inexactas. Las úlceras intestinales i mucho ménos las falsas membranas, están mui léjos de ser admitidas por todos los autores como una lesion constante i característica de la disenteria. Otro tanto sucede con las evacuaciones sanguinolentas, pues la falta de sangre, en ellas, a veces absoluta, *disenteria blanca* de algunos, se halla perfectamente admitida por todos. Hai mas todavía. Stoll habla de una epidemia en que las evacuaciones faltaron por completo i la enfermedad era únicamente manifestada por *dolores abdominales intermitentes, tenesmo intolerable i esfuerzos penosos*, i la llama *disenteria seca o imperfecta*.

Por lo dicho se vé claramente que no tenemos un síntoma patognómico, una lesion característica con qué definir la disenteria, i pasará quizás mucho tiempo sin que los hijos del Oráculo de Cos puedan ponerse de acuerdo en un punto, al parecer, tan sencillo de la enfermedad que tratamos. Mas si vosotros no mirarais como una ridicula pretension que emitiera tambien mi juicio, despues de los grandes nombres que he citado, me atreveria a decir que «*La disenteria es una enfermedad específica e infecciosa, primitivamente jeneral i de tendencia adinámica, manifestada localmente por alteraciones múltiples i variadas, de naturaleza inflamatoria, circunscritas especialmente al intestino grueso, pero que pueden extenderse a todo el aparato digestivo.*» Me objetareis talvez que mi definicion es demasiado larga; pero un cuadro tan complejo como el de la disenteria no puede encerrarse en un marco mas estrecho. Por lo demas, la exactitud de los términos de mi definicion, creo poderla demostrar en el discurso de mi trabajo. Si ella no es rigurosamente exacta, al ménos, acercándose mucho a la verdad, tendrá la forma de una definicion que siempre valdrá mas que una descripcion muchas veces incompleta e inexacta.

DIVISION.—Pasando ahora de la definicion a la division de la disenteria, talvez encontramos mayor variedad de opiniones. Hai autores que, haciendo alarde de su fuerza de inventiva, parece han

querido hacer de cada enfermo un tipo de la enfermedad i han creado de cada complicacion una variedad. Así han ideado ocho, diez, veinte i mas formas de disenteria, describiendo aisladamente la disenteria *biliosa*, *reumática*, *escorbática*, *malárica*, *maligna*, etc. Pero bien examinado el fondo de la cuestion, vemos que la disenteria no es mas que una en su esencia i que las variaciones que en ella notamos no dependen de otra cosa que de la mayor o menor fertilidad del terreno en que brota, de su grado de desarrollo mas o ménos avanzado o de la concomitancia de otras enfermedades, resultado posible de la misma afeccion o una mera coincidencia. Este lujo de divisiones no hace mas que embrollar el estudio de este estado mórbido i dificultar mas su recta comprension. Por esto son dignos de aplauso aquellos autores que, como Jacoud i algunos otros, han tratado de simplificar cuanto es posible el número de estas divisiones, no admitiendo mas que las que la clínica nos enseña.

Yo, por mi parte, admito con este distinguido patólogo, las formas *esporádicas*, *endémicas*, i *epidémicas*, pero sin hacer de cada una un tipo especial, sino como diversos modismos de manifestacion de un solo i único agente. Entre la endémica, que es la que constantemente reina entre nosotros, distingo dos variedades, conforme a las indicaciones de mi hábil maestro, Dr. Pablo Zorrilla: la *foliulosa*, segun que la lesion intestinal esté circunscrita a los folículos únicamente (disenteria catarral biliosa, etc., de algunos autores) i la *flegmonosa*, cuando la inflamacion invade tambien el tejido celular submucoso (disenteria inflamatoria, grangrenosa, etc.) A su turno, estas dos formas podrían subdividirse en *agudas* i *crónicas*, segun la marcha seguida por la enfermedad. Estas últimas divisiones pueden ser aplicadas igualmente a las formas esporádicas i epidémicas; i por lo tanto, en estos cuatro tipos creo comprendida la variedad inmensa de disenterias que se han descrito, i pasaré por alto las complicaciones que pueden dificultar i entorpecer su curso i hasta enmascarar su forma, pues no es mi ánimo el ocuparme de ellas.

NATURALEZA I GÉNESIS.—Mui estudiado i debatido ha sido el oríjen primero de la disenteria, sin que hasta ahora haya podido arribarse a un resultado definitivo. No solo inútil sino molesto sería entrar al estudio completo de las mil hipótesis que sobre esta materia se han formulado i que sucesivamente han ido suplantándose las unas a las otras. Me bastará decir que la naturaleza íntima de la disenteria nos es hasta hoy desconocida i enumeraré solo algunas de estas hipótesis, entre las que han tenido mayor aceptacion. Celio A. consideraba esta enfermedad como un mero reumatismo intestinal i

como tal la definia *rheumas ventri*. Zimmermann cree en una alteracion primitiva de la bilis, por orgasmo del higado, i ya en 1767 decia: «*La bilis se hace a veces tan acre i penetrante que hace en la sangre las veces de un veneno de donde resultan inflamaciones, ulceraciones i gangrenas.*» Linné la atribuye a un *acarus intestinal*. Frank la considera *febril de origen palúdico* i la llama *hija de la fiebre intermitente* (fille de la fièvre intermittente). Algunos, como Mondier, la atribuyen a la pérdida i disminucion de la albúmina en la sangre. Otros la hacen puramente catarral, otros diftérica, i en fin, Rostan le dá una *naturaleza mórbida especial*. Todas estas diversas hipótesis se hallan perfectamente refutadas en los autores clásicos i yo no me ocuparé de ello. Pero resta una última todavia, mui en voga en nuestros dias i que, sin duda, parece la mas aceptable. Segun ella, la disenteria se halla bajo la dependencia de alteraciones cosmicas especiales *debidas al desarrollo de un bacterio* que Lebert ha demostrado en las evacuaciones. Muchos son los hechos que militan en pró de esta teoría; pero prescindo de ellos por encontrarse en la mayor parte de nuestros libros clásicos. Admitida esta hipótesis, el desarrollo de la enfermedad se explicaria de esta manera. Desarrollado este *bacterio* en la atmósfera afectaria al hombre sano, pero cuyo organismo estuviera preparado, por decir así, para recibir su impresion. Este enfermo serviria a su turno de foco de reproduccion donde irian a multiplicarse hasta el infinito estos mismos bacterios para desprenderse en seguida en las emanaciones i miasmas del enfermo i especialmente en las evacuaciones disintéricas. Tal es la opinion de Jacoud, Delioux de Savignac i algunos otros. El último de los dos autores citados, hablando sobre la propagacion de la disenteria se espresa así: *yo creo que se ejerce por emanaciones del cuerpo de los enfermos i principalmente por los efluvios infecciosos de las evacuaciones intestinales.*

Admitido este modo de invasion i propagacion de la disenteria, no queda duda acerca de su naturaleza infecciosa, i la discordancia que se nota entre los diversos autores, no es mas que cuestion de palabras, llamando unos *contagio* lo que otros llaman *infeccion*. Tampoco puede dudarse de su accion primitivamente jeneral que se localiza mas tarde. Si es verdad que puede discutirse, casi con igualdad de razones, la infeccion primeramente jeneral o la accion directa local del parásito que dá lugar a la *anjina diftérica*, no pasa otro tanto en la disenteria. En aquella, la alteracion mórbida se presenta en las primeras vias del aparato respiratorio, precisamente en los puntos mas accesibles i que primero se ponen en contacto con el

hongo destructor. Pero en la disenteria es mui distinto. Si admitimos la accion primitiva local del *bacterio*, preciso será admitir tambien la introduccion de ellos por medio de los alimentos i las bebidas que ingerimos. I difícil es comprender cómo estos bacterios puedan atravesar impunemente un tan largo trayecto del tubo digestivo que le presta un campo tan fértil i mas basto que el del cólon, para manifestar su accion solo en este último punto del intestino; i es mucho mas natural admitir que, penetrando este agente destructor al torrente circulatorio por cualesquiera de las vias de absorcion que poseemos, infeccione primero el organismo en jeneral para localizarse despues en un punto dado, por razones que todavia no conocemos.

Mas el orijen mismo de este bacterio queda ignorado. ¿Cuáles son las causas telúricas o atmosféricas que lo enjendran? ¿De dónde nace? Nada sabemos a este respecto i todo no pasa mas allá de una hipótesis mas o ménos bien fundada.

ETIOLOGÍA.—Pero sea cualquiera el orijen de este agente mórbido, hai multitud de causas i circunstancias que ayudan i favorecen su desarrollo. Algunos dan una importancia capital a la naturaleza del terreno, sin que en verdad parezca tener influencia alguna, entre ellos Harris i Godineau. Otros hablan de un estado eléctrico particular de la atmósfera. Pero entre las causas mas frecuentes, debemos mencionar, sin duda, contribuyendo en alto grado al desarrollo i propagacion de la disenteria, el hacinamiento, la falta de limpieza, el olvido de las prescripciones hijénicas i la acumulacion de evacuaciones de personas ya afectadas. Favorecen tambien la invasion disentérica los fuertes calóres del verano i ya Hipócrates decia: *Qui tot vidi dysenterias epidemicas, nullam vidi quæ ultra mensem Novembrem regnasset, etc. Media hieme certe observavi esporádicas dysenterias*. Segun Augusto Hirsch, 546 epidemias han tenido lugar en verano i solo 15, poco graves, en invierno.

Entre las otras causas que predisponen a cantraer esta terrible enfermedad, son dignas de mencion, el calor o el frio exajerado, sobre todo si son húmedos i continuos; las variaciones bruscas atmosféricas, comunes entre nosotros; las habitaciones húmedas, frias i mal ventiladas, calentadas a veces por el sol; las profesiones que exigen la permanencia a orillas de focos de calor, *cocineros, fogoneros, etc.*; las bebidas cargadas de detritus orgánicos; los exesos alcohólicos i venéreos; las materias orgánicas en putrefaccion; las pasiones deprimentes que, segun Annesley, obrarian primero sobre el hígado; la convalescencia; la debilidad conjénita o consecutiva a otras enferme-

dades; las fatigas exajeradas; la existencia de otras epidemias, como *el cólera, la fiebre amarilla, etc.*; la falta de aclimatacion i algunas otras de menor importancia.

Todas estas causas puede decirse que propiamente predisponen a la invasion de la enfermedad. Pero hai otras que podriamos llamar las verdaderas causas determinantes u ocasionales de este mal. Asi, es mui frecuente ver estallar la disenteria despues de estravíos en el réjimen, por la injeccion de alimentos o bebidas indijestas o malsanas; el abuso de los drásticos i otras sustancias irritantes, entre las que no dejará de tener gran influencia el abuso del ají, tan comun entre nuestros proletarios. Figuran tambien en primera línea los cuerpos estraños de las vias dijestivas, como los *vermes intestinales, la acumulacion de materias fecales*, a las cuales debemos agregar la *indijestion crónica*, mas conocida con el nombre de *empacho*. Esta última enfermedad, negada por algunos i sostenida por otros, parece ya bien demostrada por la observacion.

No es infrecuente encontrar en las evacuaciones, despues de la administracion de un purgativo, alimentos completamente sin dijerir i que habian sido tomados mucho tiempo atras. No creo difícil la esplicacion de este hecho, aunque en ninguna parte lo haya leído. Bien sabido es que hai muchas sustancias que nuestros jugos son impotentes para dijerir, las semillas, los frutos cuyo epicarpio es membranoso como las uvas, las guindas, los frejoles, etc. Pero prescindamos de ellas i tomemos una sustancia alimenticia cualquiera. Injerido el alimento, llega al estómago, en donde por una causa fortuita o accidental se envuelve en el mucus que tapiza esta entraña i que es completamente inatacable por los jugos dijestivos: otro tanto puede pasar a las semillas i frutos ya mencionados. Protejido por esta cubierta mucosa, atraviesa el píloro sin alteracion para detenerse en alguno de los repliegues del intestino i aun puede quedar estacionaria en la misma cavidad estomacal. Este primer cuerpo puede existir solo o bien ser el centro de atraccion al rededor del cual van acumulándose nuevos depósitos de alimentos i que, tapizados por el mismo mucus, dan lugar a esos grandes cuerpos estraños, verdaderos *scibales* alimenticios, que se arrojan despues en una o mas evacuaciones.

Como la superficie de estos cuerpos en contacto con la mucosa intestinal la suponemos rodeada de mucus, no es estraño que puedan permanecer en un mismo punto sin dar lugar a otra cosa que al engrosamiento de la mucosa con que se relaciona, segun ha podido observar mi distinguido maestro, P. Zorrilla, hasta que un dia, por

una causa cualquiera, dan lugar a la disenteria u otra afeccion gástrica o intestinal aguda.

Entre nosotros es causa mui comun de disenteria la injestion de vinos i otros licores alterados o falsificados i de mala naturaleza, i doi gran importancia al espendio de *aguardientes de madera i de cereales* cargados de esencias i aceites empireumáticos, de los que, por su bajo precio, se hace un inmenso consumo. A esto debemos agregar la costumbre que existe entre los hombres de la clase obrera de dormirse sobre la tierra desnuda, muchas veces húmeda i calentada por el sol, o espuestos a los frios de la noche, causa bastante por sí sola, segun Jacoud, despues de embriagarse con esos licores adulterados i de mala calidad. Los frutos ácidos i mal sazonados, mui especialmente, segun Frank, las *manzanas, ciruelas, peras i grosellas*, a las que agrega todavía *las patatas mal condimentadas, las nueces i la miel*, tienen una eficacia incontestable en la invasion de esta enfermedad. Si ellas no traen directamente la disenteria, al ménos traen alteraciones dijestivas, inflamaciones intestinales que preparan o abonan, por decir así, el campo para la invasion de este agente mórbido. Entre nosotros es mui comun ver aumentarse el número de disenterias en la estacion primaveral i principios del verano, i aunque esto puede ser atribuido a los cambios atmosféricos que en esta época tienen lugar, no podemos negar que las causas cósmicas se hallan secundadas tambien por las frutas que con ellas coinciden.

Si es verdad que muchas veces las alteraciones del hígado son consecutivas a la disenteria, no es extraño ver lo contrario i yo he observado un caso bien concluyente de la influencia que las afecciones hepáticas tienen sobre la alteracion intestinal: por lo tanto es mui posible que tengan razon los que creen que la abundancia o la falta de bilis puede ser una de las causas de esta enfermedad.

En cuanto al sexo, la edad i el temperamento, estan divididos los autores, i yo nada he observado sobre el particular. Annesley i Cambay creen que la *juventud i la vejez* predisponen a la disenteria, i Cambay i Lemoisne dicen otro tanto para el *temperamento sanguíneo*.

Hai autores que creen que la falta de aclimatacion haria mas apto al individuo para contraer esta afeccion, pero siendo en ellos ménos mortífera que en los naturales del pais.

Pero todas estas causas serian estériles, quedarian sin efecto o producirian, si se quiere, otras alteraciones dijestivas, si no existiera primero el agente jenerador, el *miasma disentérico*, como equivocadamente Kreisig lo llamaba.

La disenteria crónica, por regla jeneral, sigue a la aguda o es consecuencia de las diarreas. Aunque Barrallier la cree rara en los países templados, es comun observar entre nosotros disentéricos que sufren uno, dos, ocho i mas años de tan odioso padecimiento.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Rokitansky admite cuatro grados en las alteraciones anatómicas de la disenteria: 1º—mucosa rubicunda, tapizada de un moco rojizo, gris, estriado i ácido. 2º—El mucus se propaga i transforma en un barniz ceniciento, glutinoso i viscoso, *sustancia jelatinosa*; las tunicas intestinales se engruesan i mamelonan; los folículos mucosos están irritados i aun reblandecidos. 3º—Estas eminencias se aglomeran, reducidas en parte a una costra dura, adherida, roja-oscura i el intestino encierra una materia pardusca, icorosa, fétida i como coposa. 4º—Grandes porciones de mucosa se transforman en una masa negrusca, friable, como calcinada; el tejido sub-mucoso se encuentra regado de pus i el contenido es líquido, color café i olor cadavérico.

He creido conveniente apuntar la division de Rokitansky como un bello resumen de la anatomía patológica en la enfermedad que tratamos. Sin embargo, imitaré a Barrallier i haré esta descripcion, empezando por lo que se nota a la abertura del cadáver, despues las alteraciones del tubo digestivo, i por último, las de sus anexos, siendo en todas ellas lo mas conciso posible.

Abierto el abdómen de un individuo muerto por la disenteria, pueden encontrarse todos sus órganos de color rojo, que varia desde el rosa al lila o violeta. El intestino delgado se ve nacarado mientras que placas violáceas o negruscas suelen presentarse en el intestino grueso. El peritoneo, mas o menos rojizo, sembrado de arborizaciones, por lo jeneral está adelgazado al nivel de las ulceraciones intestinales, comunmente tapizado de falsas membranas i, en caso de perforaciones, presenta las señales de una inflamacion mas o ménos estensa i a veces hai adherencias del epiploon. Los intestinos se notan algo cambiados de lugar i como amontonados en la rejion umbilical.

El tubo digestivo, sitio principal de las alteraciones disentéricas, por lo jeneral, está sano desde la boca hasta la cara superior de la válvula ileo-cecal. Pero en los casos graves puede esta parte presentar lesiones que no estará de mas apuntar aquí. La mucosa bucal, faríngea i esofágica puede estar inyectada, con placas rojizas i arborizaciones i en los casos mas graves, aun reblandecida. El estómago, distendido por gases i materias amarillo-verdosas, puede presentar en su mucosa las mismas alteraciones ya mencionadas, aunque ménos comunes que las anteriores. El intestino delgado suele estar cu-

bierto de manchas rojas, circunscritas especialmente al *ileon*, con levantamiento de las placas de Peyer e hinchamiento de las glándulas de Bruner, alteracion que se hallaria en la mitad de los casos, segun Cambay. La superficie libre de su *mucosa* se presenta comunmente mamelonada, abollada por hiperemia e infiltracion sero-sanguinolenta de sus tunicas, a veces con ulceraciones de sus válvulas i puede llegar hasta el invajinamiento. Pero todas estas lesiones pueden faltar i las alteraciones disentéricas quedar circunscritas únicamente al *intestino grueso* que es su sitio predilecto.

Abierta esta parte del intestino se encuentra ocupado por una materia cuya composicion i naturaleza daremos a conocer al hablar de las evacuaciones, en la sintomatología. Su *mucosa* presenta, segun Jacoud, las lesiones de un catarro intenso: está turjente e hiperemiada, en especial al rededor de los foliculos; su color varia desde el *rosa al oscuro violado*; da sangre a la presion. Espesada desigualmente, a veces está reblandecida i no es raro encontrar en ella manchas equimóticas. Su superficie libre se encuentra a veces desnuda de su epitelio, i cubierta ya de mucosidades sanguinolentas, ya de un exudado pseudo-membranoso que puede ser continuo o diseminado en el vértice de los repliegues mucosos (Jacoud). Tambien se encuentran cuerpos rojos salientes, debidos a una hipertrofia de las vellosidades, segun Gely, o a las vainas epiteliales de las glándulas en tubo, segun Köelliker i Sappey, e incrustaciones de puntos grises, celulosos, especie de tubérculos, que parecen de pus concreto (Cambay). Mas tarde la hiperemia, la infiltracion i el reblandecimiento puede invadir la túnica celular que junto con la mucosa, presenta el aspecto de *jalea de grosellas*. Todo puede quedar reducido a esto solo i la disentería curar con reparacion completa de sus lesiones.

Pero mas comunmente sigue adelante su marcha invarosa i entónces aparecen las ulceraciones. Estas pueden tener tres orígenes: la alteracion folicular, un exudado intersticial i la gangrena.

En el primer caso el folículo se pone primero blanco-mate, gris o amarillento, luego blanco apizarrado i aparece un punto negro en su centro, su orificio, segun algunos. Luego se destruye i queda una depresion circunscrita por un borde saliente, cortado a pico *que no está ni hinchado ni reblandecido* (Jacoud). A veces muchas de estas ulceraciones se fusionan o bien, al rededor de sus bordes, la mucosa desprendida se gangrena i da lugar a grandes ulceraciones que comprenden toda la mucosa que en sus intervalos se presenta tumefacta, infectada i a veces con pseudo-membranas crupales.

Si la ulceracion sucede al exudado intersticial o diftérico, la mucosa se presenta abultada, de color blanco agrisado i la superficie interna del intestino con abolladuras debidas a la infiltracion membranosa. El exudado comprime los vasos i bien pronto trae la necrosis de los puntos afectos. La escara se desprende en detritus sanioso *difícil de conocer en las evacuaciones* (Jacoud) i da lugar a ulceraciones estensas, irregulares, de bordes igualmente irregulares i tumefactos. El fondo de estas úlceras, formado por el tejido submucoso, se halla tumefacto i da sangre. El edema de las tunicas es considerable i las ulceraciones diftéricas coinciden comunmente con la inflamacion catarral i las úlceras foliculares. La escara puede comprender las tres tunicas i a su caída dar lugar entónces a perforaciones, si la inflamacion adhesiva del peritoneo no viene a prevenirla.

En los casos de gangrena, la mucosa toma una coloracion bruna, negrusca o apizarrada. A su alrededor el dérmis está destruido en parte o en su totalidad. La escara se forma para cuer despues en detritus blando i negrusco o bien grandes trozos de mucosa efacelada se desprenden i aparecen en las evacuaciones o quedan flotantes en uno de sus bordes. Esto da lugar a grandes ulceraciones irregulares, a veces circulares, circunscritas por una areola plomiza, de fondo livido o negro, blanco azulado, si es el tejido celular que lo forma, i pueden llegar hasta la serosa i dar lugar a las perforaciones. Suele encontrarse en estos casos, entre las tunicas musculosa i mucosa una verdadera capa de pus que, al desprendimiento de la escara, sale en gran cantidad con las evacuaciones.

Mas sea cualquiera su modo de formarse, estas úlceras varian mucho en volúmen, estension i profundidad i existen por lo comun desde el recto hasta la cara inferior de la válvula ileo-cecal, cuya cara superior queda intacta (Cornuel i Empis) pero, como hemos visto, pueden estenderse a todo el tubo digestivo.

Si la disenteria ha durado ya algunos dias, pueden encontrarse principios de cicatrizacion, principalmente a la parte inferior, cicatriz blanca, rosada, semejante a una serosa, i que segun Barrallier se forma al mismo tiempo por el fondo i por los bordes.

Las falsas membranas, admitidas por unos, como Rokitansky, Niemeyer, etc. i negadas por otros, existen realmente en períodos avanzados de la enfermedad i sobre todo en ciertas disenterias que por esto han recibido el nombre de *diftéricas* i de las que últimamente se han presentado algunos casos en Talca, coincidiendo con una pequeña epidemia de *anjina diftérica* i yo he podido observar

uno de ellos. Estas neo-membranas se hallan diseminadas en el intestino grueso, cubriendo a veces las ulceraciones i presentan, segun Barrallier, tres estados: 1.º pequeñas películas irregulares, secas i grisáceas; 2.º Mas secas, escamosas, segun Gely, furfuráceas, segun Niemeyer; 3.º Espesas, granulosas i flotantes i dejan a su desprendimiento ulceraciones mas o ménos estensas, cuya formacion ya hemos explicado.

Tal es el cuadro mas o ménos completo de las alteraciones que pudiéramos llamar casi constantes de la disentería i que he formado por la lectura de los diversos autores ya citados. Pero existen además otras lesiones que, si no son tan comunes como las anteriores, que puede decirse, caracterizan la enfermedad que tratamos, debemos, sin embargo, hacer mencion de ellas. Así los ganglios mesentéricos pueden encontrarse, primero conjestionados, hipertrofiados, ya duros, grisáceos, ya blandos rojizos; despues pueden estar reblandecidos i aun convertidos en caldo purulento (Copland i Empis). El hígado, comunmente hiperemiado, se presenta rojizo i reblandecido, mas tarde descolorido i mas duro. La vesícula biliar se halla con frecuencia distendida por una bilis espesa i de color oscuro; el bazo atrofiado; los riñones i cápsulas suprarrenales conjestionados; la vejiga urinaria retraida, principalmente si la enfermedad dura mas de veinte dias i las evacuaciones han sido abundantes i numerosas; el peritoneo hiperemiado; el corazon, algo reblandecido, presenta sus cavidades derechas llenas de sangre negra, medio coagulada i coágulos amarillos, fibrinosos.

Las alteraciones de la sangre son variables, no existiendo en ellas nada de constante, segun lo demuestran los análisis de Leonard i Foley. En los casos graves es posible encontrar los bacterios de que Lebert nos ha hablado (Jacoud).

En la disentería crónica, las lesiones son casi las mismas que en la disentería aguda i solo hablaré de algunas particularidades, debidas mas bien a la *caquexia disintérica*, que a la disentería misma: tales son los derrames en las cavidades serosas i el edema de los maleolos. Algunos agregan las embolias de las venas, principalmente las iliacas i mesorraicas, como una lesion especial de la disentería crónica; pero ellas se presentan tambien en la forma aguda i en ambas con mucha rareza, por lo cual no habia querido mencionarlás. Mas comunes son todavia las retracciones i distenciones intestinales que, si se presentan simultáneamente, dan al intestino la forma de un rosario i son orijen de funestas consecuencias, de que hablaremos mas adelante.

SÍNTOMAS.—Comunmente la disenteria estalla bruscamente. El organismo, como espantado del poderoso enemigo que lo ataca, abandona el campo sin resistencia i se entrega a discrecion. Mas no siempre es así. A veces sostiene una lucha desesperada contra su terrible invasor, lucha que se deja ver exteriormente por signos bien manifestos. Estos son ya una cardialjía mas o ménos violenta, acompañada de embarazo gástrico leve o intenso; ya son calofrios mas o ménos fuertes i prolongados, seguidos de fiebre i un dolor vivo o sordo a la rejion dorsal, cefalaljía lijera o intensa i malestar jeneral. A menudo el gusto se hace amargo i el aliento fétido; aparecen náuseas; la lengua se carga de un barniz grisáceo o amarillento; dolores vagos e irregulares se sienten al abdómen; por lo jeneral se presenta la diarrea, a veces la constipacion, otras ámbas alternan entre sí. La cara se altera; un abatimiento profundo se marca en el rostro del futuro enfermo: sus facciones denotan la postracion; un tinte pálido, terroso, cubre su semblante, especialmente la nariz; sus ojos, como hundidos en sus órbitas, pierden su vivacidad i su brillo i se rodean de un círculo azulado; un insomnio pertinaz se muestra a veces, otras, por el contrario, es una somnolencia profunda. Dolores cólicos, remitentes o continuos que se exasperan por la noche i se aumentan por la presion, se dejan sentir principalmente en la fosa ilíaca izquierda i las evacuaciones son por lo jeneral poco abundantes. Todo este cortejo de síntomas, preludio a veces de la disenteria, ya existan todos simultáneamente, ya solo algunos de ellos, pueden durar desde algunas horas hasta dos o tres dias. Combatidos debidamente, todo puede pasar, o bien siguen adelante en su marcha invasora i la enfermedad se confirma.

Tres son los síntomas con que los autores caracterizan la disenteria: los cólicos, el tenesmo i las evacuaciones. A estos agregan algunos, como Jacoud, un estado jeneral grave. Estudiemos cada uno de estos síntomas aisladamente, sigamos la marcha de cada uno de ellos i habremos hecho el cuadro mas o ménos exacto del curso seguido por el proceso mórbido que estudiamos.

Cólicos i tenesmo.— Los cólicos, *tormina intestinorum* de los antiguos, son dolores cuyo sitio de partida se encuentra en la fosa ilíaca izquierda, al nivel de las ilíaca, i a veces en el hipogastrio. De aquí se irradian a las partes superiores del cólon i redoblando su violencia, descienden hasta el recto. Son intermitentes o remitentes i aparecen, o agravan su violencia, precedidos de borborigmos, cada vez que hai necesidad de defecar, o por la injeccion de alimentos o remedios. Mas o ménos intensos, comunmente en relacion con la

gravedad de la enfermedad, como los dolores vagos abdominales que a veces los preceden, se aumentan por la noche i se exasperan por la presion. Las evacuaciones no los calman: apenas disminuyen su violencia. A veces sufren una remision mui notable que puede hacer pensar en una mejoría i aun desaparecen por completo, persistiendo en el mismo grado los demas síntomas de la enfermedad: esto puede tener lugar en la *adynamia* profunda o en la gangrena intestinal i será por consiguiente un síntoma de mal carácter que debe llamar la atencion del práctico experimentado.

A estos dolores acompaña un peso molesto a la pelvis, especialmente al *periné*, con la sensacion de un cuerpo extraño que ocupase la estremidad inferior del recto. (Jacoud). Esta falsa sensacion, debida probablemente a la irritacion intestinal, obliga al enfermo a sentarse a cada instante a la escupidera, halagado siempre con la esperanza de arrojar gran cantidad de materias fecales que lo alivien de los tormentos que sufre. I aunque una i otra vez encuentra burlados sus deseos i a cada instante mira realizada en sí la fábula del parto de los montes, espulsando solo, despues de horribles dolores, una pequeña cantidad de mucosidades fétidas i sanguinolentas, vuelve i vuelve siempre i siempre con el mismo resultado.

La espulsion de estas mucosidades provoca un intenso dolor al esfínter del ano, conocido con el nombre de *tenesmo*, vulgarmente *caja*, considerado por algunos como contraccion refleja, espasmódica i dolorosa del mismo esfínter. Pero, como en los casos graves i últimos períodos de la enfermedad, vemos este mismo orificio permanecer abierto i paralizado, lo que da lugar muchas veces a la prosidencia del recto, sobre todo en los niños, es mas natural atribuir este dolor a la escoracion de la mucosa por la accion irritante de las materias que la atraviesan, i a la irritacion dolorosa de los nervios sensitivos que por ella se distribuyen. I es tanto mas probable esta opinion, cuanto que el mismo tenesmo lo vemos propagarse en ciertos casos hasta el esfínter vesical, haciendo difícil la mixtion e irradiarse hasta las paredes abdominales i aun hasta los miembros inferiores.

El tenesmo, tolerable algunas veces, se hace otras de tal modo intenso, que el enfermo se arrolla sobre sí mismo, toma mil actitudes diferentes, una palidez mortal cubre su rostro, un sudor frio baña todo su cuerpo, i agobiado por el dolor, es atacado a veces de convulsiones, delirio, lipotimias i hasta de síncope: estos dolores serian para Jacoud la causa primera del abatimiento profundo en que llegan a caer estos desgraciados enfermos. Mas no siempre existe el

tenesmo i suele ser reemplazado por un escozor mas o ménos fuerte a la rejion del ano. No es raro tampoco verle faltar por completo en el trascurso de la enfermedad i, como la cesacion de los cólicos, es un signo de mal augurio.

Evacuaciones.—Confirmada la disenteria, las evacuaciones toman un aspecto especial i casi característico. Primero, son pastosas o líquidas i aun fécales. Despues se hacen catarrales, mucosas, viscosas, acuosas o espumosas i luego sanguinolentas. Su espulsion causa grandes molestias al enfermo i se repiten con frecuencia variable. Mas frecuentes durante la noche, tienen lugar diez o doce veces en 24 horas, en los casos benignos. En los casos graves, el número de estas evacuaciones aumenta extraordinariamente. He visto casos en que tenian lugar 50 i mas veces durante el dia. Zimmerman asegura haber contado hasta 200 en algunas horas i pueden llegar a ser incontables. Su cantidad es igualmente variable. Comunmente los enfermos no arrojan en cada deposicion sino una pequeña porcion de mucosidades viscosas i sanguinolentas, semejantes a los esputos pneumónicos de primer grado. Otras veces es una cantidad enorme de una serosidad rojiza de la que Zimmerman ha contado hasta 40 cuartillos en uno de sus enfermos, i Degner, hablando de otro, se expresa así: *totum fere corpus in liquidum vertebatur et per intestina expurgabatur*. Su naturaleza cambia igualmente con el curso i gravedad del padecimiento. En los primeros dias son por lo comun mucosas, transparentes, blanquizas i viscosas, nadando en una serosidad poco abundante. Poco despues se hacen sanguinolentas i la sangre puede estar en estrías, en coágulos o mezclada íntimamente; a veces sangre pura. Por la decantacion se dividen en varias capas: 1ª mucos-serosa; 2ª mucosidades mas o ménos teñidas de sangre; i 3ª una capa mas espesa, a veces de sangre pura, de color café o heces de vino. Otras veces contienen bñla, si no es transitoriamente i en pequeña cantidad (Darraillet). Su olor es *sui generis*, nauseabundo, que bien podríamos llamar olor disentérico. Su color, comunmente rosa o rojo oscuro, cambia mucho, pudiendo ser amarillo-verdoso, verde de yrión, rojizo, bruno rojizo, a veces sangre pura. En los casos ligeros es frecuente encontrar por el lavado restos de alimentos sin digerir i trozos de epitelio desprendidos. En los casos graves, se encuentran ademas pseudo-membranas, como granos de arroz, grumos ovales, brunos, negruscos, de materias fecales endurecidas, *aribales*, i pus. Este puede tener cuatro orijenés, viniendo ya de la secrecion mucosa, ya de las úlcéras, de los abscesos sub-mucosos o de la gangrena. A veces hallamos tambien

moco vítreo i pequeñas masas esféricas, como grumos de sagú, que indican la alteracion de las glándulas intestinales (Jacoud). En casos mas graves todavía, las evacuaciones se hacen serosas, rojas, como jalea de grosellas, en la que nadan trozos membranosos, cilíndricos o membranas intestinales. Si la gangrena invade los intestinos, las evacuaciones son líquidas, involuntarias, horriblemente fétidas, como carne macerada, conteniendo fragmentos de esfacelo, partes de mucosa, fáciles de conocer por su disposicion fibrosa i toman un color moreno o negro que no debemos confundir con la coloracion que da el subnitrate de bismuto, muchas veces administrado contra esta enfermedad. A veces la sangre puede faltar i forma la disenteria *blanca*, en oposicion a la *cruenta* o de Morgagni.

Si la enfermedad termina por la curacion, las cámaras se hacen sucesivamente ménos frecuentes, mucosas, serosas, sero-biliosas, feculentas, se espesan poco a poco i al fin se fecalizan.

La presencia del pus en las evacuaciones indica siempre un estado grave.

Estado jeneral.—Llamados a ver un enfermo de disenteria, vemos el abatimiento i la demacracion pintados en su semblante: están alteradas sus facciones, sus ojos hundidos, sin brillo i sin expresion, su voz débil i cascada, que parece salir cansadamente de su pecho; su piel plomiza, terrosa lívida i cenozada, especialmente en sus piés i manos; su rostro rizado, de aspecto ceñil i, cuando la muerte se acerca, su cara se hace hipocrática. En los primeros dias ocupa el decúbito dorsal; despues toma la posicion lateral i en la proximidad de la agonía, agotado ya su último resto de enerjía, se arrella sobre sí mismo, doblando los brazos sobre el pecho i acercando a ellos su cabeza, encoje las piernas contra los muslos i éstos contra el vientre i cubre su cuerpo helado con las coberturas de su lecho.

Apirética en los casos lijeros, la disenteria presenta en casos mas graves una reaccion febril bien manifiesta, intermitente o remitente, que se exaspera por la tarde. El pulso, mas ligero en su principio, bien pronto se hace mas lento, débil i fugaz, lo que dependeria, segun Monneret, de la naturaleza misma de la enfermedad que, «atacando rápidamente el dinamismo vital, tiende a paralizar el corazon i a apagar el calor». Si las evacuaciones son abundantes, el pulso baja de la normal; pero en los casos graves puede ser tambien pequeño, desigual, filiforme, ligero i hasta incontable, e intermitente, segun algunos, por espasmo del corazon. Sufre una aceleracion mui notable en los paroxismos de tenesmo i tiene por carácter especial la aceleracion nocturna.

La temperatura de la piel, conservada en los primeros días, se eleva un poco despues, sobre todo en la rejion abdominal, i se pone seca i terrosa. Si las evacuaciones son abundantes, ésta se enfria i se cubre de un sudor viscoso helado. Su respiracion es lenta, en especial despues de las grandes evacuaciones, su voz apagada, su palabra difícil, se hace incomprensible en los últimos períodos de la enfermedad. «La voz débil i temblona, cuando las evacuaciones abundan, indica comunmente la gangrena o una complicacion maligna.»

Pocas enfermedades traen un agotamiento mas rápido que la disenteria. Estenuado el enfermo por pérdidas constantes, agobiado por los sufrimientos i dolores, cae prontamente en la demacracion mas profunda. No es raro observar síntomas de excitacion nerviosa, como los vómitos, las convulsiones, el delirio, en la forma atáxica, el hipo, comun en los bebedores, signo de la gangrena, segun Zimmerman, i mas propiamente el centinela avanzado de la muerte. A esta corta excitacion, sigue muy pronto un abatimiento profundo i el desgraciado enfermo es atacado de lípotimias, síncope i hasta el coma; i segun la enérgica espresion de un autor, él fué llamado para asistir a la curacion de un cadáver. El moribundo permanece hundido en su cama, sin movimiento, sin espresion i casi sin vida, bañado su cuerpo en el líquido horribilmente fétido que corre por su ano abierto i paralizado.

A estos síntomas podriamos unir otros todavia, mas bien dependientes de sus complicaciones que de la enfermedad en sí i que cada cual puede apreciar por sí mismo. Entre estos, los mas comunes son los vómitos, que ya hemos mencionado, i que, a juicio de Jacoud, serian un simple fenómeno reflejo cuando vienen sin náuseas i las materias vomitadas son un líquido incoloro o ligeramente blanquizco; mientras que serian el signo de un catarro gástrico o gastro-duodenal si son frecuentes, acompañados de cardialjias i vomituraciones, i las materias son espesas, francamente biliosas i producen alivio con su espulsion.

Todavia podria agregarse otros síntomas que dependen de ciertos estados especiales que suelen acompañar a la disenteria i que me bastará nombrar para que cada cuál pueda suponer lo fenómenos que los siguen. Estos son la *ataxia*, la *adinamia*, el *estado tifoideo* i la *aljidez*. De cada uno de ellos han querido ciertos autores hacer una forma especial de disenteria, siendo que en realidad no son mas que grados diversos de una misma i sola entidad mórbida. Todo no dependeria, segun Jacoud i otros tratadistas, si nó del grado de la lesion intestinal: «reaccion franca en la inflamacion intestinal con

úlceras superficiales; postracion i accidentes nerviosos en la ulceracion profunda que trae la adinamia i la septicemia por reabsorcion de los productos pútridos.

DISENTERIA CRÓNICA.—Sigue por lo comun a la forma aguda, motivada, con mucha frecuencia, por desarreglos en el régimen durante el período de declinacion de la enfermedad. Despues de 15 o 20 dias, a veces mas, todos los síntomas disminuyen de intensidad, el apetito perdido, vuelve por lo jeneral o bien se hace devorador hasta el punto que el enfermo con nada se satisface i puede llegar hasta la *pieg* o la *bulimia*. Las evacuaciones son mas abundantes i ménos frecuentes, aunque *imperiosas i hasta involuntarias*; la cantidad de sangre disminuye i hasta desaparece, i las cámaras toman un olor pesado, fétido, nauseabundo i un color que varia entre el blanco, verdoso, grisáceo o sanguinolento i tienen una consistencia que puede ser acosa, serosa, mucopurulenta, fícales i a veces compuesta casi únicamente de pus. A pesar del apetito devorador del enfermo, la demaracion sigue su curso i éste se ve obligado a permanecer en cama. Sus ojos hundidos i sin brillo, su voz apagada i cascada, su piel seca i rizada, su abdómen aplandado i retruido, derrames no raros a las diversas cavidades serosas o bien edema de los maléolos, la fiebre escasa, su pulso pequeño i fugitivo que varia entre 50 i 76 i que se acelera por la tarde, denotarán en él la postracion profunda, la *capacia disenterica*, de la cual difícilmente ha de volver.

PRONÓSTICO, DURACION Y TERMINACION.—El pronóstico de la disenteria debe siempre ser reservado. Su marcha es tan insidiosa i tan rápida que, una forma, al parecer de las mas benignas, puede de un momento a otro tomar una gravedad tal que arrebate al enfermo, burlando las esperanzas de la familia i comprometiendo la reputacion del médico. Mas por lo jeneral es favorable en los casos lijeros de la disenteria esporádica i grave en los de endemia i epidemia en que la disenteria suele ser la mas mortífera de las enfermedades. Un escritor de principios del siglo, dice que la disenteria habia hecho mayores devastaciones que los cañones del imperio.

Su duracion depende de la gravedad del mal i del tratamiento empleado. Terminando por lo jeneral durante el primer septenario en los casos lijeros, puede durar dos i tres en los mas graves i hasta muchos años cuando la enfermedad se hace crónica.

Con una marcha progresiva i ascendente, con remisiones o intermisiones mas o ménos marcadas, la disenteria puede terminar por la curacion, el paso al estado crónico o por la muerte. Esta tiene lugar, o por los progresos mismos del mal, o por alguna de sus compli-

caciones, *hemorragias*, *perforaciones intestinales*, *hepatitis*, *embolias*, etc.

CONSECUENCIAS.—Muchas son las consecuencias que la disenteria, una vez curada, puede dejar tras de sí; pero no creo deba ocuparme de ellas detenidamente. Me bastará mencionar, como mas comunes, la *atonía digestiva*, las *dispepsias de todo género*, las *enfermedades del hígado* i la *predisposicion* bien marcada para contraer toda clase de afecciones intestinales i sobre todo un *nuevo ataque de la misma disenteria*. Pero debo llamar la atencion, talvez como la mas grave de todas, a las consecuencias a que pueden dar orijen las *úlceras del intestino*. La mucosa intestinal, una vez destruida, no se rejenera jamás i sus ulceraciones son ocupadas por tejido conjuntivo cicatricial que, como todos los de su especie, sufre mas tarde la retraccion. Estas retracciones cicatriciales, cuando las úlceras eran algo estensas, forman la verdadera espada de Damocles suspendida sobre la cabeza del enfermo ya curado. Ellas dan lugar a estrecheces intestinales, orijen de cólicos intensos que atormentan sin cesar al paciente que ademas está espuesto a perecer de un momento a otro, ya por una *perforacion* debida a la ruptura de una de estas cicatrices, ya por *invaginamientos* determinados por las estrecheces a que ellas mismas dan lugar.

DIAGNÓSTICO.—Es difícil entrar a hacer el diagnóstico diferencial entre esta enfermedad i otras que se le parecen, como el cólera, los *envenenamientos por las sales de cobre*, el catarro i la hemorragia intestinal, etc. Aunque, como hemos visto, no tiene en verdad un síntoma patognomónico que la caracterise, sin embargo, basta leer su sintomatología, basta haber visto un solo enfermo de disenteria, para que no se la desconozca jamás donde quiera que se presente i sea cual fuere la forma que revista. Por lo demas, en caso de duda, los antecedentes i un exámen detenido del enfermo bastarán a disiparla.

TRATAMIENTO.

Querer hacer la enumeracion completa i metódica de los infinitos medicamentos empleados contra esta enfermedad, seria hacer la historia de la medicina entera, entrar al análisis de los diversos sistemas que han reinado en terapéutica como en patología. Conocida desde los tiempos mas remotos, curada ya por el inmortal *Viejo de Cos*, ha seguido en su tratamiento la marcha progresiva de las ciencias médicas i la ha acompañado en las diversas facies porque ha pasado. Casi no hai un agente medicamentoso que no haya sido em-

pleado i todos ellos tienen sus ardientes defensores, como sus tenaces detractores i todos cuentan con mayor o menor número de felices resultados. Desde los tónicos analépticos hasta los antiflojísticos deplesivos, desde los exitantes hasta los estupefacientes, toda la terapéutica ha sido recorrida, buscando en todas partes el agente específico que oponer a este elemento poderoso de destruccion, sin que hasta ahora, como es natural, haya podido encontrarse ninguno. I esta variedad, este lujo brillante de tratamientos tiene su lugar de ser. El cuadro nosológico de la disenteria, como ya hemos visto, es tan complejo i tan variado, que no hai un grupo de agentes terapéuticos que no cuente entre sus propiedades fisiológicas una sola siquiera que no pueda oponerse a uno o mas síntomas de tan cruel padecimiento. De aquí resulta un caos profundo, bien difícil de descifrar, al hacer el estudio i la enumeracion metódica de tantas i tan variadas medicaciones. Por esto, al hacer la enumeracion concisa de estos remedios, sacados en su mayor parte de la grande obra de Frank i del interesante artículo de Barrallier, seguiré el orden i la division adoptada por este último, que tiene la ventaja de unir el método a la claridad.

Este distinguido escritor divide el tratamiento de la disenteria en *profiláctico i curativo*. Este lo subdivide a su turno en *medios farmacéuticos e hijénicos*. Los medios farmacéuticos los divide en cinco grupos. 1.º Medicamentos empleados contra el estado inflamatorio: *antiflojísticos directos o indirectos*. 2.º Destinados a moderar el flujo intestinal i a calmar los dolores: *astrinjentes, sedativos, revulsivos cutíneos*. 3.º Modificadores del estado jeneral i de las secreciones intestinales: *evacuantes, nitrato de plata, etc.* 4.º Medios tópicos sobre la superficie intestinal: **internos: absorbentes, obturantes: externos: inyecciones intestinales**. 5.º Medios destinados a levantar las fuerzas i a reconstituir las funciones asimiladoras i tónicos (Barrallier de Tours).

Adoptaré, pues, de lleno esta division, i conforme a ella haré la rápida enumeracion de los medicamentos que mayor prestigio han gozado, reservándome para tratar despues aisladamente de todo lo concerniente a la ipecacuana, i en especial a lo que toca al método de las Indias inglesas, que bien pudiéramos llamar *de la ipecacuana por la via vena, en altas dosis*.

ANTIFLOJÍSTICOS.—La sangría, ponderada por Sydenham i Stoll, abandonada mas tarde i restringida despues a la disenteria inflamatoria de los paises templados, debe proscribirse por completo en el tratamiento de una enfermedad que tiene por carácter especial el

empobrecimiento i la adinamia i cuya duracion no podemos precisar: se empleaba la sangría del brazo i las ventosas escarificadas al vientre.

Emolientes.—Entre ellos son de uso corriente las cataplasmas al vientre, las decocciones mucilaginosas solas o con alcanfor i láudano, la decoccion blanca de Sydenham, los baños de asiento mezclados con un litro de vinagre (Segond i Delioux de Savignac) una pocion compuesta de *agua azucarada*, un litro, *claras de huevo*, 4 a 6, agregando láudano, en caso de vómitos. Esta misma pocion empleaba ya Mondier en lavativas hácia el año 1830. Todos estos medicamentos pueden ser útiles, principalmente en las disenterias esporádicas, mas bien como ayudantes de otros tratamientos, prestando asi buenos servicios, que como verdaderos medios curativos.

Astringentes.—Rechazados ya por Hipócrates, en nuestros dias solo se aceptan en la disenteria crónica i son mirados como perjudiciales en la forma aguda. Segun Barrallier deben preferirse siempre los astringentes sacados del reino vegetal; entre los cuales son dignos de mencion el cauchú, catecú, el palo de campeche, la ratania, el granado, el colombo, la jenciana, la simarruba, etc. Conocida es su accion sobre los diversos tejidos del organismo i obrarán, por consiguiente, disminuyendo las secreciones intestinales i dando tonicidad a las fibras del intestino, pero sin que su accion pase mas allá. Se agregan a estos la cera amarilla derretida en leche (Mondiere), el alumbre, el acetato de plomo, el percloruro de fierro, que obra al mismo tiempo como astringente i reconstituyente i es útil en la complicacion hemorrájica. Stoll da una accion especial a la raiz de árnica, a la dosis de 2 a 40 gramos en los casos de putridez i Hufeland le reconoce, ademas de su accion astringente, otra accion especial sobre la parte inferior de la médula.

Sedativos.—A la cabeza de todos es necesario colocar el ópio, cuyo empleo cree Sydenham indicado al fin de la disenteria epidémica i principios de la esporádica. Modera los dolores i el tenesmo, disminuye la secrecion intestinal i activa las funciones de la piel. Pero no debemos abusar de su empleo, no olvidando jamas la accion narcótica, hipostenizante del remedio i la tendencia adinámica de la enfermedad que, segun Monneret, este medicamento aumentaria. Por otra parte, algunos autores lo acusan de producir, con su uso inmoderado, enteritis o apoplejias i esto bastará para hacernos prudentes en su administracion. La preparacion empleada es mui variable. Unos prefieren el polvo en infusion oleosa o gomosa, otros el láudano, particularmente el de Sydenham, otros el extracto, el jara-

be, el elixir paregórico, los polvos de Dover i por último sus alcaloides, morfina, codeína i narceína, que tienen la ventaja de dosificarse mejor. Como el opio obra también disminuyendo la secreción hepática i del intestino delgado, Joung, para obviar este inconveniente, le unia al principio al cálcovel i luego a la ipecacuana i píldoras azules, mezcla que, según Barrallier, debe desecharse por existir cierto antagonismo entre sus componentes, cuya benéfica acción se destruye mutuamente. Sin embargo, las preparaciones opiadas son un calmante útil i que unidas a los tónicos i a los astringentes puede prestar al práctico grandes servicios en la disenteria crónica.

Estupeficientes. — Figura en primera línea la *belladona* por su acción sobre los vaso-motores, sobre la contractilidad muscular de las vísceras i sobre la médula espinal. Según G. Sée, disminuye rápidamente la sensibilidad i la actividad medular i modifica felizmente la disenteria. Sin embargo, no tiene acción alguna sobre las secreciones intestinales i solo puede servir como ayudante de otros medicamentos. Su empleo principal es al exterior. Leclerc de Tours colocaba emplastos de *extracto de belladona*, sobre la región pubiana para disminuir el tenesmo i los dolores, pues daba a la disenteria el carácter de afección reumática. Igual empleo i acción concedía al *datura stramonium* i a las *hojas de tabaco*, a las cuales unía el cálcovel, a dosis refractas, i en el período de declinación lo reemplazaba por píldoras de un centígramo de nitrato de plata i opio, dos veces al día. Barrallier emplea una pomada de 15 gramos de extracto de belladona por 30 de manteca i hace con ellas fricciones al vientre dos veces al día i según el tendria la ventaja de aliviar el dolor. Fresnay-sur-Sarthe usa las fomentaciones o la decocción concentrada de hojas de papa (*solanum tuberosum*) unidas a otros medios curativos. En la variedad inflamatoria, se ha echado mano igualmente del *aconito* por su acción antifebril i porque, según Marbot, relaja los movimientos del corazón, disminuye el calibre de los vasos i suprime la exhalación sanguínea, siendo ésta por lo demás su única acción (Barrallier). Por estas mismas razones, Gervis ha propuesto el cornosuelo de centeno. Los ingleses prescriben el cloroformo contra los dolores i el tenesmo; pero Morchead, que le reconoce esta misma acción, dice que su empleo produce una irritación gástrica i por lo tanto, «no debe emplearse mas que cuando el tenesmo u otros síntomas de espasmo de la fibra muscular del intestino son muy intensos.» Tiene además el grave inconveniente de bajar la calorificación i aumentar la fiebre. Otros recomiendan los baños tibios que indudablemente prestan alguna utilidad,

siempre que se usen con las precauciones que mas adelante indicaremos. Agregaremos todavía el alcanfor, el almizcle, el eter sulfúrico, etc. Todos estos medicamentos gozan de una acción sedante bien conocida i pueden contrarrestar útilmente ciertos síntomas, pero sin detener por esto el curso de la enfermedad: por lo tanto solo deben usarse como auxiliares mas o menos poderosos.

Reversivos cutáneos.—Zimmerman les da gran importancia en los casos de malignidad i para disminuir los dolores, i aun les concede hasta una acción curativa. Con todo, segun Barrallier, tienen el grave defecto de producir erisipelas en cambio de una acción meramente pasajera. Se ha empleado el amoníaco puro, las cantáridas, el tártaro estibiado, cataplasmas sinapisadas, baños de vapores alcohólicos (Delionx de S.), el ungüento mercurial con opio, las fomentaciones de coloquintida i acolepiadas jigante, etc. Todos estos medios pueden prestar servicios, como derivativos, en la disenteria crónica.

Modificadores de las secreciones i funciones intestinales.—Altamente ponderados por Zimmerman, cayeron despues en desuso para levantarse mas tarde bajo el influjo de la prestigiosa palabra de Bretonneau. Entre estos debería figurar la ipocacuanha, como el medicamento por excelencia contra la disenteria; pero como ya he dicho antes, me reservo para ocuparme de ella detenidamente al final de mi trabajo. Violen en seguida los purgantes, a los que prestó su apoyo el ilustre Sydenham, sostenidos mas tarde por Bretonneau. Trousseau, discípulo de este último, explica la acción curativa de los purgantes por una acción irritante substitutiva, segun la cual la irritación mórbida sería reemplazada por una irritación terapéutica, teoría que creo perfectamente refutada por Rabieau. Segun Barrallier, evacuan las materias alteradas, modifican los actos intestinales, vuelven a su estado normal la contractilidad intestinal perversa, facilitan i aumentan la secreción biliar i del intestino delgado i hacen las evacuaciones diarréicas. A estas bellas propiedades debemos agregar todavía la acción anacasmética, demostrada por los experimentos de Rabieau, todo lo que hace de los purgantes uno de los remedios mas útiles entre los que se han empleado contra esta cruel dolencia. Se usa el rino, el rubiarbo, el maná, el sen, el tamarindo, la crema de tártaro, la sal de Sedlitz, la de Seignette, a la dosis de 10 a 15 gramos en 100 gramos de agua para tomar en dos porciones i continuada por seis a ocho dias, las sales neutras, etc. Pero entre todos ellos el mas importante es el *calomel* que puede prescribirse como simple purgativo a la dosis de 2 a 4 gramos o co-

mo alterante ya por el método de D'Amiel ya por el de Law. Según Morchead, el calomel tiene por objeto regularizar la secrecion hepática i del intestino delgado, saltando el intestino grueso irritado, i le asocia al opio. Si tarda en obrar, debe renunciarse a su empleo por razones mui fáciles de comprender. Es sobre todo útil en los casos de eretismo inflamatorio, cuando las evacuaciones son sanguinolentas i la disenteria presenta un notable estado de gravedad. Obra aquí como purgativo i sedativo i su accion enérgica sobre el hígado hiperemiado. Se une a veces a otros medicamentos de los cuales el mas notable son las píldoras de Segond, mui recomendadas por algunos de nuestros doctores, principalmente en la disenteria hemorrájica; pero son todavia mas útiles, como todos los preparados de calomel, en el segundo período i estado crónico del padecimiento. Algunos escritores notables creen el calomel mas útil en los niños que en el adulto i mas principalmente en las disenterias *biliosa, inflamatoria i verminosa*.

El nitrato de plata, usado interiormente, bajo la forma pilular, obraria como depresivo del sistema nervioso, moderaria el dolor i, tópicamente modificaria las secreciones intestinales, restableceria el curso de la bilis i disminuiria las evacuaciones. Caradec dá píldoras de miga de pan con uno o tres centigramos de nitrato de plata; Empis 40 centigramos en cuatro píldoras, una cada cuatro horas; Barriallier 10 centigramos en cuatro píldoras. No parece errada la objecion que algunos autores hacen al uso interno del nitrato arjéntino. Objetan que su accion tópica no puede parar mas allá del estómago, en donde el nitrato seria descompuesto por los cloruros, siempre contenidos en el jugo estomacal.

En este grupo de medicamentos, podemos agregar todavia el hidro-clorato de cal, el ácido cítrico, el bálsamo de copaiba, i del Perú, etc.

Medios tópicos.—Internos.—Tienen por objeto disminuir o suprimir las evacuaciones, absorber los gases i obrar como desinfectantes. Pero tienen el inconveniente de que, siendo insolubles, espesan las evacuaciones, hacen mas difícil i dolorosa su espulsion i pueden dar origen a concreciones duras que se estacionan en los repliegues del intestino i hacen las veces de un cuerpo extraño. Se emplea el fosfato de cal, la creta preparada, que neutralizan los ácidos i son útiles para los niños, el carbon vegetal, el sub-nitrato de bismuto, del que Monneret se espresa así: «No conocemos otro agente terapéutico que pueda comparársele: modera los dolores i el estado flegmático, favorece la renovacion de las pérdidas de sustancia, i para concluir de

una vez, no hai un medicamento mas eficaz en el tratamiento de la disenteria crónica». Ademas obra tambien como desinfectante, uniéndose al ácido sulfhídrico, causa principal de los cólicos, segun algunos, i da un color negro a las evacuaciones por la formacion de sulfuro de bismuto. Segun Brassac favorece la reparacion de las úlceras, absorbe los gases fétidos i hace fácil la alimentacion desde los primeros dias. Es, pues, un medicamento que siempre debemos tener presente al hacer nuestras prescripciones a un atacado de disenteria.

Esternos.—Inyecciones intestinales.—Casi no Labrá un médico que no emplee los enemas como ayudantes mui útiles en la curacion de esta enfermedad. Desgraciadamente su aplicacion produce a veces agudos dolores i suelen ser difícilmente toleradas, sobre todo en la forma crónica. Se ha puesto en uso una variedad inmensa de ellas. Pueden ser *emolientes, sedativas, astringentes, tónicas i desinfectantes*. Entre todas las mas comunes son: de agua o cocimiento de linaza, de malvas, de arroz, la albúmina, de hasta de ciervo raspada, de sauce, de raiz de sajitaria, de cloroformo, ácido carbónico que, segun algunos, no solo es anestérico sino curativo de las úlceras de mal carácter, cocimiento de amapolas, la triaca, el kúdano. Ultimamente hemos visto, al doctor David Salamanca, aplicar lavativas de un gramo de polvos de Dower, dando por resultado inmediato la disminucion de los cólicos i el *tensismo*, una *diáforesis* abundante i un bienestar agradable que llevó al enfermo a un sueño tranquilo i reparador. Se emplea ademas la raiz o extracto de ratania, el caucho la corteza de encina, las hojas de fresno, la camomilla, el rábano comun, el vino rojo, el carbon de mader. Los enemas clorados, en la gangrena, el acetato de plomo, mui recomendado por nuestros doctores, sulfato de zinc, el alumbre i el nitrato de plata. Delieux de Savignac mezcla el nitrato de plata a la albúmina i al cloruro de sodio, sacando un compuesto indeterminado que Duclos lo cree hasta abortivo de la enfermedad i Gestin lo emplea a la dosis de 50 centigramos a un gramo. Al decir de estos autores, esta sustancia haria desaparecer la sangre, restableceria el curso de la bilis, desaparecerian los cólicos i favoreceria la reaccion, si hubiese tendencia a la aljidez. Delieux preconiza el yodo interiormente como en enemas, despues de vaciar el intestino por una inyeccion emoliente i segun él favorece la cicatrizacion, modifica la purulencia de las evacuaciones, suprime su fetidez i las hace prontamente diarreicas. Bertherand emplea el agua ferruginosa de Cedres con la cual habria bastado una sola lavativa para suprimir las evacuaciones i traer la curacion. Algunos han usado el aceite con leche, el jugo de carne,

el vinagre con káudano, el bálsamo de azufre, el suero con triaca, el aceite de trementina, etc. Ni siquiera debo mencionar las grandes inyecciones de agua caliente de Harris que han dado mas muertes que curaciones.

Tónicos i reconstituyentes.—Entre este grupo de medicamentos, preconizado por muchos contra la disenteria, son mas útiles en el periodo de declinacion de la enfermedad. Se emplean la quina, el vino de quina, el colombo, la jenciana, la simarruba, la nuez vónica, con la cual debemos tener las precauciones, los ferrujinosos, entre los cuales Delieux prefiere el sub-carbonato i Maclean el per-nitrato, i las aguas minerales, entre las que son entre nosotros dignas de recomendacion, las de Panimávida, al oriente de Talca. En la disenteria crónica i convalescencia prestan todos estos medicamentos muy útiles servicios unidos a los astringentes i excitantes, vino rojo, canela, aniz, etc.

PROFILAXIA E HIGIENE.—La profilaxia se desprende naturalmente de la eteología i seria inútil tratar de ella separadamente: basta evitar las causas para prevenir el efecto.

En cuanto a la higiene, deben recomendarse todos aquellos alimentos cuya digestion se hace en los primeros vias del intestino, tales como la carne, el pescado, la clara de huevos, las pastas de gluten i sobre todos la carne cruda. Solo la forma de conserva de diamasco o cualquiera otra.

Muchos afirman que la carne cruda tiene la propiedad de quitar los dolores intestinales, a mas de su fácil digestion i asimilacion, i reserva su empleo a los últimos periodos de la enfermedad, a la convalescencia i al estado crónico. A estas prescripciones agregaremos con ventajas sobre cualquiera otra alimentacion durante los primeros dias, las sopas de arroz, miga de pan, tapioca, arrow-root, etc., dada en ciertas cantidades i repetidas varias veces al dia.

Como bebidas se recomendarán la decoccion blanca de Sydenham, el agua albuminosa, que apagan la sed a veces intolerable para el enfermo, i son al mismo tiempo alimentos de restauracion. En la convalescencia prestan útiles servicios el café, el vino aguado, el vino de simarruba, anches cinturones de franela al vientre, baños de vapores alcohólicos, uso esmerado, ejercicio e insolacion moderados i en los casos rebeldes, el cambio de temperamento que por sí solo puede ser un buen medio curativo.

En LA DISENTERIA CRÓNICA, tomaremos recurso de los tónicos reconstituyentes, el sub-nitrato de bismuto, la nuez vónica, el nitrato de plata, principalmente en lavativas i varios otros que tam-

bien ya hemos enumerado al hacer la relacion de los tratamientos.

Ciertas complicaciones de la disenteria pueden llegar a entorpecer su marcha i distraer la atencion del médico: conviene, pues, conocer el mejor medio de combatirlas ventajosamente. Así la *adynamia* debe ser combatida con los tónicos i los excitantes; la *ataxia* con el almizcle, el alcanfor, etc., unidos a los tónicos; la *ajidez* con el té alcoholizado, el éter, la canela, el elixir viseral de Hoffman; la *hemorragia* con el agua de Rabel, la ratania, el cornezuelo de centeno, el percloruro de fierro, lavativas frias con alambre o acetato de plomo, el láudano, etc.; la *estranguria* con la emulsion de cañamones i las almendras con polvos de licopodio (Hauff), el *hijo rebelde* con los vejigatorios i emplastes aromáticos al epigastrio, el almizcle, el éter sulfúrico, etc. Frank pone en sus notas una fórmula de Lug contra la disenteria maligna i que me hago un deber de copiar:

R.

Carbon en polvo.....	3i
Goma arábiga.....	3ii
Azúcar blanca.....	3ii (1)
Agua.....	c. s.

Para hacer un electuario que se toma por cucharadas cada media hora.

Réstanos ahora hablar solo del medicamento jefe que domina casi por completo la terapéutica de la disenteria, tal es la ipecacuana. Todos los médicos están conformes en su eficacia incontestable i todos a una le conceden de buen grado el nombre de «*raiz antidisenterica*» con que tan justamente se ha dado a conocer. Oriunda del Brazil, cuyo suelo ha enriquecido la terapéutica con su variada i exhuberante vegetacion, fué empleada allí durante largo tiempo ántes de figurar en la vieja Europa. I el inmenso servicio prestado por Pison i Legras a la humanidad doliente, habria quizas quedado en la oscuridad, si no hubieran venido a levantarlo la avaricia i el egoismo de un hombre. Si Helvesius, llevado de su ambicion, de la sed de oro que le dominaba, no hubiera hecho traicion a su oscuro compañero Grenier, la ipecacuana habria continuado siendo el secreto de que el charlatanismo se valia para llenar sus vacías arcas. Pero Grenier, justamente indignado del mezquino proceder de Helvesius que guardó solo para sí el oro i los honores de Luis XIV, divulgó

(1) El signo 3 significa onza, i 3i una onza etc.

el secreto que éste esplotaba, i la ipecacuanha pasó a ocupar el rango que le correspondia al lado de los medicamentos clásicos i mas útiles de la terapéutica.

Conocida en el Brasil con los nombres de *poaya do mato*, *poaya do botrio*, la ipecacuanha jeneralmente usada es la raiz del *cephaelis ipecacuanha*, de tres o cuatro pulgadas de largo i del grueso de un cañon de pluma, gris, negruzca, con anillos aproximados i separados entre sí por surcos longitudinales, de olor irritante i nauseabundo i sabor acre i amargo. Está compuesta de *materia crasa*, *cera*, *emetina*, *extractivo no emético*, *goma*, *almidon*, *parte leñosa i pérdida*, siendo la *emetina* su principio activo. A la raiz brasilera o *ipecacuanha* pueden agregarse la *ipecacuanha* (psicotria emética) del Perú i Nueva Granada; la *ipecacuanha* (*richardsonia brasiliensis*) de Veracruz i Rio Janeiro, que aunque gozan de la misma accion, poseen una actividad menor. Aun agregaremos todavía las *falsas ipecacas*, plantas pertenecientes a varias familias: la *euforbia ipecacuanha* que pertenece a las euforbiáceas; el *cynanchum ipecacuanha* de las asclepiáceas; el *yomidium ipecacuanha parviflorum et brevicaulis* de las violarias i el *asarum europea* de las aristoloquias que, segun Rabiteau, era usado ya por Hipócrates i las *vileotas* que tambien contienen *emetina*.

Entre los sucedáneos de la ipecacuanha, son dignos de mencion el *calotropis gigantea* de las asclepiáceas, muy recomendado por los ingleses a las mismas dosis i forma que la ipecacuanha; i el *ailanthus glandulosa* de las terebintháceas ponderado en Estados Unidos como específico de la disenteria. Pero no me ocuparé aquí mas que de la *ipecacuanha*, la única empleada por nosotros. Hablaré primero de sus diversos modos de administracion, para ocuparme despues de su manera de obrar, i dar, si me es posible, como ya he dicho ántes, el por qué fisiológico de la supremacia que goza el método de las Indias inglesas o de la *ipecacuanha en altas dosis i por la via seca* sobre cualesquiera de los otros conocidos.

Pison i Helvesius daban la raiz de ipecacuanha machacada a la dosis de 4 a 8 gramos en una infusion hecha con 250 a 300 gramos de agua, para tomar en dos o mas porciones durante el dia: favorecen los vómitos con el agua tibia. Al dia siguiente, con la misma ipecacuanha, se prepara una nueva infusion que ya no produce vómitos i ésta misma puede repetirse un tercero dia, volviendo a repetirse el tratamiento hasta la completa curacion: es el método brasilero puro. Delioux de S. i Spielman prefieren usar el polvo como mas activo, cuidando de no prolongar mucho la infusion para no alterar la emeti-

na, i adicionan un poco de jarabe de ópio para favorecer la tolerancia. Pringle da 25 centigramos repetidos varias veces durante el dia hasta producir vómitos o evacuaciones diarreicas. Haspel prescribe 5 centigramos cada una o dos horas hasta provocar náuseas a la diaforesis. Hyllari preconiza 3 granos cada tres horas hasta producir el efecto purgante. En las salas de clínica empleábamos con muy buen resultado una infusion hecha con uno o dos gramos de raiz de ipeca contusa en 250 gramos de agua, a la cual agregábamos un poco de láudano i la dábamos a tomar por cucharadas durante el dia. Fordyce receta 10 a 15 granos del polvo de ipecacuanha de una sola vez en una cucharada de espíritu de vino. Balmaine 2 dragmas en 50 gotas de tintura de ópio, i Maclean desde 3 hasta 15, 20 i 30 granos, segun la constitucion del enfermo, en una cucharada de agua con jarabe de corteza de naranjas que sirve para enmascarar el gusto, i disminuyendo poco a poco la dosis, va repitiendo el mismo medicamento con 8 horas de intervalo hasta dos o tres dias despues de la completa curacion.

Algunos emplean la ipeca unida a otros medicamentos, i de algunas de estas mezclas se hacen todavia grandes elojios. Hemos hablado ya de las píldoras de Segond i solo agregaremos la infusion de ipecacuanha unida al subnitrate de bismuto i al jarabe de diacodion: fórmula que he visto producir magníficos efectos en el período de declinacion de la disenteria i presta servicios aun en la forma crónica.

Al hacer el estudio del tratamiento de la disenteria, solo en las magníficas notas de que está sembrada la grande obra de J. Frank he encontrado indicada la ipecacuanha en altas dosis por el método que, pudiéramos llamar de la via seca, i prescrita segun las fórmulas de Fordyce i Balmaine, ya citadas. Pero solo en el interesante artículo de Maclean es donde puede verse este método perfectamente descrito i analizado. Por esto, aunque todos, entre nosotros, dicen conocer a fondo este tratamiento, yo casi podria afirmar lo contrario.

Si no me engañan los datos recojidos a este respecto, de la obra publicada en Lóndres en 1866 por Mr. I. Russell Reynolds, *A sistem of medicine* i en la cual viene inserto, página 106, el artículo *Disentery by professor W. E. Maclean*, solo dos ejemplares han llegado entre nosotros. Uno de ellos forma parte de la hermosa biblioteca del Dr. José J. Aguirre quien ha hecho ya traducir una parte de esta obra. El otro pertenece al Dr. Augusto Orrego L., quien, por su desinteresado amor a la ciencia i su reconocida amabilidad, se pres-

tó galantemente a proporcionar la traduccion que necesitaba a mi hermano David.

A esto atribuyo el poco empleo i el desprecio con que entre nosotros se mira un método de tratamiento, sobre el cual Maclean se espresa así: «Los que han tenido oportunidad de ensayar este tratamiento, pueden atestiguar los efectos sorprendentes que determina con frecuencia la administracion de una o dos dosis de ipecacuanha administrada de este modo. Los cólicos i el tenesmo ceden, las evacuaciones se hacen rápidamente feculentas, la sangre i las mucosidades desaparecen; i despues de un movimiento profuso de la piel, el enfermo cae en un sueño tranquilo i despierta refrescado.» I en verdad que Maclean tiene razon.

Sé que dos de nuestros mas eminentes facultativos, los señores J. J. Aguirre i Sandalio Letelier, emplean este método con grandes ventajas; i el último de ellos, de quien tomo algunas observaciones, me ha asegurado que, durante su larga práctica de médico, jamás ha empleado contra la disenteria un tratamiento que le produzca mejores resultados. Por su parte, mi hermano David Salamanca, dice no haber perdido uno solo de sus enfermos de disenteria desde que en 1872 empleó por primera vez la ipecacuanha segun las indicaciones del gran práctico ingles. En cuanto a mí, estoy seguro que mas de un enfermo debe la vida a tan poderosa medicacion, pues he visto dos casos, a lo ménos, en que personas completamente desahuciadas, en las cuales habian fallado casi todos los tratamientos recomendados por los clásicos modernos i cuya vida se contaba ya por cortas horas, he visto, digo, dos casos a lo ménos en que estos desgraciados enfermos han recobrado prontamente la salud merced a los benéficos efectos de tan sencillito tratamiento.

Estraño, pues, ver condenada al olvido una medicacion que tan bellos resultados nos ofrece contra una afeccion que tantas vidas nos arrebatara. Esto solo puede explicarse por el abandono en que la han dejado los autores clásicos modernos que ni siquiera la mencionan, de donde resulta que muy pocos la conozcan a fondo i tengan una idea exacta de su modo de aplicacion i felices resultados. Es, pues, de gran importancia entrar a detallar los pormenores de esta aplicacion que servirá para desvanecer las falsas apreciaciones i los temores infundados que muchos abrigan para prescribir la ipecacuanha por el método de las Indias inglesas, i que, aunque tiene por vehículo una corta cantidad de agua o de jarabe, podremos llamar por *la via seca*.

Frank no hace mas que citar a los señores Fordyce i Balmain ya nombrados. Tomaré, pues, de Maclean el *modus faciendi* de la medi-

cacion i diré algo, de paso, sobre el tratamiento completo que este distinguido autor emplea contra tan cruel enfermedad.

En los casos lijeros prescribe baños calientes, con la precaucion de llevar la tina junto a la cama i dejar en ellos al enfermo hasta producir la fatiga. Despues de secarlo bien i con rapidez, se le vuelve a su cama i se le administran 15 granos de ipecacuanha en la *menor cantidad posible de vehiculo* que puede ser, como ántes he dicho, el agua o el jarabe de corteza de naranjas. Ayuda la accion del medicamento con fomentos de trementina sobre el abdomen. Suele ser necesario repetir la ipecacuanha 8 o 10 horas despues. «Si el paciente, agrega, se abstiene de tomar líquidos durante algunas horas despues de tomar la medicina, es raro que se presenten náuseas i vómitos abundantes, siempre que la posicion horizontal sea mantenida. El resultado es, en jeneral, el despertar las funciones de la piel, la disminucion rápida del tenesmo, i la aparicion de las evacuaciones feculentas»; i dice despues «este sencillo tratamiento bastará en muchos casos de la forma benigna de la enfermedad.»

En los casos mas graves prescribe 25 a 30 granos de ipeca, de la manera ya indicada, repetidos en intervalos variables de 8 o 10 horas, segun la gravedad del mal i la accion del medicamento. Durante estos intervalos debemos alimentar al enfermo de un modo conveniente, dándole en pequeñas cantidades, pero repetidas varias veces, sopa de arroz, tapioca, arrowroot, jugo de carne, etc. Inmediatamente de tomar el remedio colocaremos al enfermo inmóvil en su cama, en decúbito dorsal i perfectamente horizontal. Quitaremos su almohada, i haremos, si es posible, que su cabeza esté un poco mas baja que el resto del cuerpo i le dejaremos así durante dos o mas horas, privado completamente de toda bebida. Si fuere atormentado por una sed violenta, se le puede permitir una cucharada de agua fria o mejor un pedacito de hielo colocado en su boca, con el cual la sed disminuirá.

Con solo estas precauciones se evita por lo jeneral el vómito, i el enfermo solo siente, poco despues de la injeccion del remedio, malestar, fatigas, desvanecimientos i a veces náuseas. «Si vómitos excesivos vienen despues de usar la ipeca, se puede sospechar una complicacion seria del hígado o bien puede provenir el vómito de la malaria, etc. (Maclean).»

Una vez que la mejoría principia, que es comunmente despues de dos o tres dosis de las ya indicadas, se debe disminuir poco a poco la cantidad de remedio, para continuar la medicacion una vez por la noche, dos o tres dias despues que las evacuaciones se han hecho enteramente feculentas.

En las personas muy sensibles a la acción de la ipecacuana, algunos recomiendan dar, una media hora antes, algunas gotas de cloriformo o del sedante de Battley, tintura acética de opio, para producir la anestesia del estómago i evitar el vómito i las náuseas.

Macleán ayuda la acción de su tratamiento con un gran sinapismo sobre el abdomen o fomentaciones de trementina.

Tales son los diferentes métodos por los cuales la ipecacuana ha sido administrada i con todos ellos ha producido siempre los mas felices resultados. Pero entre todos ellos, ¿cuál es el mejor? Las estadísticas de Macleán, sacadas, según él mismo dice, de datos oficiales, arrojan gran luz sobre esta cuestión. Hace mucho tiempo el método de la ipecacuana en altas dosis es empleado casi exclusivamente en las posesiones inglesas de las Indias, para ser juzgado con la lógica de los números. Me tomo la libertad, para mayor exactitud, de copiar al pie de la letra lo que Macleán nos dice a este respecto.

«Apuntamos aquí los resultados sacados exclusivamente de fuentes oficiales. Bajo el antiguo sistema, en Bengala la mortalidad de europeos durante 42 años, de 1812 a 1853-54, alcanzó a 82,2 por mil. En 1860, cuando se administró altas dosis de ipeca, con esclusión casi completa de otros tratamientos, la mortalidad fué de 28,87 por mil.

«En la presidencia de Madras, bajo el antiguo tratamiento, la mortalidad de la enfermedad, durante 17 años, fué 70 por mil; pero cuando se administró la ipecacuana en altas dosis, disminuyó a 13,5 por mil.

«En el rejimiento 44, acantonado en el fuerte de O. Jorje, Madras, el doctor Mee trató 68 casos por el método ordinario, con una mortalidad de 6 a 8,8 por ciento. Despues trató 57 casos con la ipecacuana en altas dosis i todos sanaron.

«Mr. Docker, cirujano del 20º batallón del 70 de fusileros, a quien se debe sin disputa el honor de habernos aconsejado el método mas racional i eficaz para tratar la disenteria, despues de recurrir en Mauricio a las dosis fuertes de ipecacuana, solo perdió un caso en 53». (Macleán).

Como se ve, según esta estadística, no cabe duda sobre la supremacía bien manifiesta de la ipecacuana en altas dosis sobre cualesquiera de los otros métodos de tratamiento conocido. Siento que entre nosotros no podamos exhibir datos numéricos estadísticos, tanto por el poco uso que se ha hecho de este método, cuanto por no existir en nuestros hospitales una estadística bien llevada. Pero el testimonio

de los tres médicos chilenos, ya nombrados, i que creo sean los únicos que hayan hecho una aplicacion metódica de este tratamiento, está conforme con los datos estadísticos ya apuntados. Por otra parte, muchas razones fisiológicas militan en favor de la ipecacuanha por el método de las Indias inglesas.

Si es verdad que la naturaleza parece haber reunido en esta pequeña raíz todas las propiedades necesarias para oponerse a la marcha devastadora de tan grave padecimiento, i bajo cualquiera forma que se emplee, es sin duda el método de las Indias inglesas el que reúne el mayor número de bellas cualidades que posee esta «*sacram anchoram qua nullam prestantius in plerisque alvis fluxibus cum vel sine sanguine, etc.*» como Pison la llamaba.

Maclean recomienda el estudio de este tratamiento en un trabajo publicado por el doctor Blackhlock, médico de Madras, en el «*Quarterly journal of medical science*» de la misma ciudad i en otro estudio sobre la misma materia del doctor Erwart, del ejército de Bengala, en el núm. 16 de los «*Indian anaes of medicine*». Pero yo desconozco ámbos trabajos i este estudio lo haré solo conforme a mis propias lecturas.

Me parece útil, ántes de hablar de la ipecacuanha segun este método, hacer una pequeña disertacion acerca de la formacion del pus i de la úlcera, disertacion que no creo fuera de lugar en una enfermedad en que ámbos procesos mórbidos se presentan con tanta frecuencia.

El descubrimiento hecho por Cohnheim en 1868 i confirmado mas tarde por Vulpian, ha pretendido formar una verdadera revolucion en las ideas hasta ahora admitidas acerca de la formacion del pus. Desde luego la membrana purijénica ha sido considerada como una verdadera ilusion patológica, i hai ahora la tendencia a mirar el pus como formado por los glóbulos blancos de la sangre extravasados.

Digan lo que quieran los sostenedores de esta nueva teoría, en vano Robin i Virchow probarán la identidad de los leucocitos con los glóbulos de pus, que el uno mira como formados espontáneamente en medio de un blastema, que es la serosidad derramada, i el otro como segmentacion de los corpúsculos de tejido conjuntivo, no quitarán jamás a Billroth la gloria de afirmar en nuestros dias que el pus no es mas que un *neo-plasma inflamatorio liquefacto*.

No es difícil comprender la formacion de este neo-plasma liquefacto. Cuando por sus propiedades fisiológicas mismas el sistema

vascular deja trasudar la linfa plástica que debe servir a la renovación jeneral de los tejidos, el *poder jenésico* del sistema nervioso se apodera de este exudado, lo elabora convenientemente i le transforma en células apropiadas a la regeneración del organismo. Pero cuando una causa mórbida cualquiera, hasta ahora desconocida, viene a producir una alteración en la *facultad trófica* de los nervios, estos, por una aberración de su *sentido jenésico*, dan lugar ya al cancer, ya al tubérculo, etc.

Si de este hecho jeneral llegamos a examinar lo que localmente pasa en una solución de continuidad cualquiera, en una herida, por ejemplo, encontraremos algo de parecido. El organismo, impresionado por la lesión que acaba de sufrir, deja trasudar allí mayor cantidad de linfa plástica que la normal, que la *propiedad vital jenésica* se encarga de transformar en cicatriz. Pero cuando la cantidad de linfa derramada es muy crecida o cuando la *fuerza jeneradora* se encuentra debilitada, solo una parte del exudado plástico es aprovechado i el resto cae en desperdicio. La fuerza trófica, como siempre, trata de elaborar ese resto de exudado; mas, ya sea por abundancia de materiales ya por la debilidad de su potencia, solo llega a formar en número mas o menos crecido, pero incapaz de constituir un tejido denso i resistente, pequeños glóbulos de una centésima de milímetro con cuatro o cinco núcleos que encierran a veces un nucleolo en que quedan nadando en un líquido alcalino, semejante al suero de la sangre, i el pus se encuentra formado.

Virchow, Jacoud i otros, entre los cuales podría contar a nuestro distinguido profesor de patología quirúrgica, doctor Adolfo Valde-rama, miran estos glóbulos como dependientes de la segmentación de los corpúsculos mismos de tejido conjuntivo que allí se encuentran. Pues bien: su prestigiosa palabra puede aun servirme de apoyo en mi teoría, si en vez de mirar en el pus la segmentación del tejido conjuntivo, vemos en él, lo que, a mi juicio, debe ser: el tejido mismo cicatricial que debía restaurar la herida, pero que solo ha quedado en embrión por falta de fuerza para elaborarlo en el *poder jenésico o trófico del sistema nervioso*.

Segun esta teoría tendría perfecta aplicación la división hecha en el pus, de pus laudable o de *buen naturaleza* a aquel que es espeso, cremoso, pues él indicaría que la facultad jeneradora no está completamente agotada desde que ha podido formar una cantidad tal de nuevas células que ha alcanzado a espesar el suero en que nadan naturalmente. Mientras que será de mala naturaleza o seroso, el pus líquido que está indicando un empobrecimiento, una debilidad tal

de esa parte del sistema nervioso generador, que no ha podido formar sino un pequeño número de células de las que debían formar el nuevo tejido cicatricial.

Otro tanto pasa en la inflamación, a la que Rokitanski define: *un proceso morboso que, empezando por el éxtasis, termina por la exudación*. El exudato derramado debe ser igualmente elaborado por la *fuerza trófica del sistema nervioso* para que, sufriendo una serie de transformaciones, pueda de nuevo ser reabsorbido i vuelva la integridad a los tejidos. Pero en los organismos pobres solo experimenta la primera parte de estas metamorfosis i dá lugar a la induración, o no sufre ninguna i pasa al estado crónico. Otras veces, por el contrario, hai un principio de transformación: células que debían sufrir mas tarde una metamorfosis retrógrada i ser reabsorbida, se forman en medio de la linfa derramada i quedan nadando en un líquido mas o ménos abundante, i otra vez mas tenemos formado el pus por falta de fuerza elaboradora del sistema nervioso.

Esta pobreza trófica puede ser general, como sucede en ciertos individuos en quienes la mas pequeña herida, la inflamación mas insignificante, dá lugar a la supuración. Puede ser tambien puramente local i dependeria entónces de la debilidad consecutiva a la irritación ocasionada por la herida o que ha dado lugar a la inflamación.

Por otra parte, el pus sigue siempre a un exudado, lo que indica, sin duda, la necesidad que tiene de él para formarse del modo de que ya hemos hablado anteriormente. Todo esto i algunas otras razones que omito por no estenderme demasiado, me obligan a considerar el pus como el tejido mismo cicatricial o fibroso que el plasma derramado i bien elaborado habria llegado a formar, pero que ha quedado en estado rudimentario por falta de fuerza generadora.

Las células de tejido conjuntivo principian a formarse, mas su número no es tan considerable que alcance a dar lugar a un tejido denso i resistente, i solo consiguen espesar mas o ménos la parte serosa de ese mismo exudado.

A estas células embrionarias de tejido conjuntivo o glóbulos de pus, pueden unirse gránulos grasos, glóbulos rojos, cristales de margarina, estearina i colestearina, a veces infusorios i varias otras sustancias, cuyo orijen es mui fácil explicarse i que forman casi una parte integrante de ese líquido blanco o blanco-amarillento, mas o ménos espeso, alcalino, de olor soso i sabor dulce, que llamamos pus.

Tal es mi manera de considerar la formación del pus, i estoi mui

léjos de admitir la membrana puojénica o la extravasacion de glóbulos blancos. La primera no necesita refutacion, que se encarga de refusarse por sí sola. En cuanto á la segunda, jamas Cohnheim imaginaria que su descubrimiento iba a dar lugar a una revolucion semejante.

Nada tiene de extraño que los glóbulos blancos puedan pasar a traves de las paredes vasculares; pero de aquí a que el pus sea formado por estos glóbulos extravasados, hai una gran distancia. Aparte de las diferencias de estructura entre el leucosito i el glóbulo de pus i que Robin atribuye a la maceracion de los primeros en el suero derramado, seria necesario admitir dos casi imposibles. Se necesitaria, primero, una facilidad tal para esa extravasacion que los glóbulos pasaran en tan gran cantidad que pudieran formar esas masas purulentas enormes que tantas veces observamos. I despues de esta inmensa extravasacion, es preciso admitir todavia una hiperjénesis tal de leucocitos, como es difícil concebir para mantener la integridad del líquido sanguíneo. I ántes de admitir todo esto estoi dispuesto a formular la teoría ántes indicada sobre el agotamiento o la debilidad de la *facultad trófica* del sistema nervioso, i a mirar el pus, a la manera de Billroth, como un *neo-plasma inflamatorio liquefacto*.

No poseo estudios micrográficos de ninguna especie con qué poder sostener el principio que he formulado. Bien conocidos son nuestros estudios sobre histología mórbida i normal para exijirme observaciones de esta naturaleza. Pero por las razones que he apuntado, a las cuales podría unir algunas otras, i a que no doi mayor desenvolvimiento que ayudaria a su comprension, por la naturaleza misma de este trabajo, creo no estar mui fuera de razon en este punto interesante de patología.

Algo de parecido tiene lugar en la ulceracion. Por no estenderme demasiado i pasar los estrechos límites de una memoria, no examinaré sino la teoría sobre la formacion de las úlceras que se halla mas jeneralmente admitida. En contraposicion a Hunter, todos están conformes con Billroth en que la úlcera no es mas que una gangrena celular consecutiva a una inflamacion crónica. El modo como se desarrolla, la marcha seguida por este proceso mórbido, mui conocida de todos, no tengo para qué detallarlo.

Yo tambien estoi conforme con esta teoría, pero no admitida lisa i llanamente, como muchos quieren. Si la úlcera no fuese mas que una simple gangrena celular, no habria razon niuguna para que,

una vez desprendida la escara, la cicatrizacion no se efectuara como en cualquiera otra solucion de continuidad con pérdida de sustancia. I si esta cicatrizacion no ha lugar, ya sea por nuevas irritaciones que provocan una nueva gangrena o por otra causa cualquiera, sinó que por el contrario lleva siempre una marcha progresiva, si una terapéutica apropiada no viene a detenerla, preciso es buscar su causa en algo mas allá de la simple mortificacion celular.

Dos son los elementos que presiden la nutricion i reorganizacion de los tejidos: el líquido sanguíneo que presta los materiales de construccion i el sistema nervioso que los elabora. Segun Bouchut esta última facultad reside en el principio vital, cuya existencia trata de demostrar en sus escritos; pero aunque así fuera, siempre seria el sistema nervioso el órgano por medio del cual el principio vital se pondria en relacion con los líquidos plásticos derramados.

Pues bien: si la sangre permanece normal en su composicion, si ella suministra como siempre los elementos de reconstitucion necesarios a la cicatriz, es indudable que el sistema nervioso ha sufrido alguna alteracion, que no puede ser otra que la pérdida, o a lo ménos, la debilidad del *poder trófico de que está dotado*. En vano los vasos dejarán trasudar la linfa necesaria para reparar la pérdida de sustancia ocasionada por la gangrena molecular: el sistema nervioso no aprovecha esos exhudados i apenas si los llega a convertir en pus, cuando no los deja correr en forma de una serosidad mas o ménos turbia, sin que nada alcance a transformar en el verdadero tejido cicatricial que se necesita. I a esto agreguemos que la superficie de le úlcera, como sus bordes, i que están bajo la dependencia de las mismas ramificaciones del sistema nervioso alterado, es incapaz de atender a la reparacion de sus células que, siguiendo las metamorfosis de la materia, se modifican i caen. I siguiendo este mecanismo es porque la úlcera tiende siempre a progresar, ganando en superficie i profundidad.

Las jóvenes células que se ven proliferar en las capas superficiales del dérmis, como entre la red de Malpiggio, no son mas que las primeras transformaciones que debia sufrir el exhudado de la inflamacion crónica i que en circunstancias normales habria sido reabsorbido por *metamorfosis retrograda*.

Por otra parte, sabido es que la eliminacion de toda escara dá lugar a una inflamacion que la circunscribe que, como toda inflamacion, debe traer un exhudado. Este exhudado, incapaz de ser transformado i reabsorbido por agotamiento *del poder trófico de los nervios* que en ese punto se distribuyen, ejerce una compresion mas o

ménos violenta sobre las células que lo encierran, i que, incapaz de renovarse, caen nuevamente en gangrena i apresuran el crecimiento de la úlcera.

La úlcera, pues, es orijinada por una gangrena celular, consecutiva a una inflamacion crónica, i sostenida por el agotamiento o la pérdida de la *facultad jenésica* del sistema nervioso.

Me direis que no es fácil comprender este agotamiento parcial del sistema nervioso que rije la nutricion. No os digo que nó. ¿I me explicarais, acaso, la irritacion nutritiva igualmente parcial que sufre muchas veces el organismo i da lugar, ya a la inflamacion, ya a otras lesiones orgánicas de naturaleza variada, lipomas, fibromas, etc.? ¿I no vemos igualmente atrofias parciales sin lesion orgánica apreciable? ¿Que es, si nó, la dejeneracion grasosa de ciertos tejidos cuya causa buscariais en balde en una alteracion jeneral del organismo?

La medicacion misma adoptada en las heridas atónicas i en las úlceras, viene en apoyo de mi teoría. Si es verdad que muchas veces emplamos un tratamiento jeneral para corregir ciertas ulceraciones dependientes tambien de un vicio jeneral del organismo, *úlceras escrofulosas, sifilíticas, etc.*, no es ménos cierto que en la ulceracion simple, nos basta por lo comun un tratamiento local irritante, que, segun mi hipótesis, llenaria la indicacion de volver a esa parte del sistema nervioso la *tonicidad jenésica*, si así pudiera decirse, de restituirle la facultad trófica que ha perdido.

A estas consideraciones podria todavia agregar muchas otras en apoyo de la hipótesis que sostengo, que afirmo no haber conocido antes, i entre otras creo de gran valor un hecho práctico que observamos diariamente en las salas de clínica quirúrgica. Un individuo llega con dos o mas heridas en partes diversas de su cuerpo. Una o dos de ellas cicatrizan casi por primera intencion, miéntras que una tercera, muchas veces la que parecia mas insignificante, da lugar a una larga supuracion i al establecimiento definitivo de una úlcera o de un trayecto fistuloso. Si la cicatrizacion no dependiera mas que del líquido plástico derramado o del organismo en jeneral, ¿por qué la cicatriz se verificaria en un punto i nó en el otro, siendo que la misma sangre es la que riega ámbas rejiones? ¿Dependeria acaso de una lesion vascular? Pero, ¿cuándo se ha demostrado en qué consiste esta lesion?

Sea como se quiera, es el hecho que las teorías hasta ahora formuladas sobre el pus i la ulceracion, carecen de apoyo sólido, de una base bien demostrada por los principios de la ciencia, i yo abrigó la

intima conviccion de que ámbos procesos mórbidos están bajo la dependencia de esa propiedad del sistema nervioso ganglionar i que ya he llamado *poder trófico o facultad jénésica*.

No por esto hago abstraccion del líquido sanguíneo que riega los tejidos o de las alteraciones que puedan afectar a los vasos que lo encierran i cuyas paredes deben dejar trasudar el exsudado plástico que preside a la rejeneracion, si nó que por el contrario creo que ámbos hechos pueden jugar i juegan en realidad un rol importante i que muchas veces todas estas causas se reúnen i combinan para tocar el mismo fin.

Sentados estos precedentes, veamos como la ipecacuanha puede curar la disenteria.

Muchas son las propiedades de esta planta que se utilizan en el tratamiento de la afeccion de que tratamos, i Baglivio tiene razon talvez en decir que ella *«est specificum et fere infallibile remedium in fluxibus dysentericis.»*

Conocido de todos es el efecto tóxico irritante que el polvo de ipecacuanha ejerce sobre una superficie denudada de su epitelio o aplicado directamente sobre una mucosa. Tambien es de todos conocida su accion emética i purgante. Pero Rabiteau ha demostrado que la ipecacuanha o su alculoide, la emetina, no purga sino mientras permanece en el tubo digestivo, mientras que, absorbida por el torrente circulatorio, tiene una accion anexosmótica i disminuye el flujo intestinal. Barrallier explica esta segunda accion, diciendo que *«la impresion gástrica se propaga a los gánglios del gran simpático, de ahí a los vaso-motores, los vasos capilares se contraen i las secreciones se modifican.»* Tal parece tambien la opinion de Rabiteau, que explica la accion anexosmótica por contraccion de los capilares, pero obrando directamente sobre los centros nerviosos luego que haya sido absorbida.

Las evacuaciones producidas por la ipecacuanha presentan tambien algo de particular, cual es el no contener albúmina, segun ha demostrado el mismo Rabiteau.

Los experimentos de Pecholier con la emetina han demostrado que esta sustancia disminuye el número de los latidos del corazon i los movimientos respiratorios, baja la temperatura, trae la parálisis de los nervios sensitivos i disminuye la motricidad nerviosa i la contractilidad muscular. Produce ademas una abundante diaforesis, i segun las observaciones de Maclean, por su accion tópica irritante aumenta la secrecion salibar, biliar i pancreática. Legros i Ominus han

probado igualmente que la ipecacuanha tiene el poder de activar las contracciones intestinales, lo que le da una supremacia evidente sobre los salinos.

¿Qué mas necesitamos para combatir la disenteria? ¿Para qué invocar, entónces, la accion irritante sostitutiva de Bretonneau i Trousseau? La ipecacuanha, por su accion evacuable, limpia los intestinos de los materiales alterados que contienen, i por la parte de emetina absorbida trae despues la disminucion del flujo intestinal exajerado. Por su accion diaforética, vuelve a la piel sus funciones suspendidas, i por su accion irritante, obra tópicamente sobre la mucosa intestinal alterada i vuelve a las glándulas salibares, al hígado i al pancreas su accion secretora disminuida. Por lo que han demostrado los esperimentos de Pecholier ya citados, baja la fiebre, i debe suprimir, como lo hace en realidad, los cólicos i el tenesmo, i por los estudios de Legros se ve que impide la pérdida constante de la albúmina i da a los intestinos mayor fuerza en sus contracciones.

No encontramos, pues, un medicamento que reuna en sí mayor número de bellas propiedades para combatir una tan grave dolencia. Pero no creo indiferente su modo de administracion, i este es el punto que trataremos de dilucidar.

Dos son los métodos que dominan en su aplicacion: las infusiones i el polvo. Este último se prescribe a su turno de dos maneras: a dosis fraccionadas, Pringle i Haspel; o a dosis masivas, Maclean, Docker, Balmaine.

No niego que las infusiones se prestan mejor a la absorcion del medicamento i que por lo tanto fatiguen ménos el estómago. Pero la misma facilidad de absorcion es sin duda uno de sus inconvenientes. Todos sabemos que la emetina, absorbida en dosis un tanto crecidas, ocasiona mui pronto síntomas de postracion bien marcados i que vendria a favorecer la adinamia propia e inherente a la enfermedad. Con suma facilidad, por una falta de vijilancia insignificante podremos ir mas léjos de lo que deseamos i, como es frecuente observar, llevar al desgraciado enfermo a un estado tal de hipostenizacion del cual será mui difícil volverle. A este inconveniente debemos agregar que la mayor parte de las infusiones, por la pobreza misma de líquidos del organismo, sobre todo cuando las evacuaciones son serosas i abundantes, deben ser absorbidas en las partes superiores del tubo digestivo, i que, por consiguiente, nos privamos de la accion tópica local a la parte principalmente afecta

del intestino, *el intestino grueso*, i a la cual, tácitamente, todos los autores conceden gran importancia.

Efectivamente no parece tener otro objeto la idea perseguida por todos los partidarios de la ipecacuanha en buscar la tolerancia del medicamento, asociándola al opio, al cloroformo u otro anestésico cualquiera. La opinion de Barrallier es bien neta a este respecto. Trousseau i Pidoux dicen terminantemente «*el efecto de la ipecacuanha es mas seguro cuando provoca deposiciones, i cuando no purga tiene ménos accion.*» Cullen va mas léjos todavia, i en el último caso le niega toda eficacia, creyendo que obra solo *como laxante*.

Yo le concedo mas todavia a esta accion irritante local. En los atacados de disenteria, vemos pasar en el tubo digestivo fenómenos mui semejantes a los que siguen a la seccion de los filetes del gran simpático, lo que está manifestando bien a las claras la postracion suma en que ha caido esta parte del sistema nervioso. Por la accion irritante local de la ipecacuanha provocaríamos una excitacion benéfica del sistema nervioso ganglionar, i si fueran verdad las teorías ántes mencionadas sobre el pus i la ulceracion, i fuera cierto que ellas estaban bajo la dependencia del agotamiento *de la facultad trófica o poder jenésico* de esta parte del sistema nervioso, obraríamos así directamente sobre una de las lesiones mas graves de la disenteria: la ulceracion. Por la accion irritante local curaríamos directamente las úlceras ya formadas o prevendríamos su formacion, en caso que no existieran i evitaríamos a esta lesion el seguir adelante en su marcha devastadora.

Por otra parte, hemos hablado en la anatomía patológica de las congestiones internas, tan comunes en esta enfermedad, lo que puede explicar, sin duda, el enfriamiento de la superficie cutánea por anemia de esta parte, consecutiva a las congestiones ya indicadas. I parece esto mas probable todavia si observamos que el enfriamiento i el color pálido-terroso de la cutis marchan a la par con los infartos viscerales. Pues bien, la ipecacuanha, por su accion irritante, obra sobre la superficie intestinal, i segun las palabras de Barrallier, ya citadas, «*la impresion gástrica se propaga a los ganglios del gran simpático de ahí a los vaso-motores*», obra sobre la circulacion en jeneral, distribuye la sangre de una manera equitativa, hace cesar las congestiones i por consiguiente la anemia consecutiva, i vuelve a la superficie cutánea el calor que le faltaba.

Como se vé, no puede ser mas importante la accion irritante local de la ipecacuanha i privarnos de ella será siempre un grave inconveniente. Es necesario, pues, conciliar dos hechos, al parecer

contradictorios: administrar la ipecacuanha de una manera i a dosis tales que, sin traer la hipostenizacion, corra a lo largo de todo el tubo digestivo, llevando a todas partes su benéfica accion tópica local.

El método de las Indias inglesas resuelve perfectamente la cuestion. La ipecacuanha, por este método, no puede jamás dar lugar a la adinamia, pues privando de todo líquido al enfermo evitamos el hacer soluble i por consiguiente absorbida una cantidad notable de emetina que, segun lo que hemos dicho, es la causa de la hipostenizacion, i su accion, por el contrario, será marcadamente purgante. Pero es de suponer que el estómago i demas partes del tubo digestivo, no estén tan completamente privadas de líquidos para que una corta cantidad de emetina sea disuelta, bastante con todo para producir la accion anexosmótica del medicamento.

Retada en altas dosis i no siendo absorbida sino una pequeña parte, el resto correrá a lo largo del tubo digestivo para obrar sobre su mucosa de una manera enteramente tópica i local. Por consiguiente, el método de las Indias inglesas reúne en sí todas las bellas propiedades que adornan a la ipecacuanha en el tratamiento de la disenteria, sin tener ninguno de los inconvenientes que hemos apuntado a las infusiones.

Algunos de entre nosotros que se dan por muy conocedores de este método de tratamiento, objetan que no hai necesidad de molestar al enfermo con *vómitos tan abundantes* si por los otros medios de aplicacion podemos tocar el mismo fin, sin causar estas molestias al enfermo i sin riesgo de caer en la adinamia. La sola esposicion que he hecho de este tratamiento, bastará para probar la fuerza de esta argumentacion.

Se le hace en cambio una objecion de apariencias mas serias. Dicen que la ipecacuanha es irritante i que su injeccion en altas dosis puede ocasionar una inflamacion gástrica fatal. No veo razon para estos temores. Nadie que haya prescrito la ipecacuanha segun este método nos habla de una complicacion semejante i el solo hecho de que el polvo de esta raíz sea un irritante de la piel denudada de su epitelio o de la mucosa ocular, sobre la que se han hecho los esperimentos, no dá fundamento alguno para pensar de esta manera. Diariamente vemos tomar en las comidas cantidades enormes de ají sin que por eso dé lugar a una flegmasia franca estomacal, i bien conocida de todos es la accion irritante poderosa de este condimento. Los emplastos de ají son un rubefaciente poderoso, i una pequeña parte de su semilla, el dedo solo que haya estado en contacto con

su jugo i sea llevado distraidamente a los ojos, dá lugar a un dolor intenso i a la inflamacion aguda de la conjuntiva si su accion se prolonga. I si el ají, injerido en mas altas dósís que la ipecacuanha, no dá lugar a inflamaciones gástricas o intestinales, ¿por qué habia de hacerlo la ipeca, cuya accion irritante es mas débil todavía?

Es verdad que Trousseau, cuya autoridad en cuestiones de terapéutica no puede ponerse en duda por ningun médico desapasionado, dice que *«la ipecacuanha administrada al interior i puesta en contacto ya con el estómago, ya con el recto, causa una inflamacion local que en la autopsia se presenta mucho mas intensa de lo que pudiera esperarse en atencion a la aparente inocuidad del remedio»*. Pero al lado de Trousseau bien puede figurar Stoll, cuya autoridad no es ménos imponente que la de aquel; i este distinguido autor, hablando de la ipecacuanha, se espresa así: *«cave ne dolor sæpe enormis te decipiat in biliosa dysenteria: is per se non est inflammatorius et non tantum admittit sed et petit emeticum»*. Conforme con ésta se halla tambien la opinion de Barrallier i muchos otros prácticos eminentes, i las inflamaciones observadas por Trousseau pudieran ser mui bien meras concomitancias.

Por lo tanto, el método de las Indias inglesas presenta ventajas incontestables sobre el método de las infusiones, ventajas demostradas por la razon i confirmadas por la estadística.

El método de dósís refractas mas bien lo creo contraindicado en la disenteria, pues reúne todos los inconvenientes de los otros métodos sin presentar ninguna de sus ventajas, i reservo su empleo a las complicaciones del puerperio i algunos otros casos.

Tal es la enumeracion harto incompleta de los infinitos medicamentos aplicados contra la disenteria. Hacer el estudio especial de cada uno de ellos, seria entrar a un trabajo demasiado largo i costoso. Pero basta echar una ojeada rápida sobre lo que hemos apuntado para convencerse de que la ipecacuanha debe ser colocada a la cabeza de la medicacion antidisentérica. Goza al mismo tiempo de tantas propiedades; están éstas tan artísticamente elejidas para atacar uno a uno i todos de una vez los muchos síntomas de esta enfermedad, que seria culpable de negligencia el práctico que perdiera uno de estos enfermos sin haber recurrido a tan sencilla i poderosa medicacion.

Al hacer el estudio de este valioso medicamento he tratado de analizar i deslindar el lugar que corresponde a cada uno de los métodos de administracion que se han inventado, i por las razones espuestas, he arribado a la conclusion de que el método usado casi es-

clusivamente en todas las posesiones inglesas de la India es el que reúne mayor número de probabilidades en pró de la curacion, i que por lo tanto debe ser preferido a cualquier otro de los tratamientos conocidos.

En favor de lo que sostengo, he espuesto razones fisiológicas que bien pudieran ser erróneas; pero al lado de ellas tengo la estadística, cuyos resultados deben ser sobrepuestos a la mas brillante i sólida argumentacion.

No por esto, como muchas veces he repetido, quiero hacer de él un específico infalible; no pretendo que cure, sin exepcion, todas las disenterias. Solo quiero someterlo a vuestro ilustrado criterio para que, si convencidos por vuestra propia esperiencia le juzgárais bien, le presteis vuestro poderoso apoyo i le saqueis del injustificable abandono en que, entre nosotros, se ha dejado.

Si le vemos producir efectos inesperados; si mas de un enfermo, como podreis ver en las observaciones que apunto a continuacion, debe la vida a su benéfica influencia; si prácticos de gran nota, aun entre nosotros i en nuestros dias, nos dicen que la ipecacuanha en altas dosis es el tratamiento mas poderoso que se conoce contra la disenteria, ¿por qué no ensayarlo? ¿Por qué no juzgarlo por nosotros mismos?

Su indicacion está en todas partes, su contraindicacion en ninguna. En las disenterias dependientes de una causa bien conocida i cuya accion sigue haciéndose sentir sobre el organismo, en estas disenterias que pudiéramos llamar sintomáticas, por ejemplo, aquellas que dependen de un cuerpo extraño en las vias digestivas, es indudable que debemos plantear nuestro tratamiento, llenando la indicacion causal para atacar en seguida la enfermedad en sí, que es mui posible termine por sí sola: *sublata causa, tollitur efectum*. En casos de graves complicaciones, mas de una vez tendremos que atender a ellas, descuidando la enfermedad que les ha dado origen. Asi cuando haya síntomas alarmantes de un catarro gástrico intenso, empezaremos por un vomitivo, que puede ser la misma ipecacuanha para continuar despues con el método de las Indias inglesas.

En todos los demas casos i conforme a la constitucion del individuo, aplicaremos cuanto antes la ipecacuanha en altas dosis, siempre en relacion a la gravedad del mal i segun las reglas que antes hemos trazado.

La misma adinamia no es una contraindicacion. Maclean refiere el caso de una señora, mandada a Mádras desde Calcuta, en tal estado de debilidad i agotamiento, que con dificultad podia oírsele la

voz. Sin embargo, prescribió 20 granos de ipeca, cada ocho horas, interponiendo el alimento entre las dosis; i «*despues de la tercera dosis, esta señora estaba fuera de peligro i se recobró rápidamente*». Entre mis observaciones encontraremos tambien hechos análogos.

Queda todavía por esplicar un fenómeno, al parecer, en oposicion con la accion propia del medicamento, i es cómo la ipecacuanha, apesar de su accion hipostenizante, puede, por el método de las Indias inglesas, levantar las fuerzas del corazon i regularizar su ritmo.

Todos conocen el antagonismo que existe entre los nervios pneumogástrico i gran simpático, que presiden a la inervacion del corazon. Exitado moderadamente el nervio pneumogástrico disminuye el número de las palpitaciones cardiacas. Por el contrario, exitado moderadamente el gran simpático, aumenta el número de estas palpitaciones. Pero exitados ámbos de una vez, disminuirán el número de sus latidos, regularizarán su ritmo i darán mayor fuerza i enerjía i sus contracciones. Esta última accion combinada de ámbos nervios nos dá la esplicacion del fenómeno ántes indicado.

Hemos dicho ya que la emetina, dada la ipecacuanha segun este método, es absorbida en pequeña cantidad i no hace sentir su accion hipostenizante. En cambio, el polvo irritante de la ipecacuanha llega al estómago, excita los ramos terminales del pneumogástrico, i por accion refleja todas las ramificaciones de este nervio. Pasa luego a lo largo del intestino i produce la excitacion de los filetes del gran simpático; esta excitacion se propaga a los ganglios, i pasa de aquí, reflejándose, a sus ramificaciones cardiacas. De esta manera el polvo de ipeca produce la excitacion combinada de ámbos nervios, i dará por resultado el hecho fisiológico ya enunciado, siendo esto una ventaja mas sobre las infusiones.

Por consiguiente, si la ipecacuanha es el mas activo de los medicamentos usados contra la disenteria, como se encarga de demostrarlo Maclean en su interesante artículo ya citado i al cual remito a mis oyentes, i si el método de las Indias inglesas es su manera mas racional de aplicacion, naturalmente llegamos a la conclusion que indiqué al principio de mi trabajo: *la ipecacuanha en altas dosis i por la via seca, lleva una supremacia incontestable sobre cualquier otro método de tratamiento conocido i usado contra la disenteria.*

De todo lo anterior podemos concluir:

1.º Es la disenteria una enfermedad especifica e infecciosa, primitivamente jeneral i de tendencia adinámica, manifestada localmente por alteraciones múltiples i variadas, de naturaleza inflama-

toria, circunscritas especialmente al intestino grueso, pero que pueden estenderse a todo el aparato digestivo.

2.º Trae su origen de un *bacterio* desarrollado en la atmósfera, que Lebert ha descubierto en las evacuaciones de los enfermos. Este *bacterio* infecciona el organismo sano que, a su turno, sirve de campo de multiplicacion i foco de reproduccion del parásito destructor.

3.º Muchas causas cósmicas e hijénicas favorecen la aparicion i propagacion de la enfermedad.

4.º Siendo la disenteria una en su esencia, las diferencias que en ella se notan son puramente accidentales, debidas solo a la mayor o menor gravedad de la misma enfermedad, a su grado de desarrollo, a sus complicaciones o a la concomitancia de otras enfermedades.

5.º Fundado en las lesiones anatómicas, divido la disenteria en foliculosa, cuando la alteracion mórbida se halla circunscrita especialmente a los folículos intestinales, i en flegmonosa, cuando la inflamacion invade el tejido celular sub-mucoso. Por su marcha, subdivido cada una de estas formas en *agudas* i *crónicas*, i segun su modo de propagacion e invasion admito las formas esporádicas, endémicas i epidémicas.

6.º Las lesiones anatómicas consisten en congestiones, inflamaciones i ulceraciones mas o ménos estensas, a veces falsas membranas, que tienen por sitio de eleccion el intestino grueso i que, en los casos graves, pueden estenderse a todo el aparato digestivo.

7.º Los cólicos, el tenesmo, i las evacuaciones de naturaleza variada, mas o ménos abundantes i repetidas, mas comunmente mucosas, moco-sanguinolentas, serosas o sero-sanguinolentas, caracterizan la disenteria.

8.º De todos los medicamentos empleados en su tratamiento, la ipecacuanha es el que goza de mayor número de propiedades en pró de la curacion.

9.º De los diversos métodos de prescripcion de la ipeca o raiz brasilera, debe preferirse siempre el método exclusivamente empleado en las posesiones inglesas de la India, que, segun las conclusiones del Dr. Erwart, del ejército de Bengala, la ipecacuanha en dosis macizas parece llenar medicaciones variadas: produce los benéficos efectos que se atribuyen a la sangría, sin despojar el sistema de una sola gota de su sangre; los mismos efectos que el mercurio i otros purgantes, sin producir su irritacion; que el antimonio i los sudoríficos, sin su inseguridad; i que el ópio, sin enmascarar la enfermedad. «I a esto se puede añadir, dice Muelean, que es el medio de tratamiento

mas sencillo, mas eficaz, mas conservador i ménos destructor que hasta ahora haya visto emplear para combatir la disenteria. Desde que se le usa, vemos disminuir año por año el número de casos que llegan a ser crónicos, i se vé tambien con ménos frecuencia aparecer los abscesos hepáticos como una complicacion de la enfermedad.

CLÍNICA ANTIDISENTÉRICA.

CASOS PRÁCTICOS.

OBSERVACION 1ª—G. R. M., de 45 años de edad, temperamento bilioso, buena constitucion, vida arreglada i sedentaria, fué atacado de disenteria, mas o ménos, a mediados de agosto de 1878. Como un mes ántes de declararse la enfermedad, se sentia mal con dispepsia, anorexia i abatimiento. Por un pequeño desarreglo en la comida, se pronunció la disenteria con treinta i mas evacuaciones diarias; algunos dias pasó de cien, con pseudo-membranas i trozos de mucosa esfacelados, tenesmo intolerable, enflaquecimiento rápido i debilidad profunda. El facultativo que lo asistia recorrió infructuosamente todos los tratamientos aconsejados por los autores, infusiones de ipeca, bismuto, astringentes, creta, etc. A fines de setiembre, junta de varios doctores, todos los que, en conformidad con el médico de cabecera, anunciaron la muerte próxima del enfermo. El doctor J. J. Aguirre, a indicacion del doctor Sandalio Letelier, prescribió un gramo de ipecacuanha por la mañana i otro por la tarde, en la menor cantidad posible de vehículo. El enfermo sufrió grandes fatigas que duraban de hora i media a tres horas. Al dia siguiente, disminucion de las evacuaciones, pero siempre de mal carácter, color negruzco, gran fetidez, abundantes, con grumos secos de color oscuro. Se continuó la medicacion por tres dias i fué reemplazada por un purgante de aceite de ricino i almendras, aa-15 gramos. Gran cantidad de materias fecales antiguas fueron espulsadas i volvió de nuevo el tenesmo. Se administró de nuevo un gramo de ipecacuanha al dia, en una dosis por la mañana, continuada durante cuatro dias. Las evacuaciones cambiaron de carácter i se hicieron completamente diarreicas, pero notándose en ellas los mismos excrementos antiguos endurecidos, cuya salida duró de ocho a diez dias. Se prescribió un nuevo purgante de ricino, como el anterior i su curacion se terminó con tónicos, sulfato de quinina, extractos amargos, i opio para combatir el insomnio de que siempre padece.

OBSERVACION 2ª—P. F., de 60 años de edad, fué atacado de disenteria a principios de octubre de 1878. El doctor Sandalio Lete-

lier fué llamado para asistirlo, mas o ménos, 20 dias despues de la aparicion de la enfermedad. El enfermo estaba postrado, profundamente abatido i en el mas alto grado de debilidad, con 20 a 25 evacuaciones diarias. El doctor Letelier prescribió 50 centígramos de ipeca, con algunas gotas de láudano, una dosis por la mañana i otra por la noche. Ordenó que inmediatamente de tomar el remedio, el enfermo fuese colocado horizontal e inmóvil en su cama i privado de toda bebida. El enfermo no sufrió nada, ni náuseas ni fatigas, con la injeccion del medicamento. Al dia siguiente las evacuaciones habian cambiado de carácter, haciéndose ménos sanguinolentas i disminuyeron a 6 u 8, i los cólicos i el tenesmo eran mas tolerables. Continuada la misma medicacion durante tres dias, la mejoría fué mui notable las evacuaciones se hicieron enteramente mucosas, luego diarreicas, sin cólicos ni tenesmo. Se ordena entónces descanso de la ipecacuanha i se prescriben píldoras antidiarréicas compuestas de cálmel e ipeca, aa-10 centígramos, extracto de tebaico 5 centígramos. El estado del enfermo no cambia i continúa siempre mui postrado. Dos dias despues de la administracion de estas píldoras, vuelve a aparecer la exhalacion sanguínea i se receta de nuevo la ipeca en la misma dosis i forma de que ya hemos hablado. Se continúa esta medicacion por espacio de cuatro dias i el enfermo entra en convalescencia, que fué larga i difícil. Ayudado por el vino de quina i simarriba, fué completa la curacion el 11 de noviembre del mismo año, i a la fecha se encuentra enteramente bueno.

OBSERVACION 3ª.—José Luis Campo, temperamento sanguíneo i 30 años de edad, entró a la sala de El Salvador, en el hospital de San Juan de Dios de Talca, servicio del doctor Sandalio Letelier, el dia 28 de enero de 1879. Hace seis dias que se siente con fuertes dolores al vientre, pujo intolerable i evacuaciones muco-sanguinolentas dia anterior llegaron a 15. Su lengua estaba cubierta de un espeso barniz gris-amarillento, su cutis seca i caliente i sus pulsaciones, no mui débiles, alcanzaban a 95. A indicacion mia, se le prescribió un gramo de ipecacuanha en 20 de jarabe de corteza de naranjas. Se tomó todas las precauciones ántes indicadas i el enfermo no sufrió molestia alguna despues de la injeccion del remedio. Durante este dia solo tuvo tres evacuaciones abundantes i con mui poca sangre. Al dia siguiente el pulso habia bajado a 79 i su temperatura era casi enteramente normal. Se deja en descanso i en este dia tuvo solo dos evacuaciones enteramente normales. El dia 30 salió de alta.

CLÍNICA DEL DOCTOR DAVID SALAMANCA.

SEÑOR JUAN MANUEL SALAMANCA.—Querido hermano:

La tesis que tienes elejida para dar cumplimiento a los estatutos universitarios, producirá, sin duda, entre nosotros, una verdadera revolucion en el tratamiento de la disenteria.

No es posible, en la actualidad, ni siquiera establecer una discusion para negar la primacia de la ipecacuanha, segun el método que se sigue casi invariablemente en las Indias inglesas, sobre todos los demas procedimientos conocidos hasta la época presente.

Creo que llevarás la conviccion a los espíritus mas pesimistas con solo exhibir los resultados estadísticos, sacados esclusivamente de datos oficiales i durante medio siglo, tan perfectamente garantizados, por el testimonio irrecusable de eminencias científicas que basta solo enumerar: Docker, Maclean, Morchead, Mee, Blacklock, Erwart, Geddes i Mortimer.

Por esto me parecia de escasa utilidad que añadieras las pruebas de mi propia esperiencia, en 6 años a lo ménos. Sin embargo, ya que lo desas i porque he sido la causa determinante de que elijieras asunto tan valioso voi a complacerte, reuniendo mis apuntes sobre los hechos mas notables, de esos en que la sorpresa, realizando reacciones vitales que se juzgaban imposibles, dejan un recuerdo impercedero, producido por el mas noble de los deseos que puede experimentar el hombre: la salvacion de un agonizante.

Por un acaso tuve conocimiento de las transformaciones que opera la ipecacuanha en el cuadro sintomático de la disenteria, cuando influencia el organismo segun el *modus administrandi* de los médicos ingleses de la India.

Me encontraba asociado a las veladas científicas de nuestro eminente cirujano i sabio médico, doctor José J. Aguirre, cuando en una noche de 1871 leimos el tratamiento de la desinteria, escrito con tanta precision i claridad en la obra monumental, titulada *A system of medicine*, publicada en Lóndres en 1866.

Sabes, bien, que el doctor Aguirre es una coleccion viviente de monografías médicas, que hace inesplotable un conjunto de circunstancias, dignas de ser lamentadas. Ojalá consiguieras, de su vasto repertorio, siquiera unas cuantas observaciones que justificarian en Chile la necesidad de propagar en mayor escala la aplicacion de la ipecacuanha segun el procedimiento que tú, el primero, tendrás el ho-

nor de popularizar, publicándolo con los detalles indispensables para ser bien aprovechado, evitando falsas apreciaciones.

Confieso que la primera lectura me dejó vivamente preocupado i vacilante sobre la conveniencia de aventurar experimentos que, a primera vista, me parecieron peligrosos i en desacuerdo con las nociones que tenía a este respecto.

Luego se presentó una ocasión decisiva: era menester una resolución inmediata.

OBSERVACION 4ª.—A principios de 1872 fui llamado con urgencia a la calle de Lira para asistir a una señora de 75 a 80 años. Después de 8 días de una disenteria aguda, sobrevino efácelo de la mucosa rectal i llegó la enferma al último grado de pestración de fuerzas i agotamiento nervioso. La piel era quemante i seca, la lengua cubierta de una gruesa capa de barniz morenusco, el vientre abarquillado, muy deprimido; la palpación era insoportable en todo el flanco izquierdo; los ojos sin brillo, hundidos en las órbitas; el pulso depresible, pequeño, reducido a una verdadera vibración; las cámaras repetidas, sin número de veces durante el día, involuntarias de tiempo en tiempo; molestia insufrible en el ano; tres días de insomnio completo; fatigas acompañadas de un sudor frío i viscoso; una atmósfera pestilente i náusea bunda rodeaba el lecho de la enferma, que se encontraba acostada sobre el lado derecho, encogida sobre sí misma; las cámaras purulentas, fibrinosas, rojas o negras, variando de forma i de color, la enferma se encontraba ya sin fuerza para un cambio cualquiera de posición, en el período agónico del padecimiento.

Cinco médicos la habían asistido sucesivamente, sin que hubieran escaseado las conferencias indispensables en un caso de tanta gravedad. Medité tranquilamente sobre el plan curativo que se había seguido: era irrepachable. Nada tenía que añadir para salvar a la desgraciada anciana. Mi pronóstico fué, pues, idéntico al de mis compañeros: en pocas horas mas debería ser un cadáver.

Comuniqué mis pensamientos a la familia, que me oyó resignada; pero agregué que abrigaba una esperanza fundada en un buen número de probabilidades: ensayaré i en cuatro horas mas veremos si el éxito puede ser favorable.

Inmediatamente en una cuchara deposité una cucharadita de jabe de corteza de naranja, a la que mezclé tan íntimamente como era posible, según la urgencia del caso, *treinta granos de ipecacuanha* en polvo recién preparado, i administré de una vez esta especie de electuario, sin permitir, para la deglución, ni siquiera una gota de

agua. Quité en seguida las almohadas de la cama para que la señora quedara en posicion horizontal, ordené que se colocaran sinapismos Rigollot sobre el abdómen, compresas de agua fria renovadas en el ano, alimentacion esclusiva de arroz cocido i seco, tres horas despues de administrado el remedio; abstinencia absoluta de todo liquido; que no se permitiera levantar la cabeza a la enferma ántes de dos horas i esperé. Eran las 7 de la noche. A las 8 aun no se producía ninguna evacuacion, los dolores del vientre mui disminuidos i un bienestar jeneral de la paciente despertó la animacion i cierto contento en toda la familia.

Recomendé que de la misma manera se le diera otra dósís igual a las 8 de la mañana siguiente, guardando las mismas precauciones.

A las 9 de este dia interrogué a la señora que, con voz cascada, me probó su contento: apénas sentía dolores abdominales; podia volverse por sí misma de un costado al otro, la cutis estaba suavizada por un sudor moderado i un calor uniforme; limpios los bordes de la lengua, formaban una faja en herradura, con un barniz mas denso hacía la parte interna; la mirada era animada i serena, el pulso regularizado, aunque mui frecuente, el tenesmo casi nulo i así mismo la desazon anal, habia dormido 8 horas, mas o ménos, sin agitacion ni sobresalto. A las 10 A. M. tuvo una evacuacion muco-sanguinolenta que la postró bastante i que volvió a repetirse a las 3 de la tarde en las mismas condiciones.

Eran las 9 de la noche cuando tomó la tercera dósís de 30 granos de ipeca, i a las 12 sobrevino la primera evacuacion de aspecto feculento, color amarillo-pálido, bastante líquida i abundante, en proporcion de 1 a 3 con las anteriores.—Ordené 20 granos de ipeca para el dia próximo, que en el tercer dia reduje a 10 granos, estacionando esta dósís por dos dias mas, que se administraban a las 6 de la mañana para que la enferma pudiera levantarse a las 10 como se lo prometí que permitiría desde el tercer dia.

Los diversos cambios porque fueron pasando las evacuaciones seria fastidioso referirlos, desde que admiten infinitos matices en su coloracion, la cantidad de glóbulos purulentos, epitelios efoliados en su densidad, etc., presentando esa multitud de fenómenos fisico-químicos que puede notar cualquiera que haya observado un solo enfermo de disenteria. El punto culminante es la salvacion de la señora desde la primera dósís, sin náuseas ni molestias perseverantes, si se exceptúa la sed que es bastante tolerable.

Es interesante notar que en una disenteria adinámica, como la referida, i en una señora tan deteriorada i vieja, la ipecacuanha levan-

tara las fuerzas, protestando de la contraindicacion que algunos han pensado era evidente en tales condiciones. No ménos de 10 veces he podido observar idénticos resultados, que es menester fijar de preferencia, para no abandonar este camino salvador por ideas preconcebidas i no sancionadas sino por una falsa induccion.

Este primer suceso lo transmití entusiasmado al doctor Aguirre, quien resolvió, por su parte, continuar la misma senda experimental, que en los años transcurridos desde entonces, ha burlado tantos pronósticos fatales. Todavía no he perdido un solo enfermo de disenteria, adoptando en los casos gravísimos el uso de la ipecacuauha en dosis macizas i con las precauciones que se han indicado.

OBSERVACION 5ª.—En la primera semana del mes de octubre de 1872 fui citado a una casa de la calle de Huérfanos, perteneciente a una familia mui distinguida i acaudalada. Tenian a uno de los niños, de 13 años de edad, mortalmente enfermo de disenteria, al extremo que ya no habia esperanza alguna de salvarlo. Los cuatro facultativos que disertaron sobre el valor pronóstico del cuadro sintomático, estuvieron en perfecto acuerdo, sosteniendo con una lójica irrefutable la muerte próxima del niño, ántes de que se viera la luz del siguiente dia.

Eran las cinco de la tarde: las líneas del semblante del enfermo totalmente alteradas, pálido, demacrado, la piel terrosa, arrugada, eminencias i depresiones se dibujaban en todo su cuerpo estenuado, apenas tenia fuerzas para lanzar uno que otro quejido cavernoso, un calor seco i quemante se sentia donde quiera que se colocase la mano; el vientre timpanizado i en extremo doloroso, no le permitia mas posicion que echado sobre el costado derecho, con el pecho encorvado hácia adelante i los muslos doblados sobre el abdómen. Hacia ya dos dias que se mantenía de este modo, temiendo desdoblarse por los fuertes dolores que sufría a cualquier movimiento. El pulso filiforme i acelerado, no se podia contar, las evacuaciones sanguinolentas, albuminosas, poco abundantes i repetidas con instancia insoportable, sin que el vientre jamás se sintiera desocupado. Especialmente el enfermo era molestado por un hipo incesante, alternado con vómitos incoherentes, que ni el agua podia tolerarse: *romitus singultus malus*. (Hipócrates).

Por tercera vez sufría esta recidiva en el espacio de dos meses i una porcion considerable de la membrana mucosa habia sido espulsada a pequeños trozos.

Animado con diez curaciones, a lo ménos, en personas que tenia la conviccion sincera de que habrian fallecido por otros procedimientos

curativos, tuve la energía suficiente para declarar a mis profesores que efectivamente la situación era gravísima; pero que, adoptando la medicación por la ipecacuana en dosis altas, abrigaba la esperanza de un éxito inmediato. Dos de entre ellos contestaron con una sonrisa desdenosa, i todos protestaron, sin darme tiempo para desarrollar mi manera de ver, i sosteniendo con desenfado que el procedimiento era vulgar i tan pésimamente indicado, que el niño no resistiría un solo instante. ¿Es posible, decían, permitir la administración de esa dosis enorme de ipecacuana cuando el jóven no puede soportar sin vómitos ni siquiera una sola gota de agua? A mi turno interrogué igualmente: ¿Quién se atreve a responder de que el niño salvará?—Al ménos se prolongará la escena tanto como es posible, como es nuestra obligacion, obtuve por respuesta.—Pues bien, yó respondo, contesté. I sin vacilar hice una prescripcion que envié a la botica inmediatamente.

Detuve a uno de mis profesores para que presenciara los buenos efectos que auguraba, perfectamente confiado. Coloqué 10 gotas de láudano de Sydenham en una cucharita, sobre la que deposité un pequeño terron de azúcar que absorbió todo el líquido, por capilaridad. Personalmente lo administré al enfermo i cinco minutos despues lo hice tomar 20 granos de ipecacuana en jarabe de corteza de naranja i cubrí el vientre con una lijera compresa empapada en esencia de trementina i se quitaron las almohadas. Una hora despues fuimos a visitar al paciente; le pregunté cómo se sentia i respondió que nada mejoraba. Lo invité a que se estirara i no estuviera tan encojido sobre sí mismo. Me dijo que era imposible por los dolores que sentia al menor movimiento; pero asegurándole que ya no sucedería lo que tanto temia, se estiró con facilidad i se volvió al lado contrario. El hipo habia cesado, las náuceas i los vómitos habian desaparecido, el sudor empezaba, la voz se hizo mas firme i acentuada, los dolores casi nulos; hasta esa hora no habia vuelto a presentarse ninguna evacuacion i un bienestar jeneral i pronto se apoderó del enfermo que no sabia cómo espresar su sorpresa i reconocimiento.

Las dosis de ipecacuana se repitieron mañana i noche durante dos dias. Al tercer dia tomaba solo diez granos e insistí de este modo, una vez por la mañana durante cuatro dias consecutivos. Al tercero de estos dias, el enfermo abandonó su cama i los fenómenos declinaron en gravedad, con presteza tan inusitada que a los doce dias de tratamiento se marchó al campo para asegurar la convalescencia.

Despues del sexto dia tomaba agua de cocimiento de campeche i

antes de almorzar i de comer una cucharadita de pernittrato de fierro Kerr, diluida en agua azucarada i segun una fórmula que tengo depositada en la botica de los señores Barrios hermanos. Cinco dias tuvo por esclusivo alimento arroz cocido, bien espeso, con un poco de canda i gradualmente desde entónces fuí permitiendo una alimentacion mas succulenta. Por la noche, al acostarse, se le daban 10 granos de polvos de Dower en mucilago de linaza caliente, con adición de una hoja de borraja. En un mes este jóven, que ahora es un hombre mui desarrollado i corpulento, se encontraba tan restablecido i gordo que era imposible notar la menor huella de los atroces sufrimientos que soportó por tanto tiempo.

OBSERVACION 6ª.—En la tarde del 9 de octubre de 1878 fuí llamado urgentemente para que prestara inmediatamente asistencia a la señora M. E. I. que se encontraba desahuciada por seis médicos notables.

Atacada de una disenteria aguda a principios del mes de enero i empeorando de dia en dia, en su desesperacion, se vió en la necesidad de llamar sucesivamente a diferentes médicos. La enfermedad cedia transitoriamente para recidivar despues con mayor intensidad, apesar de los tratamientos mejor combinados, entre los muchos que se emplean en estas circunstancias.

La señora tiene 22 años, de constitucion robusta i temperamento sanguíneo; contrajo matrimonio a mui temprana edad i ha tenido seis hijos hasta la fecha.

Cuando la visité, se encontraba acostada sobre el lado derecho, tan enflaquecida i estenuada que con dificultad pudo sacar de entre las ropas de su cama uno de sus brazos para la esploracion del pulso que, apénas sensible, era estremadamente acelerado. La voz apagada, el semblante pálido e hipócritico, los dolores abdominales se hacian intolerables a la menor presión, la frecuencia de las evacuaciones muco-purulentas i sanguinolentas, 15 mas o ménos durante el dia, sin la menor huella de materias escrementicias desde hace tres dias, la imposibilidad de la mixtion que hacia necesario el cateterismo cada vez que esta necesidad lo reclamaba, operacion que ocasionaba fuertes dolores; i en fin, un tumor abdominal voluminoso en el bajo vientre, que se extendia hasta el ombligo, cuyo diagnóstico no habia sido precisado por los facultativos que la habian asistido, me hicieron pronosticar con estrema reserva sobre las probabilidades de vida que restaban en favor de la paciente.

Despues de una relacion mas o ménos verídica sobre los conmemorativos, régimen adoptado, administracion de las prescripciones

ordenadas, etc., se me dijo que ántes de esta enfermedad, la señora gozaba de cabal salud, era mas gorda de lo conveniente a la hermosura i mas rosada de lo que hubiera deseado, hasta el 1º de enero en que sufrió las primeras molestias que la habian llevado al extremo en que la observaba.

Mui desalentado, prescribí, sin embargo, 20 granos de ipeca, por la mañana, con las precauciones i dieta ya indicados, i vapores calientes de infusion de manzanilla, colocando a la enferma, sostenida por los ayudantes necesarios, sobre el tiesto que contenia la infusion.

Tres horas despues de empezado el tratamiento, la orina era espulsada con poco esfuerzo i dolor soportable i en mucha cantidad. No hubo mas necesidad de la sonda i la orina cambió de color hasta hacerse tan clara como en las personas que toman agua o frutas, principalmente *sandia*, en abundancia i gozan de plena salud. Al dia siguiente se administraron solo 10 granos de ipeca. En la tarde i en la noche hubo dos evacuaciones feculentas, todos los síntomas alarmantes cesaron con sorprendente rapidez i la enferma se mostraba contenta i alentada. Pero siempre se quejaba de tenesmo i molestia en el ano, que segun sus propias espresiones, *estaba cocido por las evacuaciones*, e irritado por tantas lavativas de las que ya no tenia cuenta.

Todo esto pasó bien pronto con la aplicacion de compresas empuapadas en agua fria sobre el ano i renovadas con frecuencia. Las noches eran tranquilas i vino un sueño reparador con la prescripcion de pequeños enemas de agua almidonada, adiecionando un gramo de polvos de Dover. Durante tres dias mas seguí con la administracion de 10 granos de ipeca por la mañana i luego declaré que la enferma estaba fuera de todo peligro.

Entónces me conereté a restaurar las fuerzas perdidas de la enferma con una medicacion tónica i astringente. Al principio con el pernittrato de fierro, el agua de campeche, etc.; despues con los preparados de quina, el vino de pepsina i diastasa, para remediar el estado dispéptico bastante rebelde; i cuando la diarrea tomaba proporciones espoliativas la contenia fácilmente con la siguiente prescripcion:

R.

Infusion de ipecacuanha..... 250 granos.

Subnittrato de bismuto..... 8 »

Jarabe de diacodion..... 40 »

M. Dos cucharadas cada cuatro horas.

Me parece innecesario entrar en mas detalles para probar la heró-

ca eficacia de la ipecacuanha por el método que defiendes en la tésis que te propones esplanar.

Pero hai un hecho capital i de sumo interes en este lijero diagrama de la enfermedad en cuestion i que no es posible sacrificar a la concision.

A fines de octubre, encontrando a la enferma bastante fuerte i restablecida, pasé a ocuparme del tumor abdominal que, mui justamente, la mantenia abatida i preocupada sobre su futura suerte.

Muchos eran los diagnósticos que se habian formulado sobre el sitio i naturaleza del tumor: desarrollo de gases intestinales; supresion de los menstruos, catarro vesical concomitante i debilidad jeneral; hipertrofia inflamatoria del útero, coincidiendo con úlceras granulosas del cuello, un tumor que era difícil determinar si estaba fuera o dentro del útero, etc. Por fin, tres de nuestros mas eminentes doctores diagnosticaron que se trataba de un quiste del ovario.

Yo, por mi parte, pude notar que el abdómen presentaba exactamente el aspecto que ofrece, mas o ménos, en el quinto mes del embarazo i la percusion i palpacion abdominal daban todos los fenómenos que se notan en las ascitis abundantes o en los derrames serosos enquistados. La señora me llamó la atencion sobre las frecuentes contracciones, un tanto dolorosas i repetidas, a veces cada dos minutos, que la molestaban en el vientre. Efectivamente, se percibian a la simple vista, produciendo cierta especie de temblor en la superficie de las paredes abdominales, mas notables hacia la rejion umbilical i se dejaban sentir netamente, con el carácter de tónicas o clónicas a la vez, bajo la mano del observador que presionara con suavidad. Ausculté prolijamente sin percibir mas que borborismos intestinales. Pero algunos dias despues renové mi esploracion con insistencia i mayor escrupulosidad.

Tuve entónces la suerte de percibir con toda claridad el tic-tac del corazon fetal, i sin vacilar dije a la enferma que se encontraba embarazada i que, en consecuencia, su tumor desaparecería en un término fatal que no tardaria.

La señora experimentó una gran sorpresa, i como manifestase suma inquietud, me apresuré a calmar la excitacion de su espíritu, conviniendo en que, probablemente era yo quien sufría un error sobre la naturaleza del tumor que le ocasionaba tan atroces sinsabores. En consecuencia, le rogué que llamara a uno de nuestros mas afamados doctores, práctico tan experimentado como respetable, que resolveria sin apelacion un problema tan difícil.

Cumpliendo con las instrucciones que dí a la señora, el 22 de no-

viembre dió una cuenta prolija de cuanto le sucedia, al facultativo de mi eleccion, insistiendo en hacerle presente cuál era mi opinion a este respecto. Despues de un minucioso reconocimiento, dijo a la enferma: «en este vientre no puede tratarse de un embarazo porque no hai nada macizo» e inmediatamente se armó de un trocar explorador para practicar la paracentesis.

La señora opuso una resistencia tenaz porque únicamente solicitaba su opinion por escrito, que copio testualmente: «me parece que lo que tiene la enferma es un verdadero quiste ovárico; pero no creo que el estado en que se halla, permita la operacion radical, cuando mas una puncion paliativa.»

Dos dias despues tuve una conferencia verbal con este mismo facultativo, aprovechando la ocasion de que formaba parte de la junta de cirujanos que practicamos la transfusion de la sangre arterial de un cordero a una señora, que tuvo la fortuna de salvar de una cistorragia rebelde a todas las medicaciones, valiéndome de la pocion antihemorrájica de West, pero que siempre peligraba por la anemia profunda que sobrevino. Insistió siempre en sus apreciaciones sin dar gran valor a mis razonamientos.

Apesar, pues, de las protestas de la señora, que se encontraba separada de su marido i que aseguraba que jamas habia sentido un embarazo semejante precediendo a sus partos anteriores; apesar del diagnóstico diferente de tantos otros comprofesores, despues de un nuevo exámen i ayudado por la circunstancia de que el último coito matrimonial coincidía precisamente con la época en que debia haber tenido lugar la fecundacion, yo aseguré mi diagnóstico, que poco despues fué comprobado con los hechos. El 23 de diciembre, justamente un mes despues de las discusiones referidas, de este mismo año, la enferma arrojaba grandes cantidades de líquido amniótico i a las 5¼ P. M. del dia siguiente daba a luz, con toda felicidad, un pequeño niño sumamente flaco, que murió tres dias despues.

Desde entónces la mejoría se fué acentuando con mayor rapidez i actualmente esta señora se encuentra de mui buen aspecto, aunque todavia sobrevienen pequeños ataques de trastornos en las funciones gastro-intestinales, que pronto han de terminar radicalmente.

Mui pocos habrán olvidado todavia esa ardiente acusacion que registró la prensa de Valparaiso con motivo de un error idéntico al que dejo referido. Uno de nuestros cirujanos, que con justicia ha conquistado la estimacion pública, practicó la paracentesis abdominal en una señora que presentaba todos los signos i síntomas propios de los grandes quistes ováricos; pereció la enferma i el niño que

alimentaba en el claustro materno. Conviene, pues, dejar constancia de estos hechos, para que los facultativos tengan siempre presente las dificultades i peligros que envuelven, a veces, las operaciones de un diagnóstico incorrecto. Es necesario agotar siempre los medios de exploracion, puesto que la vida de un enfermo pende, con una frecuencia increíble, de insignificantes fenómenos que no se han tomado en cuenta, por una panible falta de observacion. La caridad i nuestra elevada mision así lo exigen.

OBSERVACION 7.^a—En el mes de marzo del año de 1877, una respetable familia de San Felipe me trajo para que asistiera profesionalmente a una niñita de tres años de edad, sumamente estenuada por ataques sucesivos de disenteria, que en el espacio de cuatro meses se venian repitiendo con tanta violencia, que al fin se desesperaba de poderla salvar, sobre todo cuando habia opiniones de facultativos, bien fundadas, que fijaban un término fatal i perentorio.

La niñita descaba pasar siempre acostada, o dormitando en los brazos de su mamá; lloraba cuando queria dársele cualquiera otra posicion. El día que la visité, tenia frecuentes evacuaciones de sangre para, i segun las explicaciones de la señora, hacia cuatro días que se operaban por el ano verdaderas hemorragias, tan alarmantes, que hacian temer un fin próximo.

Sin embargo, el calor era febril, el pulso estaba muy acelerado, i habia una sensibilidad dolorosa muy marcada en toda la rejion abdominal; érale, ademas, imposible soportar la posicion sentada, aunque fuera en blandos almohadones, por los vivos dolores que sentia en el ano. En los alrededores de esta rejion, se notaba esa coloracion roja de las irritaciones superficiales, sin otra cosa de particular.

Eran las ocho de la mañana cuando acudí con presteza, por la urgencia del caso. Aunque temia la indocilidad propia de los niños para someterse al tratamiento por la ipecacuanha en las condiciones necesarias al procedimiento seguido en las Indias inglesas, creí sin embargo una circunstancia muy propicia la postracion misma de la enfermita, obligada a permanecer siempre acostada. Prescribí ocho granos de ipeca de una sola vez. Las evacuaciones i la sangre que constantemente coloreaba las ropas de la niñita, cesaron inmediatamente. A las cuatro de la tarde hubo una evacuacion: era ya del todo fisiológica.

Al día siguiente repetí la misma dosis de ipecacuanha, i la mejoría fué tan rápida que resolví suspender todo medicamento. Una lijera diarrea que sobrevino algunos días despues, fué con facilidad combatida por lijeros astrinjentes tónicos.

No se ha vuelto a repetir la enfermedad ni sobrevenido consecuencias de otro jénero.

OBSERVACION 8ª.—En el año de 1876, fué llamado con suma urgencia para asistir profesionalmente al distinguido jóven don Amador Navarrete. Tenia dos meses de permanencia en cama, gravemente enfermo de una disenteria maligna desde el primer momento. Tres médicos notables, amigos del señor Navarrete, le prodigaban los mas solícitos cuidados; mas, apesar de todo el interes que inspiraba el paciente, i de los tratamientos mejor combinados, se presentaron fenómenos tan alarmantes, que los médicos perdieron toda esperanza i concluyeron por desahuciar al enfermo.

La confusion fué estrema, i de ahí que fuese llamado, como el último recurso que se podia tentar, teniendo en cuenta otras curaciones análogas practicadas por mí i referidas a la familia por diferentes personas.

El señor Navarrete, aunque se hallaba en el período agónico de la enfermedad, estaba sin embargo mui irritable, exigente, desalentado, voluntarioso i desconfiado. Acostumbrado a ser obedecido por cuantos le rodeaban, exijia esplicaciones detalladas i amplísimas de los motivos que determinaban a los médicos a ordenar tal o cual medicamento; aquellos, siendo sus amigos, se apresuraban a satisfacerlo del modo mas cumplido posible.

Tengo a la vista una esposicion escrita por el mismo señor Navarrete, en que me refiere las mas íntimas peripecias que le acontecieron durante el tiempo que le asistí en su enfermedad. Con este motivo dice: «que ya no tenia aliento ni vitalidad para resistir, apesar de tantas lavativas diferentes, aunque muchas eran de nitrato de plata.»

El señor Navarrete recuerda con viveza i estampa en su escrito la respuesta que le di cuando me interrogó sobre los motivos que tenia para proceder de la manera que lo hacia: «Si Ud. quiere sanar, haga lo que ordeno, i si nó Ud. se morirá.» Efectivamente, para alcanzar un buen éxito, en muchas ocasiones es un recurso eficaz no paliar los caprichos inherentes de un enfermo, i al contrario, doblegarlo a las ordenanzas del facultativo.

Desde entónces cesaron las observaciones i resistencias del señor Navarrete, i mui resignado tomó de una vez 30 granos de ipeca con las precauciones usadas para evitar los vómitos. Ni siquiera tuvo náuseas, i la mejoría, como siempre, se acentuó desde el primer instante. Esta dosis la administré dos dias seguidamente mañana i noche; al tercero la reduje a la mitad i al cuarto la suspendí del to-

do. «A los ocho días, dice el señor Navarrete, me encontraba completamente bien i fuera de todo peligro, sometido exstrictamente al sistema del Dr. David Salamanca.»—Este ha sido uno de los casos mas graves en que, a la verdad, me ha sorprendido la presteza de un restablecimiento cabal.

El señor Navarrete tiene a la fecha 34 años; goza de buena salud i no ha sufrido hasta hoi ninguna de esas perturbaciones hepáticas tardías, que sobrevienen frecuentemente entre nosotros, en pos de las endemias disintéricas, que año por año llevan el luto a tantos hogares.

Intencionalmente no he sido mas minucioso en la relacion de este caso. El cuadro sintomático final de la disenteria adinámica úlcero-menbrana, si es verdad que presenta en las distintas constituciones fenómenos interesantes bajo el punto de vista científico, no creo que sea ésta la oportunidad de anotarlos, desde que persigo únicamente una demostracion bien definida: la supremacia e importancia que tiene el tratamiento de la disenteria, segun este *modus administrandi* de la ipecacuana, sobre todos los demas procedimientos, i en consecuencia, la necesidad de popularizarlo como un agente heróico aun en los casos mas desesperados.

Las consideraciones anteriores me determinan a ser tambien mui breve en la relacion del interesante caso que paso a referir.

Observacion 9.ª—El 4 de febrero de 1878 me encontraba en los famosos baños termales de la cordillera de Chillan, cuando fui vivamente instado por el honorable caballero don José Miguel Ureta para que visitásemos inmediatamente al laborioso i digno superintendente del ferrocarril de Talca a Angol, Concepcion i Talcahuano, señor don Eduardo Cuevas, que se encontraba en una casucha vecina, mortalmente afectado de una disenteria gravísima.

En fin, despues de una esposicion lucida i mui bien razonada, el médico que lo asistia, con fundamentos perfectamente lójicos, terminó por fijar un término perentorio de 3 o 4 horas, a lo mas, a la vida del paciente.

Nada habia que objetar al tratamiento de mi distinguido colega; conoce demasiado la naturaleza del padecimiento en cuestion i cuanto es necesario para remediarlo, sin incurrir en errores. Era natural que yo participara completamente de su opinion, que, sin embargo, no acepté teniendo en consideracion el hecho de que no he perdido un solo enfermo en 6 o 7 años, a lo ménos, empleando el procedimiento que nos ocupa.

Con la sinceridad no siempre conveniente, pero que invariable-

mente acostumbro, espuse a mi compañero todos mis temores i esperanzas sobre el buen suceso; mas, como dudara de mis aseveraciones, resolví echar sobre mi conciencia una responsabilidad, a mi juicio, bastante problemática por el motivo capital de abstencion alegado en semejante caso. Sostenia mi colega, que siendo un deber primordial en el médico prolongar la vida de un paciente, aunque sea un minuto, aguardando reacciones vitales, no podia consentir en la administracion de un remedio que estaba contraindicado, i que aceleraria el término fatal—aunque nada sabia sobre el particular—pero que tenia la seguridad de no haber leido jamás las acciones que yo atribuia a la ipecacuana, segun lo aconsejaba ese Docker, no citado todavia en los clásicos que él hojeaba día a día.

Despues de una discusion que nada favorable prometia en beneficio del enfermo, si no era una pérdida de tiempo capaz de hacerse irreparable, procedí a ocuparme del paciente, resignado a no pedir luces prestadas en lo sucesivo.

El señor Cuevas sufre desde hace muchos años, de una lesion valvular intracardiaca, en que se ha establecido la compensacion circulatoria tan sólidamente aianzada, que ha podido sobrevivir a varios médicos que desesperaban de poderlo sostener por mucho tiempo. Despues le sobrevino una dispepsia, tambien ya de larga fecha, probablemente ocasionada por las perturbaciones circulatorias e hiperemias consiguientes en la mucosa gastro-intestinal. Estando pues, mui debilitado de salud, sufrió un pesar intenso i deprimente que, desarmonizando la inervacion, dió lugar a un proceso mórbido, que se tradujo por diarrea frecuentemente repetida i persistente, hasta tal punto que en lugar de cesar con los agentes terapéuticos mas variados, gradualmente tomó los caracteres de una verdadera disenteria.

Durante tres meses, a lo ménos, consultó a los mas afamados facultativos de Concepcion, Chillan, Valparaiso i de nuestra capital. Todos estaban de acuerdo en el diagnóstico i pronóstico: disenteria que terminaria en breve plazo con la medicacion que prescribian. Las mejorías eran siempre inestables; las recidivas mas frecuentes i penosas.

Desalentado, i en la necesidad de atender sus ocupaciones, regresó a Concepcion, donde fué asistido por los prácticos mas ejercitados. Los dolores abdominales se hicieron intolerables; el pujo i tenesmo, i la espulsion de materias esccrementicias sanguinolentas, albuminosas, acres i líquidas, lo llevaron rápidamente a un estado tal de consuncion i de marasmo, que el último médico, amigo de toda su con-

fianza, lo determinó a marchar a los baños de Chillan, como recurso último i que creía de considerable eficacia.

Estenuado i dolorido emprendió ese viaje, duro aun para los que gozan de cabal salud, al traves de esas montañas que envuelven el coche del viajero en nubes tan espesas del finísimo *trumaho*, que a veces el cochero no puede distinguir desde el pescante a los diestros caballos que gobierna.

Empezó por tomar baños tibios en el agua del fierro, obedeciendo a las prescripciones del facultativo. En los primeros dias, los dolores se mitigaron considerablemente i sentia cierto bienestar halagador.

Tres o cuatro dias despues, la enfermedad recidivó con una violencia desesperante; la postracion llegó a un grado máximo: no podia el enfermo sentarse por sí mismo; las evacuaciones se hicieron innumerables i compuestas esclusivamente de pequeños grumos albumino-sanguinolentos, fétidos, con ese olor especial de la gangrena que tanto se fija en las narices; muchas eran compuestas de pseudo-membranas diftéricas, presentando las formas mas caprichosas e indefinibles. Dificultad estrema de respirar, acompañada de cierto movimiento convulsivo en la mandíbula inferior, deprimiéndose hácia abajo, como para recoger mayor cantidad de aire, siempre insuficiente; voz estinguida i apenas perceptible, calor muy exajerado, pulso aceleradísimo, hipo, náuseas, inapetencia absoluta, tal era el estado en que abordé una tentativa de restablecimiento, apesar de que ese semblante marcadamente hipocrático, con la nariz i las estremidades frias, como los hielos sobre un volcan, hacian perder toda esperanza.

Todavía me aguardaban mas motivos de desaliento: el enfermo me declaró que tenia una idiosincracia por la ipeca. Hacia veinte años que un médico se la habia administrado en calidad de vomitivo que casile costó la vida, i éste le aconsejó que jamás, por ningún motivo, aceptara en otra ocasion ese medicamento.

Yo reflexioné un momento i le repliqué que él seria entónces un jóven, pero que los años trascurridos metamorfoseaban muchas propiedades del organismo. Por otra parte, las degeneraciones indudables en las válvulas cardíacas, aumentaban todavia mis vacilaciones.

Pero, ¿habia otro camino salvador? Mi conciencia científica no veia absolutamente probabilidades para ningún otro medicamento que la ipecacuanha. Procedí, pues, con cierta timidez exploradora. A la 1 P. M. administré 15 granos de ipecacuanha en jarabe de corte-

za de naranjas, e hice abrigar el vientre con una piel de zorro mui bien curtida.

La botica de los baños de Chillan dispone de agentes terapéuticos modestos e insuficientes. La mejoría fué rápida e inesperada de una manera increíble. Se mitigaron los dolores; la piel i la lengua se humedecieron; cesaron las evacuaciones; 4 solamente hasta las 12 de la noche, de mal carácter, siendo membranosas, i el enfermo se sintió contento i vigorizado. A las 9 P. M., 20 granos de ipecacuanha. Durmió tranquilo 6 horas a lo ménos, cuando el insomnio era completo en las noches anteriores; las náuseas i el hipo terminaron.

A las 9 A. M., 30 granos de ipeca: idéntica tolerancia. El 5 de febrero, a las 5 de la mañana, 40 granos de ipecacuanha: despues de una hora, no obstante la posicion horizontal, sufre algunas náuceas mui tolerables. La mejoría se acentúa, pero no cambia el aspecto de las evacuaciones. A las 9 P. M., 15 gotas de láudano de Sydenham i diez minutos despues, 40 granos de ipecacuanha: tolerancia absoluta.

Febrero 6, 7 A. M.—40 granos de ipecacuanha; siempre cuatro evacuaciones hasta las 8½ P. M., en que insisto en la misma dosis administrada en la mañana. A las 12 de la noche tuvo una evacuacion perfectamente dijerida, de color amarillo, sin sangre, que cualquiera habria confundido con la de una persona de cabal salud.

Febrero 7.—Reduje la dosis a 20 granos por la mañana i a 10 por la noche: 5 evacuaciones de diversas calidades.

Febrero 8.—15 granos por la mañana i permito que se levante a las 12 M. Cuatro evacuaciones en la tarde. A las 2 P. M. arroja en trozos grandes porciones de mucosa esfaceladas, sin sangre i envueltas en materia escrementicia perfectamente normal; lavadas i estendidas sobre un plato de porcelana, no pude dudar de que el desprendimiento habia comprendido todo el espesor de la mucosa, la cual se vé serpenteada por capilares conjestionados, i agujereada por ulceraciones cortadas a pico de fuera adentro i de variadas dimensiones con relacion a la circunferencia

Febrero 9.—Una sola evacuacion, natural, en el dia. Suspendí el empleo de la ipecacuanha i administré el pernittrato de fierro i agua de campeche, como bebida ordinaria: dolores inestables al estómago, borborismos, gran cantidad de gases intestinales que escapan con frecuencia por las estremidades del tubo digestivo.

Febrero 10.—Se presentan en las evacuaciones pequeñas bolitas de materias endurecidas, que puestas al fuego dan un olor a queso bien apreciable por los asistentes. Este fenómeno se verificó varias

veces en el espacio de los 8 o 9 días siguientes. Además espulsó cuatro veces escóbalos bastante resistentes de subnitrato de bismuto.

Febrero 12.—Con gran sorpresa de los bañistas, nos pusimos en marcha para la capital del Nubie. Hice construir un aparato en el coche de viaje; colocando colchones, tomó aquello el aspecto de una cuna, mediante la cual evitara el enfermo los contragolpes del camino, perfectamente inmovilizado en esa cama-cajón. Hicimos el viaje con la rapidez ordinaria, habiendo arribado sin novedad. Hubo una evacuación en la posada, i otra en la noche en el hotel de alojamiento.

Febrero 14.—Sin causa apreciable, intensos dolores al hipogastrio i a la uretra, de modo que la mixtion se hace mui penosa, las evacuaciones se vuelven sanguinolentas, frecuentes i albuminosas. Linimentos con trementina al bajo vientre, polvos de Dover al interior i lavativas landanizadas terminan pronto el acceso.

El enfermo se encontraba siempre tan estenuado i abatido, que cuantas personas, médicos o nó, lo visitaban, desesperaban absolutamente de que pudiera mantenerse muchos días mas. Pronósticos tan sinistros, con esa unanimidad abrumadora, me mantenían descontento, preocupado i vacilante, si bien animado siempre de una voluntad inquebrantable para luchar sin tregua.

Recordando que la experiencia ha demostrado con hechos numerosos que las mudanzas, aunque próximas entre sí, constituyen en muchas enfermedades un medio curativo por exelencia; por ejemplo, los que contraen la disenteria en el alto Egipto, curan pasando a la parte céntrica o baja, i vice-versa; los desgraciados que contraen la disenteria crónica en el Africa, jamás recuperan del todo su salud sino consiguen trasladarse a Europa; recordando eso, determiné marcharnos el 16 a la capital de Talca. Llegamos sin accidente; pasamos sin tardanza de ahí a nuestra hermosa quinta de Colin, lugar que por su espléndida vejetación, ha merecido ser llamado el jardín de Talca, en un artículo publicado en el *Times* de Londres. Dista legua i media de la ciudad.

No podia colocar al paciente en mejores condiciones hijénicas para soportar los vaivenes de la convalecencia.

Sin embargo, ya recordarás las torturas que sufrimos con el gravísimo ataque que de improviso se presentó el 22 de febrero i cuando la curación parecia radicalmente asegurada. En un momento se perdió casi toda probabilidad de evitar un próximo fin.

Una fiebre intensa, pulso vibratorio, apenas perceptible, calor quemante i seco de la piel, hipo, vómitos incohercibles que no cesa-

ban con hielo ni con la pocion anti-emética de Riverio; postracion máxima, coexistiendo con un sueño pesado i profundo de que el paciente salia con gran dificultad; evacuaciones compuestas de copos albumino-sanguinolentos, en número de 6 a 8 en las 24 horas. Dos dias pasaron de este modo i temíamos de un momento a otro un síncope mortal, sobre todo cuando no era posible administrar remedio por la boca, a fin de terminar una situacion tan desesperante como prolongada. A mi juicio, tal situacion se despejaba pudiendo disponer de un agente antifebril poderoso i sudorífico enérgico que pudiera usarse por otra via que las ordinarias. Se me ocurrió emplear los polvos de Dower en una pequeña lavativa almidonada, a la dosis de dos gramos. El efecto sobrepasó mis esperanzas: media hora despues el enfermo despertaba del insidioso sopor con toda la piel humedecida por un sudor copioso; experimentó un bienestar tan tranquilo que alejó los siniestros presentimientos que lo agitaban sin cesar.

El 28 de febrero regresamos a Talca para tomar el tren en la mañana del 1.º de marzo hasta San Bernardo.

En este punto permaneció, siempre con alternativas de mejoría i de empeoramiento, hasta el 10 del mismo mes, época en que resolví trasladarlo a esta capital.

El 12 de marzo, a peticion de la familia, cité a una conferencia a dos notables profesores, don José Joaquín Aguirre i don Pablo Zorrilla. Despues de una relacion completa de cuanto concernia a la historia i marcha del padecimiento, di cuenta severa de los motivos que me determinaron en la eleccion de los agentes terapéuticos durante las múltiples complicaciones sobrevenidas, i tuve la grata satisfaccion de tener en absoluto i en todos sus detalles el concurso aprobador de mis aventajados comprofesores.

En este dia, el enfermo estaba bajo la influencia de una mejoría exepcional; habia tenido una sola evacuacion normal i dolores abdominales insignificantes. Los facultativos consultados creyeron por esto que la enfermedad tocaba mui probablemente su fin.

Era mui lójico razonar de esa manera, pero desgraciadamente no era posible ir en contra de la realidad. El señor Cuevas, atacado de una dispepsia crónica, agravada por inflamaciones sucesivas de la mucosa gastro intestinal, en que la resolucion completa necesariamente debia estar estorbada por hiperemias frecuentes de las mucosas internas, por las dificultades del torrente intracardiaco, se comprende que no puede tener poder suficiente de recepcion alimenticia, siempre idéntica en todo momento, i que necesariamente ha de

estar sujeto a indigestiones determinantes de nuevos ataques inflamatorios en órganos tan susceptibles i singularmente predispuestos.

Otra consideracion reforzaba todavia mis temores para aguardar ataques intermitentes de cierta gravedad. Ya he referido que el enfermo perdió una porcion considerable de la mucosa del colon i del recto, en gran parte eliminados a colgajos o en forma de putrúlogo sanioso i purulento. En tales casos, la reparacion de la mucosa intestinal no puede restablecer la primitiva integridad del intestino, i es reemplazada por un tejido inodular o cicatricial que da lugar a cohartaciones o estrecheces que mantienen dolores persistentes mucho tiempo despues de terminada la enfermedad. Pues bien: el dolor determina fluxion, que, mantenida por la causa perseverante de hiperemia i unida a la atonia del tubo intestinal, estenuado por espoliaciones sostenidas durante tanto tiempo, hacian inevitables, a mi juicio, muchos ataques sucesivos ántes de conseguir un resultado tan feliz como anhelado.

Tales temores, que dejo estampados de un modo tan sintético, los espuse tambien con la claridad posible a mis honorables colegas, i con esto quedó terminada nuestra conferencia.

Efectivamente, la lucha contra nuevos ataques principió al dia siguiente, hasta mediados del mes de abril, fecha en que el señor Cuevas, forzado por sus ocupaciones en el sur, se marchó a Concepcion, a pesar de que me opuse tenazmente, seguro de que en ese punto iba a correr nuevos i quizas peligros mayores, si era posible.

Fundaba esta oposicion en que el señor Cuevas sufría constantemente violentos ataques cuando se verificaban trastornos atmosféricos, por mas que ellos fueran de escasa consideracion, a tal punto que puede considerarse como un barómetro viviente, de suma delicadeza. Ahora bien: está perfectamente comprobado que el clima frio i húmedo, sujeto a transiciones bruscas, impresiona la vitalidad de una manera altamente nociva, hace la accion del frio mas penetrante en consecuencia de la conductibilidad del vapor de agua i determina o reagrava las inflamaciones catarrales, especialmente las crónicas, en los individuos predispuestos.

Un aire frio i húmedo como el de Concepcion, relaja los tejidos débiles, perturba la traspiracion i agrava los padecimientos crónicos de las mucosas.

Por esto el señor Cuevas sufrió bien pronto las trastornadoras consecuencias en que fundaba mi desfavorable pronóstico. Estuvo otra vez en el dintel de la muerte; i llamado por telégrafo, partí de esta capital para Concepcion el 23 de mayo, llegando con la oportunidad i la urjencia requeridas.

Convencido, en fin, el señor Cuevas, de que se encontraba imposibilitado absolutamente para continuar residiendo en Concepcion si no era en una agonía repetida i que de un momento a otro podia ser funesta, regresó a Santiago a mediados de julio de 1878.

Desde entónces, aunque sufriendo siempre, ha recuperado de un modo gradual las perdidas fuerzas, adquiriendo el aspecto consolador, pero *no positivo*, de un restablecimiento en toda su plenitud. Sin embargo, la dolorosa esperiencia que adquirió en el invierno pasado, mantiene su espíritu tan alarmado i cauteloso, que ha resuelto abandonar para siempre la residencia en el sur, prefiriendo las penalidades de la vida a las metamórfofis de ultratumba.

Este caso clínico, tan interesante bajo muchos conceptos, lo conservo anotado con prolijos pormenores en un diario de apuntes que he seguido con paciencia desde el principio del padecimiento hasta los primeros dias de enero de 1879. Pero, como seria una relacion pesada, i hasta cierto punto ajena al fin que te propones demostrar, me parecen suficientes los límites a que lo dejo reducido.

Los pocos casos que te he referido, siguiendo de prisa mi desaliñado pensamiento, los he entresacado de los muchos que he podido comprobar en mi clínica médica, eligiendo, como se verá a primera vista, condiciones mórbidas e individuales de la mayor importancia para sostener la tésis que con tanta fortuna has elegido.

En niños, adultos, viejos, aun en mujeres embarazadas i en los casos de adinamia profunda, este tratamiento se ha mostrado heroico, realizando esperanzas insostenibles.

Mas todavia: he asistido últimamente a una señora en la calle de Vergara, de 45 años, sumamente estenuada por una fiebre tifoidea de carácter adinámico, de 25 dias de duracion i coexistiendo con una disenteria gravísima; sin embargo, fué salvada mediante las altas dosis de ipecacuanha. Espulsó grandes trozos de membrana mu cosa, probablemente de la estremidad del tubo intestinal, envueltos en materiales purulentos i negruzcos; la mejoría se operó rápidamente.

Muchas veces sucede, entre nosotros, que toda la mucosa rectal es eliminada en forma de tubo completo, o bien a grandes jirones. En tales casos la curacion es siempre rápida, segun observaciones del doctor don José Joaquín Aguirre, que he tenido ocasion de comprobar. Al contrario, cuando las ulceraciones son punteadas o diseminadas, sin producir grandes destrozos, la enfermedad persiste con tenacidad desesperante i grave. Seria mui importante anotar mayor número de hechos clínicos a este respecto, porque si el fenómeno es constante será de gran valor para fijar el pronóstico.

Tengo la conciencia íntima de que, por los procedimientos que se adoptan habitualmente, ninguna de esas personas existiría en la actualidad. No creo necesario añadir mas pruebas respecto de la disenteria úlcero-membranosa o diftérica, de carácter crónico; sobre la disenteria aguda, las tendría en cantidad mas que suficiente para llevar la evidencia de que la presteza, seguridad i falta de accidentes consecutivos con el tratamiento Maclean, no puede superarse hasta hoy por ningun otro procedimiento. La curacion casi siempre se opera en un tiempo que varia de 2, 3 a 5 dias.

Desde que obtuve un resultado tan feliz con los polvos de Dower en lavativa, he continuado usándolos en todo caso i sin escepcion; i estoy convencido de que reemplaza con suma ventaja a las preparaciones opiáceas, sedantes i astringentes, siempre que se encuentren indicadas. Produce un alivio seguro, por lo cual llegará talvez a merecer los honores de específico. Si no estoy mal informado, creo que soi el primero que ha utilizado los polvos de Dower en las condiciones de *este modus administrandi*.

Si consiguieras despertar la atencion del distinguido cuerpo de médicos chilenos sobre el tratamiento anti-disentérico invariablemente seguido en la India inglesa, estoy cierto que habrias esparcido jérmenes de vida que compensarán sobradamente tan oportuna eleccion.

Tu hermano.—DAVID SALAMANCA.
