
MEDICINA.—TRATAMIENTO DE LA DISENTERÍA.—Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i farmacia leída el cuatro de junio de 1887, por don Santiago Ledesma G.

~~~~~

Señores:

He consagrado mi memoria al estudio del tratamiento de una enfermedad sumamente común entre nosotros, enfermedad que algunas veces agota la paciencia i conocimientos del médico i que reclama una terapéutica poderosa i enérgica, casi siempre eficaz si desde el principio se ha podido luchar contra sus accidentes. Voi a ocuparme de un nuevo tratamiento de la disentería. El me fué sujerido en especiales i apremiantes circunstancias i, aunque es escaso el número de relaciones que acompaño no por eso deja de tener un valor terapéutico real i positivo.

Creo del todo inútil i fastidioso que entre a ocuparme de la historia sintomatológica, del diagnóstico i de la anatomía mórbida de esta afección. Me concretaré pura i simplemente a su Terapéutica.

Entre las enfermedades que han tenido i tienen aun medicaciones que con honor pueden registrarse en el arsenal inagotable de la Terapéutica moderna, la disentería ocupa un lugar preferente.

Casi siempre los esfuerzos del médico han sido coronados por el éxito cada i cuando se ha tratado de curar un disenteríaco. Sin embargo, ateniéndonos a los dictados de una sana crítica, vemos que todos los medios con que hasta aquí se ha contado i se cuenta no han sido ni son el trasunto fiel de las doctrinas que en diversas épocas i lugares han reinado en materia de Patología jeneral. Si nos fijamos en el tratamiento que se ha seguido hasta estos últimos tiempos i si tenemos presente las diversas opiniones sobre la naturaleza de la afección de que se trata veremos que los agentes terapéuticos que se han preconizado no son el espejo fiel de las

diversas tendencias que han existido. Dadas las bases de cada doctrina, no se encuentra en la terapéutica de la disentería una pauta siquiera un tanto fija que represente las distintas creencias sobre la esencia de la enfermedad.

Aun mas, en el seno de una misma escuela encontramos un cúmulo de procedimientos curativos en la mas completa disparidad, una terapéutica poco racional, desordenada; unas veces empleando los antiflojísticos, otras veces los calmantes; aquí los anti-diarréicos, allá los evacuanes; ¡que variedad de tratamientos! I no se diga que esta variedad corresponde a las indicaciones dependientes de la enfermedad, del enfermo i de los objetos o ojentos estereiores en medio de los cuales este se encuentra. I esto era natural puesto que se ignoraba el principal factor de la cuestión.

Hoi la cosa ha variado de aspecto. La naturaleza parasitaria de la afección de que se trata, por otra parte sospechada desde tiempo atrás ha venido a abrir nuevos senderos que permiten marchar con un criterio exacto i positivo en el tratamiento que se ha de propinar.

Teniendo en cuenta estos hechos fue como en el relegamiento de un lejano lazareto, sin mas auxilios que las sustancias anticépticas de que podíamos disponer i uno que otro medicamento, pudimos llegar de una manera fortuita e intencional a establecer una espléndida corroboración terapéutica del tan proclamado e incesante progreso que la medicación intestinal anticéptica ha hecho de cuatro años a esta parte marcando una nueva era en la cura de las afecciones del tubo digestivo. Corroboración intencional i fortuita, pero no por eso menos justificada i sensata, sobre todo en medicina, ciencia de observación condenada por la naturaleza de su objeto a perseguir su ideal a traves de múltiples i difíciles tanteos, a traves de múltiples observaciones preliminares, mas o menos incompletas i con mas o menos éxito.

Por otra parte era el camino natural que debíamos seguir; se puede decir que la meta se divisaba de antemano mediante las numerosísimas adquisiciones de la antiseptica. La luz se venía haciendo desde tiempo atras. En efecto, distinguidos experimentadores enardecidos por el éxito del método antiséptico alcanzado en las operaciones practicadas en el abdomen llevaban a cabo una activa intervención sobre las afecciones estomacales i, la gastrotomía i el lavado esiomacal provocaban una verdadera revolucion en la cura de las afecciones de dicho órgano. La medicación asép-

tica del estómago por medio del tubo Tauché era en poco tiempo una de las mas bellas realidades de terapéutica contemporánea. Distinguidos esperimentadores también, suponiendo que el contenido intestinal pudiera jugar en cierto número de enfermedades un papel preponderante, sobre todo a propósito de la fiebre tifoidea, en cuyas deyecciones se suponía el agente contagioso, descubrieron los álcalis de la putrefacción e infinitos microorganismos principiando así i estableciendo sobre bases eminentemente científicas la antisepeia intestinal.

Fue con tales antecedentes i fue en tales circunstancias como llegamos a establecer como sistema curativo de la disentería la enteroclisia antiséptica, entonces mui en boga i proclamada a cuatro vientos por su inocencia i eficacia. I sea dicho de paso, nada, absolutamente nada sabíamos, i solo últimamente, que el profesor Cantani de Nápoles la hubiera iniciado en el tratamiento de la disentería para en seguida por analogía iniciarla en contra del flagelo del Ganjes. Nosotros obrando de la misma manera, viendo en la disentería un elemento contagioso en las deyecciones i sobre todo su asiento i naturaleza, llevamos a cabo la recíproca de lo que Cantani había hecho: aprovechamos los resultados del enteroclisismo en el cólera para aplicarlos al tratamiento de colitis ulcerosa.

Así pues, a priori, divisábamos los resultados que habíamos mas tarde de obtener. Efectivamente, tales previsiones no salian fallidas, ellas se verificaban en el enfermo en quien (como se verá en la adjunta i correspondiente relación) habíamos agotado los escasos recursos de que disponíamos i que, agobiado por la enfermedad, espulsando deyecciones sanguino-purulenta con cilindros membrano i en medio de un estado jeneral sumamente grave desesperábamos salvar. Sin trepidar resolvimos hacer el enteroclisismo con ácido tónico 10/1000, con el objeto de aprovechar sus propiedades astringentes i antisépticas; la cantidad empleada fue de 1,500 gramos. A las ocho horas lo repetimos llenos de esperanza. —Al día siguiente las deposiciones cambiaban en número i carácter pero de un modo verdaderamente notable. La afección siguió así una marcha incesante i rápida a la curación permitiéndonos asistir a los siete días con ayuda de una medicación estimulante i reparadora al restablecimiento completo de uno de los casos mas graves de disentería que hubiéramos visto en nuestra práctica médica.

El primer paso estaba dado i coronado como se vé por un éxito

que jamás alcanzamos a imajinar. Habíamos llegado también a carar de un modo directo la afección, de una manera tópica, local, sin necesidad de tener por intermedio como de ordinario la absorción intestinal. Enardecidos por el éxito nos preparamos para entrar de lleno i atrevidamente en el terreno de la experimentación ya que contabamos con una variedad de antisépticos i entre ellos la interesantísima serie de los fenoles que tantos prodijios han realizado en estos últimos tiempos. La cuestión era elejir de entre todos estos aquellos que mas garantias ofrecieran. Como se sabe las sustancias antisépticas que pueden introducirse directamente en el intestino son poco numerosas lo cual es debido a su acción tóxica e irritante. Conocidos son los peligros que puede acarrear el ácido fénico.

Por lo que toca al sublimado a pesar del mucho uso que hicimos de él en la enteroclisia para el cólera no nos atrevimos a usarlo en la disentería a causa de la incertidumbre de la mayor o menor absorción por una mucosa casi siempre considerablemente inflamada. Se pensó en el suifato de cobre, en el ácido bórico i otros cuerpos mas, resolviéndonos en difinitiva i mui acertadamente por el ácido salicílico. Tal es el objeto de la presente memoria. Es de todo inútil e inconducente que entre a estudiar este cuerpo bajo el punto de vista de su preparación, propiedades físicas i químicas i de su acción fisiológica i terapéutica.—Tomaré lo que con el caso de que se trata tiene relación.—¿Trataré de las modificaciones impresas a las lesiones anatómicas del intestino, i de las modificaciones llevadas al carácter i número de las deyecciones i al estado jeneral? Lo primero se sospecha a priori, se conoce el efecto producido por los antisépticos en las heridas de mal carácter, que no son otra cosa las ulceraciones intestinales con toda su zona inflamatoria. —Por lo tocante a lo segundo ellas serán constatadas en las relaciones diarias que acompañan a la presente memoria.

Como el ácido salicílico es poco soluble en el agua hai que evitar este pequeño inconveniente disolviéndolo primero en alcohol.

Es una sustancia que tiene bastante poder antiséptico i antipútrido. Ateniéndonos a las investigaciones de Miquel basta 1 gramo de ácido salicílico para detener las fermentaciones en 1,000 gramos de caldo previamente cultivado lo cual le ha merecido el primer lugar entre los que forma el tercer grupo llamado fuertemente aséptico. Dados estos preliminares podemos entrar desde

uego en materia i apresurar las conclusiones a que hai que llegar. Estas serán formuladas a medida que resolvamos las siguientes cuestiones que nos propusimos después de haber observado quince casos de disenteria.

Es irritante i tóxico el ácido salicílico al 5/1000 en enterocolitis 1,500 a 2,000 gramos? Es irritante pero es justamente lo que se necesita i lo que sucede con todas las sustancias destinadas a cambiar la naturaleza bastarda de una lesión por una inflamación franca i reparadora.

No es tóxico, pues que sabemos que este ácido se puede administrar por la vía estomacal a dosis de 4, 6, 8, 10 i mas gramos sin inconveniente, dosis que no es en manera alguna igual a la que proponemos con los 1,500 o 2,000 gramos de enterocolismo puesto que es mui difícil que se absorba mucha parte del ácido, destinada la demás a eliminarse inmediatamente.

El valor antiséptico es bastante elevado del ácido salicílico? Esto está ya resuelto.

El dolor que se produce con la penetración en el intestino de litro i medio o dos litros sería una contraindicación para su uso? No. El dolor es sumamente tolerable; algunos de los enfermos aun no han manifestado la menor impresión. En fin, esto depende de la suceptibilidad nerviosa de cada cual. Son mejores los resultados que dá el ácido salicílico que el ácido tánico ya empleado i demás medicaciones empleadas hasta el día? Lo creemo que sí. Ateniéndonos a los casos que hemos observado durante nuestros dos años de clínica, hemos notado una mejoría mas rápida, sobre todo no se tropieza con los inconvenientes a que da lugar la vía estomacal tal como intolerancia medicamentosa, acción tardía, e indirecta, a veces incompatibilidades con otros medicamentos que hai necesidad de administrar. Sobre todo i esta es una ventaja enorme: la disminución del tenesmo debida a la acción anestésica del ácido salicílico, tenesmo que es uno de los factores que mas agota al paciente. Esto solo basta para preferirlo a muchos agentes que hasta aquí se han propinado.

¿Hai peligro de rotura intestinal con la administración de 2,000 gramos de disolución por la vía rectal? Ateniéndonos a lo que siempre hemos observado i a los que los autores dicen, estamos dispuesto a considerar la rotura intestinal consecutiva a una disenteria casi como una curiosidad clínica i dado caso que tuviera lugar, la misma objeción se le podría hacer a cualquiera medica-

ción que se preconizara. Tengamos presente que el enteroclismo se hace de una manera sumamente lenta para determinar así una dilatación paulatina i progresiva sin exajerar por otra parte los movimientos peristálticos del intestino. Se podría objetar que de que servía usar 1,800 o 2,000 gramos, habiéndose obtenido buenos resultados con lavativas de 200 o 250 gramos, hechas también con sustancias asépticas; pero estas lavativas tienen el inconveniente muchas veces de no producir resultados a consecuencia de estar el proceso mórbido en una parte bastante elevada del intestino grueso, inconveniente que se evita con el enteroclismo que se por demás inocente como se ha visto i que en la incertidumbre de localizar las lesiones ya sea en el recto, Siliaca, cólon ascendente o transversal se salva con la administración de 1,500 o 2,000 gramos. En fin, i para concluir, ¿el ácido salicílico podría hacer el papel de base de una medicación antidisentérica i bastará él solo para obtener la curación? Me parece que ésta es la cuestión capital.

La primera cuestión queda resuelta con todo lo que hemos dicho. Por lo que toca a la segunda creemos que el médico llamado a intervenir en una disentería tiene tres puntos fijos a que atender: 1.º ver modo de impedir las fermentaciones i microorganismo que se forman en el tubo intestinal (sobre todo intestino grueso) lo cual se llena con los enteroclistos propuestos; 2.º ayudar la eliminación rápida i pronta de tales materias, lo cual se llena con los purgantes i hagamos notar aquí de paso que, tenía mucha razón la medicación tradicional de los antiguos cuando al atacar los humores atrabilianos, hoy microorganismo, empleaban los purgantes, hechos presentados i modelados en preciosas descripciones i que cada día toman mas vigor mediante a la experiencia i observación, porque si bien es cierto que el axioma de Bouley «toda enfermedad es función de un microbio» tiende cada día a verificarse mas i mas, no es menos cierto también que la sana tradición hipocrática ha quedado muchas veces en pie a pesar del trascurso de los siglos.

Por último, el tercer punto tiene por objeto levantar las fuerzas del enfermo i colocarlo en la mas estrictas reglas hijiénicas.

Inútil me parece insistir en el rejimen lácteo absoluto i en todas aquellas indicaciones que hai que llenar, tales como idiosincrasia, edad, sexo, estado anterior, herencia, forma de la afección etc, elementos todos que quedan al criterio de cada médico.

Pepe Varela, de 15 años, natural de Lindero, de constitución un

tanto raquíica fue atacado de disentería el 18 de febrero del presente año.

Antecedentes personales i hereditarios.—Había tenido dos años há dos veces disentería i, según dice, con los mismos caracteres del presente caso. Hijo de padres tuberculosos.

La vista de las deposiciones i los antecedentes dejaron el diagnóstico hecho.

El mismo día intuímos el tratamiento clásico de nuestros hospitales, esto es, un purgante oleoso i en seguida cálmel a dosis de 15 centígramos, esto último a falta de píldoras de Legond.

Al día siguiente las deposiciones continuaban haciéndose mas sanguinolentas i aumentaba su número. El enfermo en la noche había tenido mas de veinte deposiciones calculando que el total ascendería a unos 4 o 5 litros.

El 19 resolvimos dar las píldoras de Legond en número de 4 al día.

Día 20.—Los mismos caracteres, pero saliendo materias fecales en poca cantidad en medio de un líquido rosado. Sigue las píldoras de Legond. El enfermo está a dieta casi absoluta.

Día 21.—Los caracteres del día anterior se hacen mas manifiestos. El líquido mas sanguinolento trae en suspensión pequeños granos blancos. Se siente fetidez enorme. Aplicamos una lavativa con ipecacuana i damos una poción gomosa con laúdano i tintura ratania.

Día 22.—Estado jeneral, sumamente grave. Piel seca, sed mui viva. Pulso pequeño i depresible, evacuaciones incesantes. Las cámaras tienen un olor intolerable, constituidas por serosidad rojiza en medio de la cual nadan colgajos membranosos. Hai mucha pus. Sigue la misma poción i hacemos una lavativa fenicada al 1/100, agregando también una poción estimulante.

Día 23.—Nuestro pronóstico es fatal. Sin embargo, nos resolvimos a todo trance a hacer una enteroclisis con 15 gramos de ácido tánico en 1,800 de agua, agregamos una inyección hipodérmica de éter alcanforado i una poción estimulante con laúdano. Volvimos en el mismo día. Ha habido dos deposiciones, el tenesmo ha aumentado. Sustituimos una lavativa con dos centígramos de cocaína. Disminuye el tenesmo.

Día 24.—Ha habido en la noche anterior 6 deposiciones en pequeña cantidad. Disminuye el mal olor. Repetimos el enteroclismo i la administración de cocaína. Estado jeneral siempre mal.

Se la ha estado administrando durante toda la enfermedad, agua albuminosa.

Día 25.—No hai sangre en las deposiciones en cantidad considerable. Aparecen algunos coágulos. Sigue con su poción estimulante.

Día 26.—Sigue mejor. Enteroclistmo con la mitad del ácido tánico usado. Desaparecen los coágulos. Deposiciones serosas i algunos filetes sanguíneos. Toma el carácter de una desintería incipiente.

Día 27.—Aparecen materias fecales. Sigue poción estimulante i laúdano. Dos deposiciones en la mañana.

Día 28.—El enfermo ha dormido toda la noche. Deposiciones fecaloideas. Intituímos réjimen lácteo absoluto. A los pocos días lo vimos en pie.

### *Segundo caso*

Fidel Chacon, natural de Linderos, de 26 años de edad de robusta constitución, peón de oficio, trabaja en la humedad.

No tiene antecedentes personales ni hereditarios. El enfermo dice tener muchas deposiciones de color blanco i fuertes dolores abdominales. Semblante un tanto desencajado.

*Diagnóstico.*—Eliminamos el cólera. Creímos se tratara de una simple diarrea serosa consecutiva a una interrupción brusca de las funciones de la piel. Dimos un diaforético i dos papelillos con bismuto.

Día 2.—Las evacuaciones se tornan verdaderamente disintéricas, transparentes, amarillosas, con algunas estrías sanguinolentas. Ha habido en la noche 16 deposiciones.

Preparados para los intervalis hicimos una con dos litros de una disolución de ácido saliclico al 5 por 1000 precedidas de su respectivo purgante salino. Con el purgante ha aparecido deposiciones mas sanguinolentas. La enteroclistis se efectuaba al día siguiente. Disminuye el tenesmo notablemente i disminuye el número de deposiciones, pero siempre sanguinolentas. A las 5 horas repetimos el enteroclistmo. Al día siguiente no hai sangre en las deposiciones, uno que otro coágulo. Han vuelto a ser amarillas. Se deja poción estimulante. Ha estado tomando agua albuminosa.

A los dos días después el enfermo ha seguido mejor, sus deposiciones han sido francamente fecatoideas, pero disueltas. Senis-

tituye el rejimen lácteo. A los 4 días está bueno. Le aparecen edemas en los miembros inferiores. Agregamos los eupéuticos (colombo).

*Tercer caso*

Ernesto Rojas, de 18 años, natural del Buín, peón de oficio.

Hijo de padres reumáticos. Antecedentes sifilíticos. Se nos presenta acusándonos síntomas de diarrea i con muchos escalofríos. Lengua roja i seca. Temperatura 38°. Lo hacemos guardar cama i administramos un diaforético. Observamos deposiciones. Son de carácter disintérico; pero escasa. Al día siguiente se presentan las mismas deposiciones i la temperatura sube algunos décimos mas. Damos un gramo de ácido salicílico al interior en 4 partes i administramos un enteroclismo salicilado. Al día siguiente temperatura 37°2, pero las deposiciones aumentan en número i mal carácter. Se repite el enteroclismo. En la tarde del mismo día otro.

El enfermo marcha rápidamente a la curación desde el día siguiente.

*Cuarto caso*

Manuel Jesús Cárdenas, natural de Aculeo, de 28 años de edad, vaquero de oficio.

Antecedentes tuberculosos hereditarios. Antecedentes personales sifilíticos.

Hace hoi diez de marzo, ocho días a que está en cama. Estado jeneral muy grave. Pulso sumamente pequeño. El enfermo no duerme. Piel sumamente seca. Deposiciones en número de 20 mas al día. Tenesmo insoportable. Consideramos completamente contraindicada la medicación evacuante. Las deposiciones son sanguino-purulentas. Hai colgajos. Fetidez insoportable. Hígado aumentado de volumen, i lesión valvular del corazón.

Hacemos al día siguiente 19 un enteroclismo salicilado. Habíamos dejado poción estimulante. En la tarde del mismo día encontrábamos cámaras abundantes, pero sin la fetidez del día anterior; repetimos el enteroclismo, i siguiendo con sus estimulantes.

Día 20.—No disminuye el número de deposiciones. Son sero-purulentas. No hai mal olor. El enfermo está mas reanimado, mejoría que ha sentido desde que el tenesmo ha cesado o disminuído. Toma bastante agua albuminosa.

Día 22.—Disminuye el número de deposiciones, pero mas sero.

sas con coágulos i materias biliosas. Sigue con los estimulantes.

Día 26.—Deposiciones fecaloideas líquidas. Dejamos rejimen lácteo i entra en convalecencia.

Después vuelve con un absceso hepático. Se le mandó a Santiago.

#### *Quinto caso*

Manuel Canosa, de 17 años, peón, trabaja en la humedad, de buena constitución. Se nos presenta con salas disenteriformes. No tiene antecedentes hereditarios ni personales. Tiene 8 o 10 deposiciones diarias. En ellas hai presencia de sangre.

Instituímos la medicación purgante i agua albuminosa aparte.

Por asuntos del servicio de coléricos dejamos de verlo por tres días.

Las deposiciones habían disminuído conservando uno que otra coágulo; eran fecaloideas. Se puede decir que hicimos enterocolisis de puro lujo. A los dos días siguientes entraba en convalecencia.

#### *Sesto caso*

Romero Astorga, de 56 años, zapatero. Se nos presentó con salas francamente disentérica. Administramos un oleoso. Al día siguiente un entervelismo. Se presentó en la tarde con deposiciones sanguinolentas, pero mui rojizas hasta tal punto de creer que se trataba de una hemorragia. Repetimos el entervelismo i levantamos las fuerzas del enfermo.

Al día siguiente encontramos menos tenesmo i menos deposiciones i completamente rosadas, pálidas i teñidas en parte por la bilis. Sin embargo, notamos mal el estado jeneral. El vientre sumamente hinchado i escalofríos. Después de un detenido examen resolvimos que se trataba de una retención de orina. El individuo era prostático lo cual constatamos. Introducimos una sonda de Nelaton i estrajimos la tercera parte de la orina. Después otra tercera parte i así sucesivamente. Había catarro vesical. Hicimos lavado con ácido bórico. Al día siguiente deposiciones fecaloideas teñidas con sangre. Mui líquidas las cámaras. Hicimos otro enterocolismo. No lo vimos mas. Después lo encontramos completamente restablecido.

#### *Sétimo caso*

N. N., de 36 años, de profesión injeuiero. Buena constitución.

Se trata de una disenteria crónica de 6 meses. No hai tenesmo. Buen apetito. Sin embargo, el individuo cada día se debilita mas. Se hace el tratamiento típico instituyendo un enteroclismo cada tres días. Regimen lácteo i carne cruda. Se hicieron 8 enteroclistmos. El 20 de abril se hacía el último. Hasta hoi va bien. Estado jeneral sorprendente. Los 4 últimos enteroclistmos los hice al 2 por 1000.

*Octavo caso*

N. N., 42 años, casada, sin antecedentes hereditarios ni personales.

⊞ Tiene cámaras dicenteriformes poco caracterizadas. Tiene pleurodinia i fluxión en una rodilla. Parece una verdadera artritis aguda. No se instituyó el purgante. Doi ácido salicílico al interior a dosis de 0,50.

Al día siguiente hago enteroclismo salicilado. Desde entonces no ha habido necesidad de administrarlo mas. Sigue tomándolo interiormente. Hoi está bien.

