

## CLINICA MEDICA

### LA DISENTERIA TROPICAL EN ESPAÑA

Conferencia pronunciada en el Instituto Rubio, de Madrid, por el Dr. Fidel Fernández Martínez. Profesor de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Facultad de Medicina de Madrid y de Granada, etc.

(Colaboración directa) (1)

Correspondiendo a una invitación del ilustre director Rubio de ese Instituto, el autor ocupase de un novísimo asunto que a todos interesa, que siempre está de actualidad y sobre el tapete y al que acaso no se ha concedido todavía la atención que se merece, ni se ha dado el puesto a que tiene derecho en la cotización de los valores científicos en curso.

Han de ser, antes que nada, mis primeras palabras, de saludo respetuoso a este Instituto, ya que es la primera vez que oficialmen-

(1) La presente colaboración pertenece a un ya ilustre médico español, que honrado por el Director del Instituto Rubio de Madrid, ha abordado en ella un tema de interés, de actualidad, al cual (como se expresó en el preámbulo de su conferencia) no se le había concedido todavía en España la atención que merece, ni se le ha dado el puesto a que tiene derecho en la cotización de los valores científicos en curso.

Forma el Dr. Fernández Martínez entre los que se dedican al estudio de las enfermedades tropicales, y de sus modalidades adaptativas en los climas templados. Es de la falange de "propulsores" cuya acción y cuyas producciones científicas empiezan a difundirse por el mundo, atrayendo sobre España y sus escuelas médicas y filosóficas, las miradas interesadas de todos los estudiosos. —(N. de la D).

te me encuentro en él, y de gratitud inmensa a su Junta Directiva, y muy en especial al señor director y al señor Diestro, amables amigos que, al invitarme a ocupar esta tribuna venerable, consagrada por el verbo y por la ciencia de tanto ilustre sabio, colmaron mis aspiraciones y llenaron la medida del honor que a un modesto médico provinciano puede ser por los maestros concedido.

Y dicho esto, que yo he trasladado a mis palabras desde lo más íntimo de mis sentimientos, y hecha la salvedad, acaso innecesaria puesto que muchos de vosotros me conocéis de antiguo y me oísteis en otras ocasiones, de que ni soy orador, ni poseo el sublime arte del bien decir, ni me adornan aquellas bellas cualidades que deben ser bagaje obligado de cualquier conferenciante, dejo el prólogo, y paso a hablaros del motivo que informa el tema de esta conversación.

Todos sabéis,—y detallarlo aquí no tendría objeto—el proceso que me llevó a colaborar en la obra del maestro Pittaluga, a quien saludo respetuosamente al verle sentado entre vosotros, obra conducente a revisar los campos un tanto inexplorados de la Patología hispana, y a averiguar si en ellos existían algunos procesos tenidos por exóticos y que bien podrían poseer carta de naturaleza en el país a juzgar por las deducciones que apriorísticamente podían ser hechas.

Y sabéis también cómo el éxito acompañó a mis pesquisas y me condujo a descubrir en seguida el Kala-azar infantil, que, confundido con una porción de enfermedades parecidas, existía con abundancia en el Mediodía de España; y a encontrar un típico caso de beri-beri, también desapercibido hasta entonces en el país, y a estudiar casos numerosos de una dermatopatía—el botón de Oriente—que igualmente es muy frecuente en los territorios andaluces.

Estudiando la protozoología indígena de aquellas comarcas y cuando la especialidad de Aparato digestivo, que allá cultivo, me ponía en contacto frecuente con enfermos de esta índole, fué llamada poderosamente mi atención por la frecuencia con que a la consulta acudían diarreicos que presentaban un cuadro poco armonizable con los descriptos en los libros corrientes, rebeldes a trata-

mientos que debían ser muy eficaces y susceptibles de excitar la curiosidad de cualquier médico un poco observador.

Solían presentar estos enfermos una diarrea abundante y sanguinolenta con heces mucosas y lientéricas, con dolor y con tenesmo, con pujo y con retortijones de vientre, no acompañada de fiebre ni de vómitos; rebeldes al régimen alimenticio, al bismuto, al aluminio, al plomo, a los astringentes, a los hemostáticos, y que solo mejoraba parcialmente con altas dosis de opio, que de modo transitorio y a beneficio de la cantidad en que se administraban, producían acción.

Eran otras veces sujetos que periódicamente sufrían diarreas no muy intensas, que duraban varios días; no se acompañaban de dolor ni de hemorragia y desaparecían espontáneamente de modo tan misterioso como cuando aparecieron.

Se trataba en ocasiones de un verdadero cólera que bruscamente atacaba a un enfermo y le hacía hacer 20, 25 y 30 deposiciones en las 24 horas, líquidas y serosas primero; mucosas luego; mucosanguinolentas más tarde y francamente hemorrágicas después, con fiebres, con algidez, con escalofríos, con calambres, con facies hipocrática, con estado general muy grave.

Otras, en fin, eran ligerísimos trastornos determinados por algún calambre intestinal, por algún grumo de sangre o de moco en un escremento excesivamente blando.

Con frecuencia veíamos también enfermos con hígado grande, congestionado, dolorido, con tinte terroso de la piel, con fiebre de supuración, hasta con edema de la pared del semitorax o semiabdomen derechos y con los signos, en suma, de un absceso hepático, en cuya historia siempre podía encontrarse una alteración intestinal, no muy anterior al comienzo de los trastornos actuales. Y en el pus de esos flemones no se encontraban gérmenes piógenos y la curación era interminable y el proceso se hacía eterno.

En uno de esos operados, cuya intervención, hábilmente hecha por nuestro querido maestro D. Víctor Escribano, antiguo aventajadísimo discípulo de esta escuela madrileña, evolucionaba

con desesperante lentitud, ensayamos, empíricamente el clorhidrato de emetina en inyección hipodérmica, de cuyas propiedades teníamos, aparte la noticia suministrada por libros y revistas, la alcanzada en las Clínicas de París, donde con frecuencia veíamos inyectarla por los doctores Vidal y Blanchard a disentéricos procedentes del imperio colonial francés.

El resultado que en nuestro ensayo obtuvimos, fué sencillamente estupendo, y aquel enfermo, que caminaba hacia la degeneración amiloidea, mejoró con dos o tres inyecciones y cicatrizaba con una rapidez que nunca pudo soñarse, dado lo eterno del proceso y la cronicidad de su supuración.

Acuciados por las deducciones que de este hecho hicimos, dimos pábulo a nuestras antiguas sospechas y proseguimos con más ardor que nunca la labor inquisitiva que veníamos desarrollando. Buen número de médicos a quienes consultamos, nos daban cuenta de casos recogidos en las demarcaciones alpujarreñas, que coincidían en un todo con lo que nosotros veníamos sospechando y mil indicios que por doquier recogíamos, confirmaban más la verosimilitud de nuestro modo de pensar.

Faltaba, empero, la prueba definitiva, que solo el microscópio podía dar, y esa prueba nos fué en breve suministrada por un enfermo de Albondón (Granada), que acudió a nuestra clínica de la Facultad de Medicina el día 7 de Junio de 1915, fecha que jamás olvidamos por marcar el punto de partida del descubrimiento de la disenteria tropical en España.

Sin ningún antecedente de herencia morbosa ni de padecimiento anterior; sin haber prodigado los sacrificios a Venus ni abusado de Ceres y de Baco, fué atacado, súbitamente el día 15 de Mayo, por una diarrea abundante que, con ligero tenesmo, dolores abdominales y sensación de embarazo gástrico, le obligó a abandonar su residencia actual y a buscar en la cercana villa el remedio a su dolencia.

Todo el arte terapéutico de los parientes femeninos del enfermo fué agotado. Las evacuaciones ventrales, verdosas o amarillen-

tas, la lengua saburral y los signos generales no cedieron tampoco al tratamiento prescrito, por el facultativo que lo asistiera; antes al contrario, agraváronse los últimos, presentáronse pujos y tenesmo, apareció sangre en las deposiciones, que se repitían diez o doce veces en cada veinticuatro horas, y se acentuó el enflaquecimiento, que adquirió proporciones alarmantes.

Bien pronto comenzó a expulsar con las heces madejas de mucosidades; secóse la piel que tomó aspecto apergaminado, sobrevino la caquexia, con todo su cortejo, y desaparecieron las fuerzas en tal grado, que la familia, agotados ya los recursos pecuniarios que le habían proporcionado habitación y alimento durante la primera etapa de su dolencia, tuvo que recurrir a la caridad oficial y lo envió *sponte suo* a nuestra clínica.

Reducido a un esqueleto viviente, sin conservar ni señales del exuberante pániculo adiposo que en otros tiempos almohadillara y diera morbidez a sus formas un tanto femeninas, yace, más que descansa, en la cama que encuadra su desmedrado y consumido organismo.

Los ojos hundidos y faltos de expresión, los pómulos salientes, las comisuras muy acentuadas, determinan una facies cadavérica que llama la atención de cuantos le observan.

El aspecto es de extremada debilidad y caquexia. Los miembros reducidos, casi, al grosor de sus piezas esqueléticas, indican el considerable déficit con que salda su presupuesto orgánico; el vientre hundido y doloroso a la presión, sobre todo en las regiones del colon; la piel seca, ictiósica, apergaminada, y el estado general de depresión física, de *tedium vitae* y adinamia acentuada, producen una insensibilidad e indiferencia que solo se turban cuando las imperiosas llamadas del tenesmo rectal le obligan a expulsar las masas mucosas y sanguinolentas que muchas veces al día arroja por el recto.

El apetito está medianamente conservado, pero el enfermo se resiste a tomar alimentos porque la digestión es pesada y va seguida de fuertes dolores cólicos, con acentuación del tenesmo. No

hay vómitos. La orina es escasa y la temperatura ligeramente subnormal.

Las heces, hientéricas, completamente líquidas o semejantes a un puré amarillo, van acompañadas de sangre en cantidad apreciable y de membranas y filamentos de moco blanquecino o ligeramente teñido.

Recogidas inmediatamente después de su evacuación y examinadas al microscopio con el aumento conveniente, pudimos apreciar la existencia de abundantes formas típicas, muy movibles, del *Amaeba Dysenteriae* o *Entamaeba Histolytica* Sch., con un diámetro de treinta a cincuenta micras, un ectoplasma hialino, un endoplasma granuloso, vacuolar, cargado de materiales bactericos de detritus y de restos de hematies en grados diversos de desintegración y una forma esencialmente variable por la continua emisión de pseudópodos dotados de movimientos de expansión y de retracción bastante rápidos.

Preparaciones teñidas por el Giemsa, confirmaron la observación anterior y permitieron descubrir núcleos excéntricos, pequeños, pobres en cromatina y dotados de un cariosoma central.

En el recto de un pequeño gato de dos meses, fueron introducidos tres centímetros cúbicos de heces calientes, procurando aprovechar, sobre todo, las partículas glerosas que pululaban en el líquido diarréico. A los pocos días se inició una disenteria típica, con amebas análogas a las anteriores, y muy pronto el animal sucumbió y en su intestino pudimos apreciar las lesiones características de la amebiosis padecida.

El diagnóstico de disenteria tropical quedaba hecho, y aquel enfermo primero de nuestra estadística, era el punto de partida de una serie de trabajos que nos han llevado a conocer bien a fondo la enfermedad que nos ocupa, y a estudiar una cantidad de casos que no solo dan buena fe de frecuencia de la amebiosis en Andalucía, sino que nos enseñan curiosísimas particularidades de sus manifestaciones.

La historia que acabamos de reseñar, pudiera ser tipo de la for-

ma grave de la enfermedad; de aquella en que la sintomatología es visible, ruidosa, alarmante; pero no resume todos los casos que se pueden presentar, ni es, con mucho, la más frecuente de las que por acá observamos. Corresponde, en efecto, a una gran acometividad en el protozoo responsable, o a una grave insuficiencia de los recursos que defienden al organismo del atacado; pero no siempre ocurre esto, ni en la mayoría de los casos se presenta la enfermedad con tan marcada claridad sintomática, que permita diagnosticarla a simple vista.

Nosotros hemos observado infinidad de casos, ya que, repetimos, la disenteria tropical es muy frecuente en Granada y de ellos podríamos hacer una concatenación que iría desde esos graves y catastróficos aspectos clínicos que rápidamente conducen a la caquexia y a la muerte, hasta aquellos en que solo un accidente fortuito o una exagerada y cuidadosa investigación de toda clase de datos para el diagnóstico, conduce a encontrar una ameba que ningún signo clínico hacía presumir.

Trátase, a veces, como en uno de nuestros observados, de una diarrea teñida de sangre, con seis a ocho deposiciones por día, corta, sin tenesmo, sin dolor, sin pujo, sin lientería, sin trastornos generales, sin fiebre, con desnutrición y con anemia. O bien es un sujeto que todos los veinte o treinta días tiene, durante seis u ocho, un estado diarreico, con o sin pujo, pasado el cual reaparece la normalidad de las evacuaciones, o se presenta un estado de astricción que ni obedece a motivo conocido ni se interrumpe por causas apreciables.

A veces la enfermedad comienza con dolores de vientre, pujos, diarrea sanguinolenta o franca hemorragia intestinal, fiebre, escalofríos y sudores, desapareciendo luego el dolor y la hemorragia, para quedar una diarrea serosa, como agua, con moco y restos alimenticios. O bien, ocurre como en el más curioso de nuestros historizados, oficial de infantería que atrapó una disenteria tropical en Tetuan, donde fué desastrosamente tratada con bismuto y con tannino, pasó el período de agudeza, de diarrea, de pujos, de dolor, de

hemorragia, y todo se reduce actualmente a que todas las madrugadas, a las cuatro o las cinco (de la mañana, se produce una necesidad imperiosa e inaplazable de ir al retrete, donde se evacua una materia semilíquida, sin sangre y sin moco, que da lugar a dos o tres deposiciones en dos o tres horas, tras las cuales transcurren todas las que pasan hasta la madrugada siguiente sin la menor molestia y sin el más insignificante trastorno abdominal o de otro sitio.

Es decir, que se dan en nuestro país las formas más diversas de las disenterias tropicales, desde las diarreas más sencillas, confundibles con un simple trastorno intestinal, hasta las manifestaciones gravísimas de las formas ecuatoriales, deduciéndose de aquí la necesidad de buscar la existencia de las amebas en todos los (diarréicos, no fiándose nunca de la sintomatología clínica ni de la benignidad y sencillez del proceso patológico.

En un principio, alucinados con las descripciones de los tratados de Patología tropical, buscamos cuadros espeluznantes, diarreas caquectizantes, síndromes casi cataclísmicos, y solo en ellos creíamos podría haber amebas responsables. En la actualidad, las heces de todo enfermo que presente la más tenue (diarrea o el menor abultamiento del hígado, son sometidas a las pruebas microscópica y experimental y gracias a ello hemos calificado y hemos curado estados que hubieran pasado forzosamente desapercibidos de haber pensado únicamente en las clásicas formas tropicales de las disenterias amebianas.

Hay que destruir el dogma de que un (disentérico para ser calificado de amebiano ha de proceder de un clima cálido. Es preciso llevar esta noción al conocimiento de los médicos, aunque para ello precise saltar por encima de un principio unánimemente admitido hasta el día. Cuando tal objeto se consiga, cuando se sepa que el diagnóstico (de la enfermedad puede hacerse por procedimientos sencillísimos y totalmente inofensivos, se habrá dado un gran paso en la medicina patria y se habrá salvado la existencia a innumera-

bles enfermos que hoy mueren por falta de diagnóstico preciso y de tratamiento apropiado.

La mayor parte de nuestros enfermos son obreros que nunca han abandonado el terreno en que nacieron, o que por lo menos de mucho tiempo a esta parte no se han ausentado de su país natal, ni mantenido relaciones directas con gentes que proceden de países disentéricos; extremo este que siempre investigamos con especial cuidado.

Nosotros hemos encontrado disentéricos en diversos puntos de Andalucía oriental, y singularmente en los valles de las Alpujarras, en las vegas que circundan a la ciudad de Granada, y en los propios barrios pobres de la capital, sin que le encontremos relación con la distribución de las aguas ni con el clima, aunque sí parece mucho más frecuente en las clases desheredadas.

Las continuas relaciones de nuestros labriegos con los del Africa francesa y los periódicos viajes a Orán, donde aquellos son requeridos anualmente para practicar las faenas propias del cultivo de la vid, y la analogía de clima, género de vida, alimentación y hasta costumbres entre los países del Norte africano y los de las costas granadinas, separados solo por unas cuantas leguas de mar latino, permiten explicar el origen de la disenteria andaluza.

Transportada la ameba a la península en fecha que debe ser muy remota, asentó en ella, y tomó carta de naturaleza en el país, quedando, desde entonces, como uno de sus huéspedes endémicos.

El foco andaluz, no debe ser único y es seguro que investigándola con cuidado se ha de hallar la disenteria tropical fuera de los límites convencionales de la región de Granada, Málaga y Almería. Las provincias de Andalucía occidental, Sevilla, Cádiz, Huelva, la costa de Levante, la Catalana, Portugal y quien sabe si la meseta castellana y hasta las costas del Cantábrico poseerán entre su fauna microscópica habitual la ameba disenteria de Schaudinn. La labor de buscarla y encontrarla, es sin duda, una de las más interesantes a que pueden ser dedicadas las actividades de los médicos estudiosos.

Nosotros no nos fiamos casi nunca de los datos clínicos, como elementos de juicio para el diagnóstico. Por regla general lo sospechamos cuando el enfermo presenta un cuadro sintomático completo. Deyecciones al principio mucosas, blanquecinas, traslúcidas, difiluentes, coposas o granuladas, con membranas arrolladas como raspaduras de tripa; con partículas que parecen granos de arroz reventados. Después, o a veces al mismo tiempo, aparece sangre, ya en estrias, ya en placas, ya mezclada con el resto de la deposición, que aparece uniformemente mucosanguinolenta, adquiriendo el tipo de jugo de albaricoque, de jugo de fresa o de esputo neumónico; más tarde sero-sanguinolentas, sin moco, como el agua de lavar carne; luego hemorragias de sangre pura, con o sin coágulos, y por último, gangrenosas, oscuras y con trozos de mucosa esfacelada.

Dolores abdominales intermitentes o continuos, espontáneos o consecutivos a la palpación, localizados al hipocóndrio y fosas iliacas, con su máximo a nivel de la lesión, siguiendo a veces el trayecto del colon transversal.

Tenesmo, constituido por sensación de pesadez, de escozor, de constricción de la región anal, con deseo incesante, imperioso y a menudo infructuoso de defecar.

Sensación de fatiga general, lengua sucia, ligero movimiento febril, piel seca y tinte terroso característico.

Pero la mayor parte de los casos no ofrecen ese cuadro típico y completo, y se impone recurrir a los métodos auxiliares, alguno de los cuales es tan sencillo y está tan al alcance de los prácticos, que todo médico, en todo momento, puede recurrir a él.

*Examen de las heces en fresco.*—De la parte glerosa de una deposición, recogida en vasija templada y evitando cuidadosamente que se enfríe, o de la úlcera rectal, previa la aplicación del rectoscopia, como hemos visto hacer a Friedel en París, se toma una pequeña porción que se diluye en suero fisiológico a 37°, o mejor en el líquido de Grassi recién preparado y se colocan sobre un porta en platina caliente, a menos que el examen se haga en verano y en clima cálido.

Al practicar esta investigación fecal, nosotros preferimos seguir el proceder de Vincent que facilita mucho la percepción del parásito. Colocada sobre el porta la partícula a examinar y el suero en que se la diluye, depositaremos encima el cubre-objetos cuidando de no ejercer ninguna presión, y luego, junto al borde de este, en el líquido que de entre ambos rezuma, dejamos caer una gota de solución filtrada de azul de metileno a 1 por 100. El color se difunde en seguida tiñendo uniformemente el líquido, sobre el que destacan claramente las amebas, que no se dejan impregnar por la materia coloranté.

Puede buscarse un efecto inverso añadiendo a la preparación unas gotas de neutralroth en solución acuosa diluida, para que queden teñidos los parásitos.

En períodos de pseudocuración, pueden no verse amebas, siendo necesario entonces buscar en las deposiciones las formas quísticas del parásito. Para ello se comprime fuertemente entre porta y cubre una partícula de excremento, con el fin de obtener un frote finísimo.

Las heces, en fin, pueden ser enviadas a distancia y conservadas sin que se alteren los parásitos contenidos, merced a su mezcla, a partes iguales, con cinco gramos de formol comercial al 40 %, en cien gramos de suero fisiológico.

*Examen de preparaciones secas*—En una de las preparaciones anteriores, puede hacerse penetrar, por capilaridad, una gota de solución de ácido crómico al 1 por 100. Con ello quedan fijadas las amebas, que se colorean después haciendo pasar una gota de carmin aluminico.

Bentarelli recomienda desecar sobre una lámina la gota del líquido que contiene los parásitos. Se hace actuar después, durante cinco minutos, alcohol absoluto ligeramente teñido por la eosina; se lava con una mezcla de alcohol y xilol, luego con xilol y después se monta en bálsamo.

Puede también fijar durante diez minutos en el líquido de

Flemming; lavar en agua y en alcohol, y colorear después por la safranina o el violeta de genciana.

Pero es preferible utilizar el método de Lagane.

Los frotos de materia fecal se fijan con el ácido ósmico o con el líquido de Schaudinn; luego se pasan al alcohol iodurado; después se colorean con tionina, azul de toluidina, o hematoxilina de Heidenheim o de Grenacher. En seguida se diferencian con el ácido acético o el oxálico diluido; después se lavan en alcohol de 70° y últimamente se montan en bálsamo, cuidando de que en ningún momento se seque el frote objeto de estas manifestaciones.

Los métodos de Giemsa, Laveran, Mariano y Romanowski pueden dar igualmente, muy bellas preparaciones.

La tinción de los quistes se obtiene con la hematoxilina férrica de Heidenheim y la eosina, previa la fijación por el Schaudinn.

El cultivo, de dificultades técnicas enormes, no pasa de ser una delicada operación de laboratorio, inaplicable a las necesidades de la clínica y de la práctica profesional.

Todos los procedimientos anteriores necesitan el empleo de material adecuado, no siempre disponible. Pero hay uno sencillísimo que no requiere educación previa ni material de ninguna clase, que puede ser puesto en práctica por cualquiera y en cualquier parte, y que constituye, por consiguiente, el método de elección para la mayoría de los casos. Nos referimos a la inoculación experimental.

En el recto de un gato muy joven, se inyecta medio centímetro cúbico de heces frescas del presunto disentérico. A los dos o tres días, si la enfermedad era de naturaleza amebiana, se desarrolla en el animal una diarrea mucosa o sanguinolenta con abatimiento, tristeza, pelo erizado y muerte a los diez o quince días.

El procedimiento no puede ser más sencillo y sus resultados son de una seguridad indudable.

En el gato se ha desarrollado la enfermedad; la ameba ha ingerido en el intestino, produciendo necrosis superficial, luego una

úlceras con absceso en botón de camisa, y, alguna vez, un absceso hepático como el humano. El excremento es rico en parásitos.

El resultado, verdaderamente maravilloso y eficaz, del clorhidrato de emetina en el tratamiento de los amebiásicos, justifica la adopción de este medio de diagnóstico, análogo al tratamiento de prueba de la sífilis y del paludismo.

El profesor Widal, en una magistral lección que tuvimos el gusto de escucharle durante el semestre de invierno de 1913 decía que todo disentérico sospechoso debía ser tratado por la emetina sin necesidad de recurrir a medios delicados de diagnóstico. Si la curación no aparecía a los dos o tres días, había que desechar las sospechas de amebiosis y orientar en otro sentido, nuestras pesquisas.

Como el método no tiene inconvenientes y como según Rogers "toda disenteria no modificada en dos o tres días por la emetina, no es de naturaleza amebiana" nosotros no vacilamos en aplicarlo, si bien dentro de un momento al hablar del tratamiento, tendremos ocasión de exponer el resultado de nuestra experiencia.

Ya cayeron en desuso, por ineficaces, una porción de sustancias tenidas por antidisentéricas: el sulfato de sodio y de magnesio, el Kho-sam, la simarouba, la ipeca según el método brasileño, y algunas más.

Veía Rogers en Calcutta que un buen número de disentéricos morían por no poder recibir de una vez las altas dosis de ipecacuana que su grave estado requería. Recordó entonces las experiencias de Velder, que, con soluciones de emetina, alcaloide principal de la ipecacuana mataba en el acto los cultivos de ameba histolítica, si la solución era al 1 por 10.000 y al cabo de algunos minutos si era al 1 por 100.000. Hizo Rogers el ensayo con los parásitos contenidos en las heces disentéricas y al obtener idéntico resultado decidió ensayar el producto en sus enfermos. El resultado fué realmente maravilloso, y la emetina es, desde entonces, el recurso específico contra las disenterias tropicales.

Nosotros la empleamos sistemáticamente en todos nuestros clientes a los que solemos tratar del modo siguiente.

Si el caso es grave, imponemos un reposo absoluto en cama; una alimentación muy ligera a pequeñas cantidades y con cortos intervalos. La leche suele ser mal soportada, de modo que la reservamos para los casos en que la lengua está absolutamente normal. Es preferible recurrir al agua de arroz o de cebada, a las claras de huevo y a las bebidas tibias. En la forma crónica, dieta lactea alternada con sopas y pastas.

Inmediatamente que el diagnóstico queda establecido, aplicamos una ampolla de emetina. La dosis es repetida a las doce y a las veinticuatro horas a partir de cuya fecha la mejoría es ya franca y bien visible. Desde entonces, la inyección se hará una vez al día durante cuatro o cinco, suprimiéndola cuando la normalidad se restablezca.

Con mucha frecuencia hemos dado el alta a un disentérico diputándole curado y le hemos visto volver a los diez, a los quince o a los veinte días con una nueva agudización de aquella enfermedad que parecía acabada, o con los signos de una intensa congestión hepática, o con el cuadro sintomático de un absceso amebiano del hígado.

Es que la emetina, que mata rápidamente a los parásitos adultos, carece de valor contra los quistes de resistencia, y, desarrollados estos más tarde, dan lugar a una nueva pululación de protozoos que reproducen la enfermedad que parecía curada.

Por eso al cabo de diez, de veinte y de treinta días de la aparente curación, es prudente repetir las dosis inyectables. Nosotros lo hacemos casi sistemáticamente, sin que conozcamos desde entonces una sola recaída ni una metástasis hepática. El enfermo puede considerarse radicalmente curado a raíz de la inyección que se le pone a los 30 días de la desaparición de los signos clínicos.

Contra el tenesmo y el dolor abdominal, que no ceden hasta varias horas después de la primera inyección, puede recurrirse de

momento a las aplicaciones calientes, a los baños, o a las enemas laudanizadas.

Contra el estreñimiento, post-curatorio, darán buen resultado los laxantes suaves, el régimen alimenticio y, en casos, rebeldes los purgantes oleosos o salinos.

Respecto a dosis, nosotros utilizamos ordinariamente las de cuatro centigramos de clorhidrato de emetina por ampolla. En los niños menores de ocho años preferimos las de uno a dos centigramos a las introducidas por vía rectal, que dan lugar a rectitis y a diarreas glerosas.

En los casos graves se pueden aplicar hasta quince centigramos de primera intención, pero la cifra resulta un poco peligrosa. Es mejor inyectar diez durante dos o tres días, descansando luego unos cuantos para prevenirse contra la intoxicación por acumulación.

La hepatitis puede hacerse abortar en los primeros días, recurriendo a un tratamiento enérgico. Si el absceso del hígado está ya formado, deben hacerse unas cuantas inyecciones para esterilizarlo. Después cabe seguir dos caminos: o hacer la punción aspiradora, seguida de la inyección de seis centigramos de emetina, en treinta centímetros cúbicos de agua, para practicar la inyección con desague, activando la cicatrización con las inyecciones hipodérmicas del medicamento específico.

Ordinariamente, el primer efecto que produce la emetina es suprimir la sangre que acompaña a las deposiciones y ello nos impulsó a ensayarla en casos de hemorragias graves y profusas, sea cual fuera la índole de la enfermedad y los motivos de la pérdida de sangre. El resultado ha sido siempre muy satisfactorio.

Hemoptisis gravísimas, rebeldes, a una porción de hemostáticos más o menos poderosos, repetidas, sostenidas, profusas, han cedido rápidamente a la emetina. Hemorragias copiosas producidas en dos de nuestros casos por una úlcera de estómago, que, debió perforar una arteriola, a juzgar por la cantidad y el color de la sangre que salía por la boca, cedieron rápidamente a la emetina; algún

caso de hematuria; varios de varices hemorroidales y uno de hemorragia en sábana por vaciamiento de fosa parotídea, cedieron rápida y radicalmente al medicamento y nos garantizaron el elevado poder hemostático de las sales solubles del alcaloide de Pelletier.

En algún caso produjo la emetina una expectoración abundantísima, verdadera broncorrea, que duró cuarenta y ocho horas y no fué seguida de ningún otro síntoma. En un chico al que deliberadamente forzamos la dosis, para yugular un absceso del hígado que parecía inminente, se presentó un estado como de somnolencia y de sopor, con pulso muy débil, que desapareció espontáneamente al cabo de unas horas, sin que fuese preciso recurrir a ningún contraveneno ni surgiera la indicación de hacer algo contra aquel pasajero trastorno.

Un solo punto ha de detener todavía nuestra atención antes de dar por terminada la conferencia de esta tarde.

Decía el profesor Vidal, en la magistral lección a que antes aludimos, una de las del curso de enfermedades infecciosas que le oímos explicar en el gran anfiteatro de la Facultad de París, que ante una diarrea sospechosa de amebiana, el médico ni debía perder tiempo en averiguaciones ni investigaciones más o menos engorrosas, sino que debía poner en práctica el tratamiento por la emetina, en la seguridad de que la diarrea desaparecería si era de naturaleza tropical, y permanecía igual que antes si se debía a los bacilos disentéricos indígenas o a cualquier otro proceso más o menos banal del intestino.

Dice Rogers que, una diarrea no modificada por la emetina, no es de naturaleza amebiana y admite que toda la que no sea provocada por amebas no cede ni se cura con las inyecciones del tan citado alcaloide.

Hablan, por último, los libros y nosotros somos también reos confesos de ese error, de un emetino-diagnóstico, fundado en el mismo principio. Se pone emetina a un diarréico sospechoso. Si se cura, señal de que su enfermedad era producida por la ameba; si no se cura ni se modifica, señal de que no lo era. Y así se estable-

ce para la amebiasis un tratamiento de prueba igual al del mercurio en la sífilis, y al de la quinina en el paludismo.

Pues bien; nosotros hemos comprobado siempre el primer enunciado de estos aforismos: ni una sola vez nos ha fracasado la emetina en diarreas tropicales. Siempre hemos logrado con ella afectos muy brillantes y en muy pocos días hemos vencido un estado gastro-intestinal, a veces gravísimo, debido al cultivo de la ameba disentérica.

Pero otras veces, muchas, hemos curado eficazmente una diarrea que ni era tropical, ni se debía a las amebas, ni obedecía a otra causa que a motivos de otro orden muy distinto, perfectamente claros y evidentes, y cuyo valor etiológico no era dado discutir.

De modo que, sin temor a ser rectificadas, sin dudas, sin vacilaciones, sin vaguedades, nosotros sostenemos que todas las diarreas de origen amebiano ceden en seguida a la emetina; que muchas diarreas que no se deben a la ameba ceden también en seguida a la emetina.

La emetina es, pues el remedio específico, irremplazable, insustituible, de elección, contra la disenteria tropical y un remedio poderoso eficaz, activísimo, contra muchas diarreas no disentéricas ni tropicales.

Estados intestinales consecutivos a enteritis tuberculosas; a lesiones de las supra-renales; a aquilias gástricas, insuficiencias pancreáticas, catarros intestinales, colitis glerosas, diarreas urémicas, etc., perfectamente diagnosticadas, comprobadas al microscopio, confirmadas por la negativa investigación de las amebas y por la infructuosa inoculación felina, han cedido perfectamente a la emetina ya de un modo definitivo, para no volver más, ya de modo transitorio para reaparecer a los pocos días de suspendido el tratamiento.

Es aún pronto para que nos atrevamos a dar conclusiones de otro orden ni a sentar afirmaciones más rotundas. Ni siquiera la acción de la emetina fuera de los casos en que actúa como específica nos es perfectamente conocida.

Cede, por ejemplo, un atarro intestinal, a la primera inyección; reaparece dos o tres días después y ya es rebelde a la emetina; curan otros aún a dosis verdaderamente forzadas.

En general desaparece en seguida el dolor que acompaña a las deposiciones y la sangre que las tiñe, sea cual fuera el motivo del dolor y de la sangre. Unas veces se acaba en seguida la diarrea; otras tarda mucho en quitarse; algunas se pierde para después volver; otras se modifica; otras permanece inalterable.

Decimos, pues, que la emetina une a su poder antihemorrágico bien probado y a su acción amebicida innegable, una acción antidiarréica poderosa; tan poderosa que en muchos casos es superior a la de los astrigentes usuales y suficiente sin duda alguna junto a las otras citadas propiedades terapéuticas, a incluirla por derecho propio en el grupo de los que se llaman medicamentos heróicos.

La escuela de gastrólogos de este Instituto Rubio, presidida por hombre tan estudioso y por especialista tan reputado como el doctor Luis y Yagüe, mi ilustre amigo, hallaría en esto de la emetina amplio campo donde desarrollar sus actividades y labor interesante que estudiar y esclarecer.

Nosotros no hemos empleado más que el clorhidrato de emetina, sin que poseamos experiencia alguna sobre el bromuro, ni sobre ninguna otra de las sales del alcaloide.

En unas ocasiones hemos recurrido al cloruro que en ampollas de cuatro centigramos por gramo de vehículo nos suministran las oficinas de farmacia; en otras al que igualmente disuelto y encerrado en ampollas expenden las casas Burroughs-Wellcome y Parke-Davis; en otras, al que con el nombre patentado e industrial de "Hemometina" prepara en sus laboratorios del Norte de España el doctor J. Cusi, de Figueras, y en algunos a la "Ipeca totale inyectable", de los laboratorios Dausse, de París.

En general, una primera conclusión se puede sacar de nuestra experiencia. La emetina de las farmacias, es inferior en acción a las de Cusi, de Burroughs, y de Parke, bien sea por la pureza del



alcaloide que estos utilizan para sus preparados, bien por la perfección de la dosis que encierra cada ampolla.

La ipeca de Dausse, dotada de potentes virtudes hemostáticas, es seguramente la menos amebicida de todas las citadas.

La de Parke y la de Burroghs, difícilísima de obtener a causa de las dificultades y trabas que para su exportación impone el gobierno de Inglaterra, suelen ser muy aceptables.

Péno la que goza todas nuestras simpatías; la que nosotros preferimos siempre; la que nos ha producido los mejores éxitos y la que no vacilamos en recomendar eficazmente es la "Hemometina de Cusi", con la cual hemos logrado muchas veces efectos astringentes anti-disentéricos y hemostáticos que en vano pedimos a los farmacos de otras procedencias.

Tratándose, además, de un producto nacional, que al certificar la cultura farmacéutica de su autor, honra a la química española, nosotros con la frente alta, sin escrúpulos, fundados en una experiencia que es muy suficiente a este respecto, nos creemos en la obligación de considerar a la Hemometina del Dr. J. Cusi como el más perfecto de los antidisentéricos que poseemos hasta el día.

Con ella, toda amebiosis sea del grado y de la localización que sea, será rápidamente yugulada; toda hemorragia curable será en seguida cohibida y cualquier diarrea, capaz de ceder a la emetina, será muy pronto dominada.

*F. Fernández Martínez*

---