

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

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

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

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

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

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

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

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

### § V.—Lesiones anatómicas.

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

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

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

brana peritoneal; otras veces se ve una multitud de ulceritas ó mas bien de pequeños orificios ulcerados en la membrana mucosa, debajo de la que se ve que se ha supurado el tejido celular. Finalmente, en otros casos existen *escaras gangrenosas* desprendidas en ciertos puntos y adheridas en otros, y algunas veces han llegado estas lesiones hasta tal punto, que parece completamente destruida la superficie interna del intestino grueso.

¿Existen siempre estas úlceras en la disentería no febril ó esporádica, ó disentería benigna de los autores? Esto no parece probable en vista de la suma rapidez con que se cura, y es una nueva objecion para admitir la úlcera como el carácter esencial de la disentería.

Rara vez se ha visto que estas úlceras destruyan todo el espesor del intestino, y den lugar á una perforacion. Sin embargo, se han citado algunos ejemplos de ella, y entonces ha sobrevenido una *peritonitis sobreaguda* que ha arrebatado con rapidez á los enfermos.

Otra lesion cuyo conocimiento es muy interesante, es la existencia de una *produccion pseudo-membranosa* que llega á cubrir las úlceras y que puede tomarse por la misma membrana mucosa. Esta produccion que es muy frecuente, explica la existencia de los pedazos pseudo-membranosos en las deyecciones, pero ya veremos mas adelante á qué los han atribuido Masselot y Follet.

En seguida vienen las *abolladuras* formadas por el engrosamiento de las túnicas y la contraccion de las fibras musculares, abolladuras de que hablan todos los autores; despues la hinchazon notable de los folículos, luego los diversos grados de coloracion que corresponden á la inflamacion en sus diversas épocas, desde el rojo vivo hasta el azul de pizarra. Pero por lo comun se encuentra el rojo oscuro, y de ello han inferido Masselot y Follet que no eran debidas las lesiones á una verdadera inflamacion. Pero esta deduccion no parecerá muy legítima, si se recuerda que en las inflamaciones mas francas, esta coloracion es la que mas frecuentemente se encuentra despues de la muerte.

Finalmente se ha hallado en el interior del intestino *moco sanguinolento* en mayor ó menor abundancia; algunas veces se ha visto salir sangre pura de las partes ulceradas; en ciertos casos un detritus pardusco ó verdoso, y evidentemente *gangrenoso*, y otras veces materias purulentas. Tales son las lesiones que se han observado en el órgano principalmente afectado.

Veamos ahora cómo Masselot y Follet explican su formacion. En su concepto, existiendo la lesion primeramente sobre la epidermis intestinal, cuya existencia ha indicado Flourens, produce principalmente esta alteracion que se ha designado con el nombre de *falsas membranas*. Despues sobreviene el reblandecimiento de los tejidos mucoso y submucoso, de donde resultan las úlceras mas ó menos extensas de que hemos hablado. En fin, progresando el reblandecimiento, puede llegar hasta producir una verdadera perforacion. Esta

exposicion sucinta de las opiniones de Masselot y Follet, que por lo demás estan fundadas en una diseccion hábil y hecha con cuidado, pero prueba, como decíamos anteriormente, mas en favor de la naturaleza inflamatoria de la afeccion, que en el de cualquiera otra opinion?

Los autores que acabo de citar creen que solo por error se ha admitido que pueda desprenderse la membrana mucosa, y opinan que se ha tomado por la mucosa una simple falsa membrana; pero Cambay (1), ha podido reconocer muchas veces en sugetos afectados de disentería, la separacion de una porcion de la mucosa que se desprendia como una falsa membrana. La diseccion que hizo Cambay ha sido tan minuciosa, y muchas veces practicada en presencia de médicos tan instruidos, que no se puede tener la menor duda tocante á este punto.

Las alteraciones que se hallan en los demás órganos no son de grande importancia. Algunas lesiones inflamatorias en el estómago y en el intestino delgado, el reblandecimiento del hígado, de los riñones, del bazo, y las equimosis indicadas principalmente por Masselot y Follet, y que se hallaban en la mayor parte de los órganos, la retraccion de la vejiga, la distension de la vesícula biliar por una bilis negra, pegajosa y grumosa, tales son las lesiones que merecen mencionarse, y las que sin duda parecerá son mas bien el efecto que la causa real de la enfermedad. Sin embargo, fundándose Masselot y Follet en estas diversas lesiones y en la análisis de la sangre de los disentéricos, la cual ha demostrado que habia por una parte una disminucion notable de la fibrina y de los glóbulos, y por la otra gran aumento de la parte serosa, han querido hacer de esta afeccion una enfermedad primitivamente general que consistia principalmente en una alteracion de la sangre; pero estos experimentos son evidentemente insuficientes. En efecto, hubiera sido preciso investigar si la sangre estaba ya alterada cuando aparecieron los primeros síntomas, y por otra parte en el mayor número de casos, parece la disentería en su principio tan limitada al intestino y tan localizada, que apenas se puede concebir que haya una alteracion de la sangre. No cabe duda que hay en las epidemias alguna cosa que se nos oculta, una causa desconocida; pero de ningun modo está demostrado que esta causa se encuentre en una alteracion primitiva de los líquidos.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La disentería es una afeccion que es generalmente muy fácil de diagnosticar. Entre las enfermedades que se pudieran confundir con ella, se ha citado primero las *hemorroides internas*. Es sabido que

(1) Cambay, *loc. cit.*

en esta enfermedad hay pujos, deyecciones sanguinolentas, y que cierto grado de inflamacion de la parte inferior del recto, puede hacer estos síntomas bastante intensos; pero en los casos dudosos, el tacto rectal desvanecería todas las dudas; por lo tanto, no debemos detenernos mas en este diagnóstico.

Ya hemos visto la dificultad que habia en distinguir al principio la disentería no febril de la simple *enteritis*. Mas adelante la presencia de las mucosidades sanguinolentas, los dolores en el trayecto del colon, y el tenesmo, bastan para hacer desaparecer la incertidumbre.

El *cólera morbo* se diferencia de tal manera de la disentería, que no es necesario establecer un diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades.

En cuanto á los diversos *cólicos* que van acompañados de diarrea, como el *cólico de cobre* y el *cólico saturnino*, ya se tratará de ellos en los capítulos dedicados á los envenenamientos, por lo cual dejo la exposicion de su diagnóstico para cuando haga su descripción.

*Pronóstico*.—Ya hemos visto que la disentería es una enfermedad excesivamente grave en las epidemias; la debilidad y la lentitud en el pulso, el abatimiento de las fuerzas y las deyecciones ó un tenesmo continuo, anuncian una muerte próxima.

### § VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la disentería es casi tan rico y tan variado como el del *cólera morbo* epidémico; pero nos debemos limitar á revisar las medicaciones mas generalmente usadas.

*Emisiones sanguíneas*.—En estos últimos años en que se trataba de atacar vigorosamente la inflamacion, se han alabado casi exclusivamente las sangrias generales y locales; pero largo tiempo antes, muchos autores habian considerado á este medio como muy eficaz; pudiéndose citar particularmente á Stoll, Sydenham, Lind y P. Frank, quienes recomiendan que en toda disentería violenta se empiece el tratamiento por abrir la vena. Hullin en una epidemia que observó en Mortagne (1) ha obrado segun este método.

No han sido menos elogiadas las *sanguijuelas* aplicadas al abdomen, al ano, y aun quizás han sido mas alabadas que las sangrias. Cuando se cree conveniente usarlas se deben poner, segun Thomas, en gran número, veinte, treinta y mas en varias veces. Es muy difícil decir cuál es el verdadero valor de este medio terapéutico, y sin embargo, la mayor parte de los médicos de los siglos pasados no han vacilado en alabarle con exceso ó en prescribirle completamente. Por nuestra parte debemos manifestar que casi ningun médico se ha

(1) Hullin, *De la dysenterie épidémique de Mortagne* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 2850, t. XV, p. 923).

limitado á su uso, y no le ha atribuido enteramente la curacion de los enfermos.

Cornuel, Dutroulau, Delieux de Savignac, han combatido esta terapéutica, admitiendo únicamente algunas emisiones sanguíneas locales.

*Emolientes*.—Se aplicarán al vientre cataplasmas emolientes las cuales se podrán hacer calmantes rociándolas con 20 ó 30 gotas de láudano ó bien fomentos emolientes, embrocaciones con aceite laudanizado alcanforado, aceite de trementina: se recomiendan tambien baños generales ó medios baños con el cocimiento de altea, salvado, hojas de mora y de belladona 60 gr. Segond y Delieux obtuvieron buenos resultados del baño de asiento muy caliente adicionado con un litro de buen vinagre.

*Narcóticos*.—Todavía se han empleado mas los narcóticos que las emisiones sanguíneas. El *ópío*, particularmente, ha sido usado desde los tiempos mas remotos. Efectivamente, se observa que Alejandro de Tralles se declara contra el uso intempestivo que se hacia de él ya en su tiempo (1). Entre los autores que mas le han elogiado, es menester citar á Ramazzini, quien le atribuye la curacion de un gran número de enfermos en la *epidemia de Módena*, en 1693.

No hay autor que no haya igualmente recomendado este medicamento; pero casi todos lo han hecho con ciertas restricciones. Ya hemos visto que Alejandro de Tralles atribuía al ópio efectos perniciosos, cuando era administrado sin discernimiento. Hoffmann, Zimmermann y otros muchos han emitido la misma opinion. Por el contrario, Sydenham, Vogler y Schmidtman. consideran á este medicamento como eminentemente útil en todos los casos. En cuanto á José Frank, cree que basta él solo para triunfar de la enfermedad en la disentería leve; pero que en la grave es necesario asociarle con otras sustancias.

En los casos en que se han atribuido perniciosos efectos al ópio, debian mas bien referirse los accidentes á una gravedad excesiva de la enfermedad, contra la cual hubieran sido igualmente inútiles las demás medicaciones.

El ópio debe administrarse especialmente como adyuvante y calmante: «facilita, dice Delieux (2), la tolerancia y accion terapéutica de medicamentos empleados, ya para producir la axtringencia, ya para determinar evacuaciones.» Como medicacion exclusiva el ópio será nocivo y es una sustancia que con mucha moderacion emplean los médicos mas distinguidos de Marina, entre los cuales citaremos á Dutroulau (3), Delieux de Savignac, etc. Frecuentemente se aplica con ventaja al exterior rociando las cataplasmas con láudano, etc.

(1) Alexandre de Tralles, *De arte medica*, t. VII: *De artis medica princip.*, édit. A. Haller.

(2) Delieux de Savignac, *ouvr. cité*, p. 376.

(3) Dutroulau. *Mal. des Européens dans les pays chauds*. 1861, p. 454.