

# AMIBIASIS CRONICA

Por el Dr. Venancio Rueda

(Continuación)

*Otras manifestaciones digestivas.*—Aparte de estas manifestaciones de la amibiasis crónica en el aparato digestivo, existen otras muchas sobre las cuales ya hemos insistido anteriormente: así, vimos la posibilidad de atribuir a una dilatación gástrica ciertos fenómenos como las palpitaciones, la angustia precordial, etc. Los trastornos, las perturbaciones oculares, etc., son con gran frecuencia y muy racionalmente atribuidos a una deficiencia funcional hepática y en todos estos casos el fracaso del tratamiento empleado para corregir la función se juzga alterada, es por demás estruendoso.

A propósito de los fenómenos reflejos vimos atrás la gran variedad que ellos pueden revestir: creemos ahora importante anotar dos, cuyos caracteres permiten clasificarlos como locales: son los espasmos producidos por la colitis amibiana en otras regiones del tubo digestivo. Entre ellos hay principalmente dos cuya importancia resalta por la facilidad con que pueden conducir a un error de diagnóstico: el espasmo, ocasionado de manera refleja en la porción terminal del colon, cuando las amibas no han ulcerado esta región, espasmo que se traduce por la constipación y la retención de gases en la porción inmediatamente superior y el reflejo que ocasiona la oclusión espasmódica del píloro y por lo mismo la incompleta evacuación del contenido gástrico. Este último a la larga produce la dilatación del órgano, con sus signos clínicos característicos (clapoteo, etc.), radiológicos (aumento de la cámara de aire) y sus consecuencias naturales: meteorismo, palpitaciones. Es entonces evidente que el tratamiento sintomático en algunos casos logra aliviar transitoriamente al enfermo, pero el éxito será pasajero, porque la causa provocadora del espasmo no reside en el estómago sino en la extremidad terminal del canal digestivo: otras veces el médico podrá llegar a pensar en una atonía gástrica y al emplear ciertos medicamentos estimulantes de la musculatura (estricnina), sólo logrará aumentar los síntomas que molestan al enfermo.

Otro tanto sucederá con la constipación: los laxantes salinos o aceitosos modifican momentáneamente el funcionamiento del colon, pero terminan por producir una irritación que, lejos de curar, agrava la afección de manera apreciable.

*Fisiología patológica de los fenómenos locales.*—No es indispensable hacer un estudio detallado del mecanismo de producción de estos síntomas, porque la simple localización de las lesiones ana ómicas da ya una explicación de su manera de producción. Así, los dolores abdominales se explican claramente por la irritación de las ulceraciones cólicas producidas por los parásitos y también por las presentaciones anormales a que da lugar la abundante flora microbiana que se asocia a las amibas. En unos casos es la acción directa de las materias y de los gases la causante del dolor; en otros, el espasmo reflejo es el que lo determina. En cuanto a la constipación, su estudio en realidad sí merecería que nos detuviéramos un poco, pero esto nos obligaría a extendernos excesivamente sobre el particular, puesto que las últimas concepciones al respecto no son ya tan simplistas como en otro tiempo; la antigua división de la constipación en dos formas, atónica y espasmódica, no puede hoy día aceptarse como definitiva porque los estudios de fisiología y las investigaciones radiológicas han demostrado la constante asociación del espasmo con la atonía en regiones vecinas del tractus intestinal: el conocimiento más perfecto de los movimientos del colon ha permitido distinguir una gran variedad de tipos de constipación que no nos es posible describir aquí. Ha de bastarnos el saber que lesionado el colon en su capa mucosa, su funcionalismo se perturba, ya en el sentido del espasmo, ya en el de la atonía o en ambos simultáneamente, y que de este estado de dis-función deriva la constipación.

En cambio, sí creemos indispensable dar la explicación de ciertos hechos que reconocen como causa la intoxicación de origen cólico: se trata de las manifestaciones hepáticas ligeras que con tanta frecuencia acompañan a la amibiasis, tales como la ictericia ligera, el dolor en el hipocondrio derecho, etc.

No perdiendo de vista que existe una constipación, ya atónica o espasmódica y con mayor frecuencia mixta, podemos aplicar a los citados fenómenos la explicación que da L. Pron cuando trata de la hipoquinesia gastro-intestinal:

“La constipación derecha se debe distinguir por completo de la constipación izquierda. A la izquierda las materias son sólidas; a la derecha son líquidas o semi-líquidas, constituyendo así un medio eminentemente favorable para su absorción por la mucosa. Los constipados derechos son intoxicados crónicos y frecuentemente en grande escala y está formalmente indicado modificar su estado; en tanto que no existe la misma urgencia para los constipados izquierdos.

La falta de contractilidad de colon ascendente tiene además como consecuencia la producción abundante de gases que se acumulan de preferencia hacia la parte alta del intestino; inversamente, es menos frecuente encontrarlos cerca del ángulo esplénico.

Esta presencia de gases en gran cantidad causa a menudo dolores

que uno tiene tendencia a atribuir a la vesícula biliar; además oculta la macidez de la parte inferior del hígado, lo que conduce a diagnosticar una disminución de la altura de este órgano, cuando en realidad está casi siempre normal o aumentado de volumen.

Por momentos el intestino, con motivo de la irritación por la permanencia de las materias, de las secreciones y de los gases, entra en fases de hiper-contractilidad, lo que determina una diarrea con gorgoteos, diarrea que debe ser cuidadosamente respetada.

La hipoquinesia del colon ascendente repercute de manera notable sobre el hígado en la intimidad de sus tejidos; la llegada de principios tóxicos por la vena porta determina una angiocolitis, y luego la congestión por estasis a la vez biliar y sanguínea. Esta congestión llega a la cirrosis más o menos pronto, según la resistencia del parenquima.

En los casos de amibiasis, cuya localización en el colon derecho es tan frecuente, se reúnen precisamente todos los factores indispensables para determinar las alteraciones hepáticas, vesiculares, etc., a los cuales se agrega el estado ulceroso que favorece la absorción de productos tóxicos. Además esta explicación tan clara de las manifestaciones hepáticas banales de la amibiasis se completa maravillosamente con la teoría de Richet sobre la anafilaxia digestiva.

### FORMAS CLINICAS DE LA AMIBIASIS CRONICA

La enumeración que acabamos de hacer tanto de los síntomas generales como de los signos locales nos permite prever la enorme variedad de formas clínicas que sus diversas asociaciones pueden llegar a producir. Aquí, como en todas las enfermedades, los síntomas descritos no existen nunca o casi nunca en su totalidad: por el contrario, en la mayoría de los pacientes sólo aparecen algunos de ellos, lo que le dá a cada caso clínico un aspecto completamente personal. No obstante, existe una serie de fenómenos de los ya citados, que acostumbra asociarse entre sí, lo que permite caracterizar ciertas formas clínicas de la amibiasis crónica.

Entre éstas resaltan principalmente dos: la amibiasis en que hay predominancia de los fenómenos generales, y aquella en que son los síntomas locales los más aparentes.

a) *Amibiasis con predominancia de fenómenos generales.*—La definición misma de esta forma es suficiente para comprender que no son solamente los síntomas generales los que en ella aparecen: los hay también locales, pero su existencia es irregular, efímera y por otra parte quedan ocultos detrás de las grandes apariencias de las manifestaciones sobre el estado general.

Se trata de ordinario de individuos que nunca o casi nunca tienen diarrea; corresponden, pues, a la categoría de los constipados tenaces

o de los parcialmente constipados. En este último caso, las deposiciones, cuotidianas, pero insuficientes, los mantienen en un estado de intoxicación permanente. De vez en cuando una deposición abundante, líquida o pastosa los desintoxica por el momento, y entonces el enfermo experimenta una rara sensación de bienestar, pero poco a poco los despojos se van acumulando nuevamente en el intestino y las manifestaciones generales vuelven a aparecer.

Otras veces, antes de producirse la diarrea liberadora, el enfermo comienza a experimentar una mejoría de su estado general y luego vienen los dolores abdominales, las náuseas y los vómitos que preceden a la descarga intestinal. Así, los signos locales alternan con los generales.

No obstante, si durante uno de los períodos de calma abdominal examinamos al enfermo, encontraremos un individuo en quien la más ligera presión epigástrica despierta un dolor intenso; el hígado, en ocasiones crecido, aparece en otras disminuído de volumen; ya vimos la explicación de este último fenómeno; el colon aparece sensible a la presión, ya en toda su extensión o en una de sus porciones solamente; en el colon descendente es fácil apreciar, palpando profundamente, el estado de espasmo que le da las características de la cuerda cólica.

El interrogatorio puede revelar la existencia anterior de deposiciones sanguinolentas o mucosas, es decir, de un ataque disintérico más o menos velado, pero éste puede pasar desapercibido o ser atribuído a otra causa, exceso alimenticio, ingestión de sustancias irritantes, licores, etc. Es lo que el público llama vulgarmente irritación.

Esta forma comprende la gran mayoría de los intoxicados; en ella encontramos la ictericia ligera, la criestesia, las jaquecas, los fenómenos anafilácticos, simpáticos o reflejos.

Sucede que estos signos son tolerados perfectamente durante muchos años; pero han sido hasta entonces tan velados que apenas si se hacen apreciables, sobre todo si el enfermo se ha sometido a un régimen alimenticio sencillo y regular; pero la más leve modificación, ya en la alimentación o en cualquiera otra condición higiénica de la vida viene a despertar violentamente y de un momento a otro los síntomas de esa oculta afección. De ahí el que los enfermos no se expliquen el por qué estando relativamente bien, de repente experimentan alteraciones ruidosas de su estado general.

Es cuando sobreviene esta explosión violenta cuando el médico interviene y entonces el paciente mismo se encarga de desorientarlo porque las perturbaciones que aqueja se refieren las más de las veces a órganos completamente alejados anatómicamente de los que en realidad están enfermos. Así desorientado el clínico por el aspecto desconcertante de la enfermedad, e impelido por el mismo enfermo a hacer algún diagnóstico, se pronuncia por perturbaciones neurasténicas, surmenaje,

hepatitis, angiocolitis, que evidentemente existen, pero no como enfermedad primordial, sino como síntomas de una amibiasis oculta.

De las anteriores consideraciones se deduce la capital importancia del examen clínico detenido y minucioso y del interrogatorio muy sutil para llegar a una terapéutica apropiada; esto es tanto más evidente, cuanto el laboratorio no nos puede dar la clave sino en número restringido de casos. En nuestro medio, esencialmente tropical, es preciso **desconfiar de esas alteraciones funcionales**, llamadas por el enfermo hiperclorhidria o dispepsia, que muchas veces los médicos confirman por falta de un examen minucioso y sobre todo por falta de malicia en lo relativo a nuestras enfermedades endémicas.

Para ilustrar aún más lo que acabamos de decir, relatamos a continuación la historia clínica de un enfermo que hemos venido observando de cerca, desde hace más de un año y medio:

N. N.—50 años. Casado hace seis meses. Tuvo hace algunos años una colitis banal que fue tratada en los Estados Unidos y luego en Europa; por ese entonces mejoró bastante. No ha vuelto a experimentar síntomas diarreicos desde entonces, pero hace tres meses viene presentando un gran número de manifestaciones generales que lo han alarmado extraordinariamente.

Entre ellas figuran en primer término los vértigos, que se presentan casi siempre después del almuerzo y que se acompañan de obnubilaciones de la vista y de una sensación de angustia en extremo penosa. De cuando en vez sufre de cefaleas; la visión examinada con este motivo ha sido hallada normal. El enfermo ha enflaquecido mucho; duerme mal y presenta un estado general precario; el médico que lo examinó en provincias declaró que se trataba de una tuberculosis pulmonar incipiente; algún otro colega ha pensado en una sífilis, en vista de que todos los tratamientos indicados contra los vértigos y las alteraciones generales han sido hasta el presente infructuosos.

En el estado de depresión moral que es posible suponer, se ha presentado este enfermo a consulta el día 3 de febrero de 1931.

El interrogatorio nos ha revelado algunas leves alteraciones digestivas y entre ellas nos ha llamado la atención el que los vértigos se presentan siempre después de las comidas. El resultado del examen clínico ha sido el siguiente:

*Aparato respiratorio.* No encontramos signo alguno que permita sospechar la existencia de tuberculosis pulmonar.

*Aparato circulatorio.* Hay un ligero soplo mitral, pero esa insuficiencia está perfectamente compensada.

*Aparato digestivo.* La lengua está ligeramente saburral; el hígado, pequeño, no está doloroso; hay un tinte icterico muy débil de la piel y de las mucosas. La palpación del abdomen permite apreciar que todo el trayecto del colon es sitio de una exquisita sensibilidad, hasta el punto

de que una ligera presión en la región cecal, despierta dolores tan intensos que es necesario suspender el examen.

En vista de estos signos netamente abdominales, instituímos un tratamiento sintomático a base de absorbentes, belladona y aceite de parafina como laxante, y un régimen alimenticio exento de grasas, picares, etc., etc. Al mismo tiempo, para tranquilizar al enfermo respecto de la posibilidad de una sífilis y de una tuberculosis, ordenamos una reacción de Wassermann, un examen de los esputos y una reacción de Vernés. El resultado de todas estas investigaciones es negativo.

El enfermo vuelve algunos días más tarde; el estado general, con el simple régimen alimenticio, ha mejorado considerablemente; los vértigos desaparecieron desde el segundo día, pero la sensibilidad abdominal persiste. El examen coprológico no revela la presencia de amibas ni de quistes; no obstante, creemos en la existencia de una amibiasis, pero resolvemos aplazar la iniciación de un tratamiento específico en vista de la enorme sensibilidad abdominal y de la intolerancia del paciente por la ipeca y los arsenicales.

Desgraciadamente, como sucede con la mayoría de los enfermos de consulta, el nuestro desapareció por largo tiempo; un año después, lo hemos visto nuevamente para un ataque diarreico intenso; la investigación de amibas ha sido nuevamente negativa, pero el tratamiento por la emetina ha hecho desaparecer en pocos días la afección.

El interés de esta observación nos parece doble: por una parte muestra el sinnúmero de afecciones que una alteración digestiva puede simular, hasta llegar a los diagnósticos más variados como el de sífilis y el de tuberculosis; por otra, revela la infidelidad de los exámenes coprológicos en los que la presencia de amibas fue negativa siempre, pero la prueba terapéutica demostró la naturaleza de la enfermedad.

Finalmente, pone de manifiesto la importancia del factor alimenticio en la desaparición de los fenómenos morbosos.

*Amibiasis con predominancia de síntomas locales.*—Con este nombre designamos los casos de amibiasis en que los fenómenos locales son preponderantes y en cambio el estado general no se altera sino muy levemente.

Corresponden a las formas de amibiasis bien toleradas por el paciente, pues éste solamente de vez en cuando presenta algunos fenómenos diarreicos; las deposiciones durante estos períodos agudos pueden ser mocosas y aun sanguinolentas, pero pasado el ataque, todo vuelve a entrar en orden. Naturalmente durante la faz aguda, el enfermo experimenta una sensación de malestar y sobre todo de depresión muy característica. A veces ciertas circunstancias que el sujeto conoce perfectamente, son capaces de determinar la aparición de los síntomas cólicos, tales como los cambios de temperatura, la humedad prolongada o la ingestión de determinados alimentos. La enfermedad puede evolucionar en esta forma

durante mucho tiempo (meses o años), pero puede también a la larga variar de aspecto y adoptar la forma de amibiasis con predominancia de fenómenos generales, o dar origen a un absceso hepático, pulmonar, etc.

Esta forma que estamos describiendo corresponde a la que Le Dantec llama forma de reincidencias, la que vimos que él compara a los accesos de fiebre intermitente palúdica.

No obstante, si se analiza el asunto un poco más a fondo, se encuentra que, aun cuando el estado de salud del individuo es aparentemente bueno durante los períodos de reposo, su estado general no es por completo satisfactorio: unas veces la balanza pone de manifiesto la disminución del peso del enfermo, que puede llegar a ser muy inferior al normal; otras, los síntomas digestivos son continuos, pero su aspecto tan velado se oculta aun al mismo paciente, que no halla nada de anormal en sus ligeras perturbaciones y las atribuye a causas ocasionales.

La constipación existe con frecuencia en esta forma, pero es aún más discreta que en la que hemos convenido en llamar constipación parcial; efectivamente, no es constante y las descargas liberadoras, más frecuentes que en esta última, evitan la intoxicación del enfermo. Es, pues, simplemente cuestión de intensidad el único límite entre la forma que estamos estudiando y la que vimos anteriormente.

La forma diarreica, la única considerada hasta ahora como de amibiasis crónica, está caracterizada, como su nombre lo indica, por una diarrea más o menos permanente, con deposiciones líquidas, abundantes y fétidas; no hay en ellas sangre de manera constante, no se encuentra tampoco moco, al menos a simple vista, pero sí es posible ponerlo en evidencia por el examen microscópico. En los últimos períodos, sí se pueden apreciar largos filamentos muco-sanguinolentos y colgajos de mucosa necrosada que aumenta la fetidez de las heces. Cuando la diarrea se prolonga por mucho tiempo, la emaciación del enfermo es completa y la caquexia no tarda en aparecer. El enfermo sufre una deshidratación enorme, enflaquece rápidamente y sucumbe, ya por la misma caquexia, ya por una enfermedad intercurrente como la bronconeumonía. Estas formas son tan intensas que con frecuencia se muestran resistentes a todas las medicaciones.

A veces la diarrea cede temporalmente, para reaparecer algunas horas o algunos días después con la misma o con mayor intensidad: son verdaderos brotes agudos sub-intrantes, que recuerdan por los dolores agudos sub-intrantes, que recuerdan, por los dolores que acompañan la defecación, las formas de principio; la disentería amibiana aguda, pero que se diferencian de ella por la abundancia de las materias expulsadas; no se trata ya del clásico esputo rectal, teñido de sangre y escaso, sino de grandes cantidades de materias que el enfermo expulsa cada rato; ciertas de estas formas pueden adoptar el tipo del cólera nostras, y matan al paciente en pocas horas. Hemos tenido oportunidad de ver en el servicio

de Clínica Interna del Profesor Miguel Jiménez López dos casos de esta naturaleza, en los que el enfermo hizo en el término de seis horas no menos de cien deposiciones abundantísimas y falleció dos días después del principio del ataque agudo.

---

El estudio que acabamos de hacer, de las manifestaciones clínicas de la amibiasis crónica, es necesariamente incompleto; las lesiones anatómo-patológicas, cuya determinación en cada una de las anteriores formas constituyen el sello, por decirlo así, no han sido hasta el presente estudiadas en detalles (que nosotros sepamos), sino en la forma diarreica, y nos abstenemos de relatarlas, porque no podríamos hacer otra cosa sino copiar textualmente la magistral descripción hecha por Le Dantec.

Por otra parte, debemos repetir que el único objeto del presente trabajo, no es hacer descripciones que pudieran considerarse como definitivas, sino simplemente llamar la atención acerca de estas formas larvadas de amibiasis, que suelen ser una frecuente causa de errores en el diagnóstico y por lo mismo de fracasos en el tratamiento.

## DIAGNOSTICO

Tratándose de una enfermedad producida por la presencia de parásitos en el intestino, la amibiasis puede ser diagnosticada por uno de dos métodos: o por los signos clínicos, o por la demostración de la existencia de amibas en las materias fecales. Sin embargo, tanto los primeros como la última son susceptibles de numerosos errores; ya hemos visto los que pueden originar los síntomas clínicos aisladamente; en cuanto a la investigación de los protozoarios en las heces es aún más infiel, porque las amibas no se presentan constantemente en ellas; solamente hacen su aparición en determinados momentos, especialmente durante la crisis aguda y luego se ocultan por períodos más o menos largos.

Por lo tanto uno de los dos métodos aislados no es bastante nunca para eliminar la posibilidad de una amibiasis: más aún, el hecho de que ambos den resultados negativos no es tampoco suficiente.

El estudio detenido de los diversos síntomas, tal como acabamos de hacerlo, nos dispensa de la necesidad de repetir los signos que deben guiar al médico y conducirlo al diagnóstico de amibiasis; así, el conjunto de fenómenos generales y locales, entre los cuales los más frecuentes son el dolor, ya intenso o sordo en el trayecto del colon, el dolor epigástrico, espontáneo o provocado, las manifestaciones hepáticas leves, las perturbaciones de la evacuación, ligeras o acentuadas, son indicios que nunca deben despreciarse sobre todo si se acompañan de manifestaciones generales y no es posible determinar otra causa capaz de provocarlas. Entre los signos generales el enflaquecimiento rápido, fuera de toda posibilidad de una enfermedad consumptiva como la T.B.C., el color te-



rrroso del enfermo, los vértigos, las obnubilaciones visuales, las jaquecas, la intolerancia por determinados alimentos, los fenómenos simpáticos, son otros tantos datos que deben siempre guiarnos hacia perturbaciones digestivas y éstas con gran frecuencia reconocen un origen amibiano. Es de todo punto indispensable que el examen de un enfermo que presenta toda esta serie de síntomas vagos se haga con la mayor atención y con el más minucioso de los cuidados: todos aquellos casos de alteraciones digestiva ligeras, catalogados como hiperclorhidrias, dispepsias, etc., deben llamar especialmente la atención en nuestro medio, eminentemente infestado de amibas, hacia la posibilidad de esta afección. Pero no es suficiente ni debemos considerarnos satisfechos con un examen somático completo del paciente; el interrogatorio es de un valor enorme, tal vez mayor del que se le pudiera conceder en otras afecciones, y es preciso saberlo conducir convenientemente. En particular debemos insistir para que el enfermo nos suministre los datos referentes a número, aspecto y demás particularidades de sus deposiciones.

El aspecto barnizado de las heces, las pequeñas cantidades de moco que de vez en cuando aparecen en ellas, la constipación relativa, las deposiciones muy abundantes que de tarde en tarde sobrevienen en la consistencia pastosa, en boñiga de vaca, en fin, todos los signos que hemos venido anotando a lo largo de este estudio, son signos de un valor real para el diagnóstico, pero solamente pueden obtenerse con un interrogatorio muy minucioso, pues que casi siempre pasan desapercibidos para el mismo enfermo.

Ordinariamente el médico que sospecha la amibiasis ordena la investigación de amibas en las heces y cuando el resultado es negativo, elimina de hecho su primitivo diagnóstico. Este es un error capital; en primer lugar, las amibas son parásitos que no existen en todo momento en las deposiciones, que hacen migraciones, ya a los órganos lejanos como el hígado y sólo de vez en cuando excursionan al intestino; por otra parte, no en todas las porciones de la deposición se las encuentra; aquellas partes mucosas deben ser las preferidas para el examen. Más adelante damos algunos datos sobre las precauciones que es preciso tener para que un examen de las materias fecales tenga el mayor valor posible.

La amibiasis es indudablemente una de las afecciones cuyo diagnóstico es más difícil en las formas crónicas, así como de los más fáciles durante el acceso agudo y franco. Las causas de esta dificultad las hemos dejado ya anotadas, pero antes de seguir adelante debemos hacer presente que su coexistencia muy frecuente con el paludismo, hace aún más frecuente el error. En efecto, se observan a menudo enfermos en quienes la existencia de una fiebre palustre ha sido demostrada, y que después de un tratamiento quínico bastante intenso mejoran un poco, sin que su estado general llegue sin embargo a ser absolutamente normal, no obstante la persistencia del tratamiento anti-palúdico. En estados de esta

clase se debe siempre pensar en la posibilidad de una amibiasis a la cual corresponden los fenómenos que se han achacado al paludismo, pero que no ceden a su terapéutica específica. Se ha dicho, y con justa razón, que ciertas sustancias como los arsenicales tienen una acción muy neta sobre estas enfermedades y podría en consecuencia pensarse que un tratamiento antimalárico a base de quinina y arsénico sería capaz de combatir también la amibiasis; esto en principio puede ser evidente, pero hay que tener en cuenta: 1º Que de los medicamentos usados para el tratamiento antipalúdico, solamente los arsenicales obran sobre la infección amibiana y es sabido que estos protozoarios se acostumbran fácilmente a un medicamento tornándose en poco tiempo resistentes a él. 2º La quinina no tiene realmente poder anti-amibiano ninguno, y antes bien, en ciertos enfermos es bastante mal tolerada por las vías digestivas, lo que favorece el ataque de los amibas al organismo.

En estos casos es indispensable hacer un tratamiento mixto, por la quinina, el arsénico y la ipeca, lo que permite combatir simultánea o sucesivamente las manifestaciones debidas a una y otra de las dos afecciones.

El diagnóstico con las diversas formas de colitis, presenta, como en los casos anteriores, ciertas dificultades, y en la mayoría de ellos solamente el tratamiento anti-amibiano de prueba puede decir la última palabra, tanto más cuanto ya hemos expuesto la inconstancia de las amibas y de sus quistes en la deposición. Por lo demás, creemos que siempre debe tenerse por sospechosa toda colitis, aun cuando el examen coprológico no haya dado resultado positivo.

*Diagnóstico por el laboratorio.* No es nuestra intención el hacer un estudio de las diversas formas que pueden presentar las amibas ni tampoco de los distintos métodos de investigación que se utilizan para hacer el examen coprológico: estos puntos corresponden a la parasitología, han sido estudiados por numerosos autores y creemos que se alargaría innecesariamente nuestro trabajo, con un asunto ya demasiado conocido. Nos limitaremos a consignar aquí las reglas indispensables para efectuar en buenas condiciones un examen de las materias fecales. Pueden esquematizarse así:

1.—La deposición debe ser recogida en un frasco o recipiente, si es posible estéril, y enviarse inmediatamente al laboratorio; el ideal sería que la deposición fuera emitida en el mismo sitio en donde se va a verificar la investigación.

2.—El recipiente en donde se transporten las heces debe tibiarse previamente por inmersión en agua caliente, para conservar vivas por el mayor tiempo posible las formas vegetativas de las amibas.

3.—En las formas crónicas, las más interesantes por el momento, es indispensable hacer tomar al enfermo previamente una pequeña cantidad de sulfato de soda que provoque la irritación pasajera del intestino; de

esta manera se facilita considerablemente la investigación. Además, no debe examinarse la primera deposición emitida, sino la tercera o cuarta; en lugar del sulfato de soda, puede darse una pequeña cantidad de extracto o de polvo de bilis de buey, que produce el mismo efecto. Abramí aconseja aplicar una inyección de clorhidrato de emetina la víspera del examen.

4.—Es preciso, para el examen mismo, tomar de aquellas porciones de la deposición que muestran mayor cantidad de moco, y si hubiera sangre, de la porción sanguinolenta. Deben tomarse partes de distintos puntos de las materias fecales y mezclarse antes de hacer la preparación microscópica.

5. No debe nunca el investigador limitarse a examinar una sola preparación; si el resultado fuere negativo, hay que examinar varias láminas, tomadas de distintos puntos de la masa fecal.

El examen que ordinariamente hace el médico en su consulta, no puede ir más adelante de la investigación en fresco por frotis directo; cuando este método resulta negativo, debe confiarse a un laboratorio la investigación, exigiendo que se haga concentración de las deposiciones, pues en los casos de quistes escasos este método da muy buenos resultados. Cuando, no obstante las precauciones anotadas, no fuere posible poner de manifiesto la existencia de amibas o de quistes, no por eso se puede concluir que no existen. Ravout cita el caso de un enfermo en quien después de 26 exámenes negativos de las heces, se logró encontrar amiba histolítica en el 27º.

En cuanto a la técnica usual para el médico, recomendamos hacer siempre un examen directo, sin coloración, lo que permite descubrir las amibas y sus quistes cuando se hallan en número crecido; al propio tiempo el examen de una partícula de materias fecales, a la que se agrega una gota de solución concentrada de lugol, permite descubrir más fácilmente los quistes amibianos y sobre todo reconocer su clase por el número de núcleos que contienen, cosa que no es fácil sin coloración.

Hemos usado con buen resultado también la coloración, colocando entre lámina y laminilla, como para el examen en fresco, una partícula de materias y una gota de solución de eosina. Da un contraste muy bueno y permite reconocer las amibas perfectamente. Los quistes y las formas vegetativas de amiba en los primeros momentos se aprecian como esferas brillantes sobre un fondo rosado.

### PRONOSTICO DE LA AMIBIASIS

Después de pasar en revista, como acabamos de hacerlo, las diversas formas que puede revestir la amibiasis crónica, podemos esquematizar en pocas palabras lo que se refiere al pronóstico de esta afección.

Para el efecto, hemos de dividir el pronóstico en: pronóstico en cuanto a la vida, en cuanto a la duración de la enfermedad y en cuanto a las consecuencias que ella pueda traer al organismo.

El pronóstico en cuanto a la vida, es variable según el tipo de disentería crónica: en las formas diarreicas intensas que producen la deshidratación rápida del enfermo, que son muy antiguas y que no han sido tratadas anteriormente, suele ser grave y esta gravedad se revela a primera vista por el pésimo estado general del paciente.

En lo relativo a la duración de la afección es preciso ser de una extrema prudencia, pues al paso que existen disenterías o mas bien amibiasis en las cuales los medicamentos obran rápidamente y de una manera enérgica hay otras que constituyen un motivo de verdadera desesperación tanto para el médico como para el enfermo, y son éstas desgraciadamente las más numerosas. En todo caso es preciso manifestarlo así al enfermo desde el principio, haciéndole ver que es preciso un tratamiento muy prolongado y tenaz para obtener la esterilización del organismo. La resistencia extraordinaria de los parásitos a las diversas medicaciones es talvez el punto que más asemeja la amibiasis a la sífilis.

Por último, las consecuencias que esta enfermedad puede acarrear al que la sufre son en extremo variables y numerosas; en efecto, ya vimos cómo la inflamación de la mucosa cólica, que permite el paso de gérmenes a la circulación y por lo tanto a la vena porta, determina un estado infeccioso del hígado; este órgano se encuentra, pues, alterado secundariamente y su alteración favorece la invasión del tejido hepático por las amibas mismas y la producción del absceso disintérico, cuya gravedad está ya bien demostrada. El paso de los mismos gérmenes y de sus toxinas a la circulación general, es susceptible de determinar, asimismo, la infección de otros órganos, tales como el riñón, creando de esta manera el síndrome entero-renal de Heiz-Boyer. Aparte de estas lesiones localizadas en órganos determinados, la toxemia intestinal, asociada a las perturbaciones digestivas, van agotando el organismo poco a poco y conducen a la caquexia, a la que ya desde hace mucho tiempo se ha llamado tisis disintérica. Los enfermos demacrados, esqueléticos, atacados frecuentemente de lenteria, se agotan lentamente en medio de un cortejo de complicaciones de las más variadas, tales como estomatitis, edemas localizados, etc. Colin menciona la erisipela de la cara, no como una complicación sino como un síntoma casi normal de la caquexia disintérica. Pero no queremos pasar adelante sin insistir un poco más sobre lo que han llamado complicaciones de generalización, que consisten en la creación de focos parasitarios extra-intestinales. Al respecto, dice Abrami: "Esta complicación, siempre temible, domina todo el pronóstico de la enfermedad; sobreviene en todas sus formas, tanto en las que se manifiestan pronto y ruidosamente por

el síndrome disentérico, como en las formas frustradas, no disentéricas; tanto en los sujetos que sólo han tenido un brote agudo, como en los que los han tenido múltiples. Hasta parece, sin que pueda dar de este hecho una explicación satisfactoria, que ataca con predilección a los sujetos que han tenido pocos trastornos intestinales. La eventualidad de esta complicación debe hacernos muy prudentes, cuando se habla de la curación de la amibiasis, porque se la ve sorprender a los sujetos que parecían curados de sus lesiones intestinales desde hacía meses o años."

Ahora bien, el pronóstico es variable según que la amibiasis sea de aquellas en que predominan los fenómenos generales o que pertenezca al grupo de las que tienen predominancia de los síntomas locales. Las primeras son más difíciles de curar, presentan una gran resistencia al tratamiento y con frecuencia los medicamentos activos, en especial los arsenicales, son mal tolerados por el enfermo, posiblemente a causa del estado precario en que se encuentran. Estas formas requieren una gran dosis de paciencia y una prudencia muy grande en la administración de los medicamentos. En ellas hay que ir paso a paso, tratando primero que todo de modificar el mal estado general del enfermo por medio de una higiene apropiada, de curas de descanso y de aire y no imponiendo un régimen alimenticio demasiado severo que contribuiría a agotar al paciente. Colocado ya éste en mejores condiciones, los medicamentos se toleran mejor y tienen una acción mucho más rápida y eficaz. Las formas en que son los síntomas locales los que predominan, tienen en cierto modo la ventaja de que son más accesibles al tratamiento, pero no por eso deben ser descuidadas o tratadas de manera insuficiente, porque el enfermo continúa entonces en peligro, o bien de que le repitan sus ataques agudos o bien de una complicación como el absceso hepático, pulmonar u otro, o bien de que se convierta la enfermedad en una afección de forma crónica con predominancia de síntomas generales.

Vemos, pues, que el pronóstico de la amibiasis ha variado en un 100 por 100 de algunos años a esta parte; de una afección aguda fácilmente tratable en apariencia, hemos llegado a una enfermedad que reviste los más alarmantes caracteres, tanto por la tenacidad que de ordinario muestra, como por la extensión cada día mayor que adquiere.

### TRATAMIENTO

No ha sido nuestra intención el preconizar tal o cual tratamiento para la amibiasis y mal podría serlo, desde luego que el estudio de esta enfermedad nos ha demostrado claramente con cuántas dificultades se tropieza la mayoría de las veces para obtener un éxito definitivo. Pero sí consideramos conveniente deducir del mencionado estudio algunas reglas generales que puedan prestar cierto servicio en él.

Debemos considerar en el tratamiento de la amibiasis dos partes principales: la cuestión del régimen alimenticio y la terapéutica medicamentosa propiamente dicha.

La primera es talvez la más importante, porque siendo la amibiasis una afección cuyo punto de partida es intestinal, crea por ese mismo motivo la primera dificultad terapéutica, que es la relativa a la alimentación del enfermo, alimentación que debe reunir dos condiciones indispensables: ser bien tolerada para no agravar las lesiones existentes y al propio tiempo ser suficientemente nutritiva para evitar la decadencia del organismo.

Las consideraremos separadamente.

### REGIMEN ALIMENTICIO EN LA AMIBIASIS

No debe ser excesivamente severo, pero sí es preciso evitar que el enfermo ingiera alimentos irritantes o fácilmente putrescibles, con lo cual agravaría por una parte las lesiones intestinales y crearía un medio eminentemente favorable a la proliferación bacteriana y aun al desarrollo de las mismas amibas. En tal virtud será preciso prohibir terminantemente ciertos alimentos o sustancias tales como los picantes, licores, el té, el café en exceso y otros que por la gran cantidad de putrefacciones a que dan origen han sido eliminados en el régimen alimenticio de la mayor parte de las afecciones intestinales, como la leche, los huevos, etc.

Debemos insistir muy particularmente sobre los efectos a menudo desastrosos que la leche produce en los amibianos; ya sea porque existe una sensibilidad anafiláctica, cuya explicación tratamos de dar más arriba, ya porque la distensión gaseosa proveniente de las putrefacciones que ella determina, ocasiona cólicos, diarrea y meteorismo, es lo cierto que en la generalidad de los casos es muy mal tolerada y esto sucede no solamente en la forma crónica de la amibiasis, sino aun durante los períodos agudos; debe ser éste el primer alimento proscrito en todo régimen anti-amibiano. Otro tanto podemos decir de los huevos.

En cuanto a los demás alimentos, casi todos se pueden permitir al enfermo; la carne, que se ha tenido hasta los últimos tiempos como muy dañosa, no lo es en realidad de verdad tanto, y sí representa una fuente de albúminas muy importante, ya que los otros dos alimentos albuminoideos han sido suprimidos; de allí el que consideremos que se debe dar al enfermo, no durante los períodos agudos, pero sí en la forma crónica. Lo más conveniente es administrarla asada y en cuanto sea posible fresca.

No debe tampoco abusarse de las harinas, que con frecuencia dan lugar a diarreas de fermentación, pero se permitirá el pan, en especial el pan tostado y las galletas.

Las grasas merecen que nos detengamos un momento; en efecto, estas sustancias, que son fuente de energía y de calor para el organismo, no se deben suprimir totalmente como acontece con frecuencia por temor de lesionar o de empeorar el estado del hígado, tan frecuentemente alterado en la amibiasis. Aun en los casos en que haya lesión hepática es conveniente administrarlas en pequeña cantidad, para que las células hepáticas se vayan acostumbrando nuevamente a tolerarlas, pues no es la mejor manera de corregir un órgano alterado, la supresión de aquellos elementos que normalmente debe aceptar bien. Las grasas son excitantes de la función hepática y basta disminuirlas y luego aumentar su funcionamiento normal.

Sin embargo, en los comienzos del tratamiento es conveniente suprimir las grasas fritas que son las que se toleran más difícilmente. En tarlas progresivamente para que la glándula vaya recuperando lentamente se pueden permitir las grasas crudas (mantequilla) en pequeña cantidad.

Por lo demás la alimentación del amibiano debe ser suficiente en cantidad y en calidad; variando su naturaleza según la forma clínica predominante.

### TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Sería demasiado largo el enumerar uno a uno los diversos medicamentos empleados contra la amibiasis, que en los últimos tiempos se han multiplicado mucho, lo que prueba una vez más lo difícil que es obtener una completa curación de esta enfermedad. No podemos dentro de los límites estrechos de un estudio, más que todo clínico, de la amibiasis, estudiar detenidamente la acción fisiológica de los diversos productos, de suerte que hemos de limitarlos a enumerarlos y a exponer sus principales indicaciones, dejando los detalles de técnica terapéutica a un lado y recomendando al lector dos obras en donde pueden hallar datos muy importantes al respecto: el libro titulado *Tratamiento de la Sífilis, el Paludismo y la Amibiasis*, de Ravaut, en donde se hallarán esquemas terapéuticos muy completos, y la obra de Bensaude *Enfermedades del intestino*, recientemente aparecida y que expone con lujo de detalles tanto las formas clínicas como la terapéutica anti-amibiana.

Dos son principalmente los medicamentos que se usan contra la amibiasis: la emetina y las sales arsenicales; no obstante, es preciso tener en cuenta que si bien es verdad que la emetina ejerce una acción específica sobre las formas vegetativas de la amiba, en cambio su acción es nula o poco menos sobre los quistes. En cambio, los arsenicales tienen sobre éstos una acción más neta; pero como muy bien lo hace notar Ravaut, las amibas son parásitos que fácilmente se acostumbran a un medicamento y se hacen resistentes a él, de suerte que si solamente

se traía al paciente por la emetina, pronto ésta resultará ineficaz. Otro tanto sucederá con los arsenicales. Este concepto es de una gran importancia para establecer el tratamiento, y hemos de tenerlo en cuenta más adelante.

Por otra parte, para que los medicamentos anti-amibianos den todo el resultado apetecible, son necesarias toda una serie de condiciones que Bensaude clasifica así:

“La curación es tanto más segura y más durable, cuanto la enfermedad ha sido cuidada más precozmente; es, pues, en la fase inicial, en el primer ataque agudo de la amibiasis, cuando es preciso esforzarse por hallar el parásito y tratar al enfermo. Es antes de que la amiba haya alterado profundamente las paredes del colon; antes de que haya alojado sus quistes en la sub-mucosa, en donde pueden a veces vivir en silencio durante muchos años y resistir a tratamientos múltiples, antes de que haya creado la colitis crónica, tenaz y reincidente, cuando importa desembarazar al organismo del parásito.

2.—Pero el porvenir del disintérico depende también de la *intensidad* y de la *duración* del tratamiento. Es necesario obrar pronto, repetir las curas, a pesar de que aparentemente el enfermo esté ya perfectamente bien, para poder ofrecer a éste las mayores probabilidades de curación completa: Sífilis, paludismo, amibiasis, son, en efecto, tres entidades crónicas de recaídas, que Ravaut ha agrupado en una misma obra y a las cuales se aplican las mismas reglas terapéuticas: blanquear primero y consolidar luego por largo tiempo el efecto obtenido.

Veamos ahora la manera de aplicar los diferentes medicamentos:

*Emetina*.—Es el más antiguo de los anti-amibianos y también el más usado. Después de la ipeca ha sido el que se ha empleado en mayor escala, y su acción anti-amibiana es indudable. Los mejores resultados se obtienen con este medicamento cuando se le administra durante el período agudo de la amibiasis; en efecto, en pocos días se ve desaparecer la sangre y luego el moco de las deposiciones; éstas se hacen menos frecuentes y al examen microscópico las amibas disminuyen rápidamente y terminan por desaparecer también. Desgraciadamente esta desaparición de los parásitos y de los síntomas agudos no significa en manera alguna una curación de la afección; las amibas no mueren todas y gran número de ellas adoptan formas de resistencia que las ponen al abrigo de la acción de este medicamento. En esta forma pueden permanecer por espacio de meses y aun de años para dar de cuando en vez lugar a accesos agudos mas o menos intensos.

El papel de la emetina se limita, pues, a obtener la cesación de los fenómenos agudos, pero no ejerce influencia alguna sobre los quistes amibianos. Por esta razón y en vista de la desaparición de los parásitos, se había pensado hasta no hace mucho que un tratamiento emetínico era suficiente para obtener la curación de la amibiasis y de este



concepto erróneo han derivado la mayor parte de las complicaciones a que dicha afección puede dar origen.

La emetina en las formas crónicas, sobre todo en las formas con predominancia de síntomas locales, puede prestar un efectivo servicio, haciendo desaparecer las manifestaciones agudas y aun puede ser un tratamiento de fondo, pero no sola, sino asociada con otros medicamentos, en especial con los arsenicales. En los esquemas de Ravaut puede verse claramente cómo se debe emplear este medicamento.

*Arsenicales.*—La acción de las sales orgánicas de arsénico (606, 914, sulfarsenol, etc.), está plenamente demostrada en la terapéutica anti-amibiana, pero a semejanza de la emetina, aisladamente no dan resultados totalmente satisfactorios, pues de la misma manera que las amibas se acostumbran a la emetina y se hacen resistentes a ella, pueden hacerse arseno-resistentes si se les trata únicamente por estos medicamentos. Ravaut aconseja el uso simultáneo de la emetina y de los arsenicales porque de esta manera, dice, las amibas no se acostumbran tan fácilmente a una y a otros y los resultados que se obtienen son mucho más halagüeños. Sin embargo ve con frecuencia el médico formas de amibiasis totalmente resistentes a ambos medicamentos y con mayor frecuencia se le presenta el obstáculo de que el paciente es intolerante por los arsenicales, cosa perfectamente explicable si tiene en cuenta el grado de insuficiencia hepática a que llegan muchos de ellos.

Estas sales pueden administrarse por vía intravenosa, por vía rectal, y por vía bucal. Esta última forma de administración asegura una mejor tolerancia, aun cuando no siempre ella es perfecta; los productos que se encuentran actualmente en el comercio para administrarlos en esta forma son el Stovarsol, el Treparsol, el Paroxil o Spirocid y el Sanluol. Los tres primeros son bastante bien tolerados, y de entre ellos nos ha parecido que el más activo es el Treparsol; el Sanluol (606) nos parece el más tóxico, no obstante que Ravaut lo considera como el más tolerable. Posiblemente el que se trae a Bogotá sufre alguna descomposición a su paso por regiones cálidas y ésta puede muy bien ser la causa de que se muestre un poco tóxico. No nos detenemos en el estudio de las dosis de estos diversos medicamentos, por hallarse muy bien indicadas en el libro de Ravaut.

*Pasta de Ravaut.*—Este autor ha empleado la ipeca, el más antiguo de los medicamentos anti-amibianos, en asociación con el carbón y el bismuto, formando una pasta cuya fórmula es la siguiente:

Polvo de carbón vegetal . . . . .	100 gramos.
Polvo de subnitrate de bismuto . . . . .	100 gramos.
Jarabe simple . . . . .	100 gramos.
Glicerina . . . . .	100 gramos.
Polvo de ipeca . . . . .	4 gramos.

De este preparado administra de 2 a 12 cucharaditas de café por

24 horas. En las formas que presentan gran diarrea o dolores intensos agrega 0,80 centigramos de polvo de opio al total de la pasta, o hace tomar al enfermo al mismo tiempo que ella una cucharadita de elixir paregórico.

Este medicamento nos parece excelente en las formas crónicas de la amibiasis, y aun cuando los enfermos al principio lo rechazan por su aspecto desagradable, y por las náuseas que produce, basta comenzar por dosis bastante débiles para que poco a poco se vaya estableciendo la tolerancia. Por lo demás, es el mejor modo de administrar la ipeca en las formas crónicas de amibiasis, alternándolo con una sal arsenical por vía bucal. Como muy bien lo hace notar su autor, la ipeca por vía bucal obra infinitamente mejor en estas formas con abundantes quistes amibianos que la emetina, cuya acción es entonces nula o poco menos.

Debe administrarse por periodos de 10 días alternando con un arsenical y dejar luego un reposo de 10 a 15 días para intentar un nuevo ataque: es lo que se llama las curas sucesivas, a las cuales debe someterse el enfermo durante largo tiempo, espaciando cada vez más los periodos de tratamiento.

*Ipeca a la brasilera.*—Es otra buena forma de administrar este medicamento, pero como en las formas crónicas, existe un estado de irritación permanente del intestino, no conviene usarla por largo tiempo, so pena de agravar las lesiones creadas allí por la afección. La ipeca a la brasilera en cambio da resultados bastante satisfactorios durante las fases agudas de la infección y nosotros acostumbramos usarla sistemáticamente en la iniciación de la amibiasis. Su acción es muy neta y tiene la ventaja de obrar sobre las amibas que se encuentran en la luz del intestino, en tanto que la emetina solamente obra sobre las que se hallan en las paredes del mismo.

Hemos enumerado a grandes rasgos los principales medicamentos empleados ya en forma de inyección, ya por administración bucal para la amibiasis; al lado de éstos se encuentran algunos otros como el yatrén 105, que se administra en píldoras de 25 centigramos a la dosis de 8 a 12 diarias; es un buen medicamento, en particular en las formas de amibiasis con constipación, pues provoca una abundante diarrea, que puede ser aminorada por el uso de alguna preparación opiacea, como el elixir paregórico. La Popina, producto colombiano, derivado extraído de la leche de popa, da buenos resultados en las formas agudas, pero no nos parece darlos muy duraderos en las formas crónicas.

La casa Lilly fabrica actualmente un producto llamado Carbasone, cuya composición química nos parece análoga a la del Stovarsol; sus resultados son regulares, comparables a los de los demás arsenicales.

Aparte de los tratamientos descritos, que se administran por vía

bucal o por vía hipodérmica, hay algunos que se utilizan por vía rectal y que vamos a pasar en revista.

*Nitrato de plata.*—Los lavados de nitrato de plata se emplean en las formas con grandes ulceraciones, cuya localización se encuentra de preferencia en el colon izquierdo; el título de las soluciones es variable (del 1 por 1.000 al 1 por 500). Son muy cáusticos y hay que hacerlos preceder de un lavado evacuador y seguir de un lavado calmante con subnitrato de bismuto y unas gotas de láudano. En ciertas formas muy diarreicas dan buenos resultados; no así en las formas crónicas con constipación, en las que abundan los fenómenos generales.

*Yatren 105.*—Se aplica también en enemas a soluciones de concentración variable (1 por 500). Los resultados no nos parecen superiores a los de este medicamento administrado por vía bucal. Tiene a nuestro parecer la desventaja de producir un abundante flujo mucoso; las deposiciones toman con frecuencia, bajo su influencia, el aspecto de la colitis muco-membranosa.

*Borato de soda.*—Le Dantec preconiza una solución al 2 por 100 de borato de soda para los lavados intestinales; la hemos usado con buenos resultados y tiene la ventaja de que se tolera perfectamente, sin dolor alguno; es un buen adyuvante de la terapéutica bucal.

*Arsenicales por vía rectal.*—Algunos emplean soluciones de Neosalvarsán a dosis crecientes en la forma de enemas para retener. Su acción, buena en lo general, tiene el inconveniente de que en ciertos individuos muy debilitados o susceptibles a los arsenicales puede ocasionar molestias (trastornos, etc.)

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS

La lista de medicamentos y las diferentes formas de administración ideadas, son una prueba bastante clara de que ninguno de ellos es hasta el presente de una eficacia absoluta en todos los casos de amibiasis.

De aquí se desprende, pues, la necesidad de tantear en cada enfermo su susceptibilidad y buscar aquel que entre todos parezca dar los mejores resultados. No obstante, y como regla general, creemos con Ravaut en la necesidad imprescindible de no administrar nunca un sólo medicamento por la facilidad que hay de que las amibas se hagan resistentes a él, lo que lo inutilizará en adelante. El ideal de tratamiento es el de las curas mixtas emetino-arsenicales, o ipeca-arsenicales. Más aún, nos parece que la vía bucal es la de elección para la terapéutica anti-amibiana: es la que se muestra más activa y a la que más fácilmente se somete al paciente.

Hemos usado de preferencia la Pasta de Ravaut, asociada a los ar-

senicales, en especial al Treparsol que nos ha parecido de los más activos; naturalmente hay que vigilar al enfermo cuidadosamente y suspender la medicación arsenical al menor signo de intolerancia. Pero lo que nos parece de una importancia capital es el tratamiento adyuvante, que debe tener por principal objetivo colocar al paciente en las mejores condiciones, suprimiendo en cuanto sea posible las perturbaciones digestivas que le impiden alimnetarse de una manera más o menos normal y suficiente. El exceso de régimen alimenticio, lejos de ser conveniente, es profundamente nocivo para el enfermo, pues contribuye con la afección a debilitarlo y colocarlo en condiciones de inferioridad en las que no es posible esperar de los medicamentos un efecto satisfactorio.

Es necesario suprimir en la medida de lo posible todos aquellos fenómenos generales que tanto molestan al paciente y que constituyen para él un motivo de preocupación permanente, tales como los síntomas reflejos: jaquecas, vértigos, urticarias, etc., debidos en su mayor parte, como lo vimos ya, a las alteraciones de otros órganos de la digestión.

Bensaude preconiza con muy justa razón como un buen medio de evitar las fermentaciones intestinales, así como las crisis hemoclásicas, las palpitaciones, etc., el bismuto (subnitrato) a dosis elevadas (6 a 20 gramos diarios), durante varios días; dice no haber encontrado nunca fenómenos de intolerancia. Realmente el bismuto obra bien, haciendo desaparecer muchos de los síntomas anotados, aumentando el peso del bolo fecal y disminuyendo la constipación, absorbiendo gases y evitando en esta forma las manifestaciones de aerogastria y aerocolia, posiblemente barnizando la mucosa con una capa que impide la absorción muy rápida de los alimentos y evitando en esta forma las manifestaciones simpáticas y anafilácticas. El lo hace ingerir al enfermo quince a veinte minutos antes de las comidas (3 ó 6 gramos).

Pero a la larga el bismuto nos ha parecido que tiene siempre ciertos inconvenientes que se manifiestan especialmente sobre el estado general: color terroso del enfermo, a veces aumento de la astenia y cefalalgia. Así, pues, no debe prolongarse el uso de este medicamento por un tiempo demasiado largo.

En cambio, la pasta de Ravaut, que hemos mencionado arriba, nos parece que llena bien las indicaciones del bismuto, siendo al mismo tiempo un tratamiento de fondo de la amibiasis misma.

En las formas con constipación tenaz es necesario tratar ésta, para evitar la intoxicación del paciente y aquí el tratamiento se complica de manera singular, porque los laxantes ordinarios tienen con frecuencia un efecto muy nocivo, pues, como en estos enfermos la mucosa intestinal se halla permanentemente irritada, el laxante aumenta la lesión y es posteriormente causa de espasmos dolorosos y que a su vez hacen más difícil la exoneración.

Es indispensable por lo tanto elegir muy cuidadosamente el laxante que se deba emplear, dando la preferencia a los aceites de vaselina puros que desgraciadamente no siempre se muestran suficientemente activos. Hemos usado con buenos resultados, pero siempre que se tenga un poco de constancia en su uso, la belladona en la forma de píldoras de Trousseau, a la dosis de 2 a 4 diarias. La belladona llena aquí una doble indicación: disminuye los espasmos por una parte y calma los dolores al mismo tiempo que obra como laxante.

Entre los absorbentes, muy usados en estos enfermos para hacer desaparecer los síntomas debidos a fermentaciones anormales, debemos desechar el bicarbonato de soda, cuya acción alcalinizante es momentánea, siendo posteriormente excito-secretor.

Además, debemos recordar que en estos enfermos, las sensaciones que pudieran a primera vista hacer pensar en una hiperclorhidria (agrieras, etc.), no son debidas en la inmensa mayoría de los casos sino a fermentaciones anormales, originadas precisamente por la falta de acidez clorhídrica que las impida.

Cuando se quiera administrar un medicamento absorbente, deberá preferirse el bismuto a pequeñas dosis, la magnesia, la creta, etc. Se les puede asociar en algunos casos la belladona, con lo cual se obtienen resultados mucho más rápidos y completos.

El uso de medicamentos excitantes de las secreciones biliares no siempre es bien tolerado por esta clase de pacientes; en particular hemos notado que la bilis de buey obra bastante mal, pues produce un abundante flujo biliar que es causa de irritación del intestino y de agudización de los fenómenos dolorosos y diarreicos. Algunos pacientes, sin embargo, toleran bastante bien el sulfato de soda a pequeñas dosis, pero en otros no tardan en aparecer los signos de irritación intestinal. Naturalmente que esto se refiere a las formas crónicas, no a las agudas, en las cuales el sulfato de soda obra muy bien.

En los casos en que se encuentren alteraciones de otros órganos de origen intestinal (pielitis), es absolutamente indispensable tratar éstas de manera conveniente, y en cuanto sea posible determinar el germen que las produce (colibacilo, por ejemplo), lo que facilita singularmente la terapéutica, pues permite el uso de vacunas específicas o de anti-virus con los cuales se obtienen muy buenos resultados.

Vemos, pues, por las anteriores consideraciones, que el tratamiento de la amibiasis no es tan sencillo como a primera vista pudiera creerse y como hasta no hace mucho se consideraba. Esta afección determina multitud de alteraciones funcionales y aun orgánicas en sitios lejanos de su punto de partida, que no solamente pueden desorientar al médico en cuanto al diagnóstico, sino también son susceptibles de hacer errar la terapéutica conveniente. Además, en los casos cuya naturaleza amibiana se llega a poner en evidencia, es de todo punto indispensable

no limitarse al tratamiento de la amibiasis misma; es preciso tratar los síntomas concomitantes y sobre todo esforzarse por colocar al enfermo en las mejores condiciones higiénicas y de resistencia orgánica. Preocuparse muy especialmente por mejorar su estado general, hacer aumentar el peso por medio de una alimentación suficiente y obrar también sobre la parte moral del individuo, alejándole en cuanto sea posible todo aquello que pueda preocuparlo. La mejoría del estado general, el aumento de peso, etc., son signos evidentes de mejoría, aun cuando los fenómenos locales persistan, y es bien sabido que un amibiano que engorda está en vía de curación.

Calle 16, Nº 995.

