

## PARASITOS INTESTINALES. ESTADISTICA.

(Pereira y sus inmediaciones. Contribución a la *Geografía Médica del Departamento de Caldas*),

por el doctor RAFAEL DOMINGUEZ P. (de Pereira).

(Presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

Este trabajo encierra la estadística de los exámenes coprológicos practicados por nosotros, en clientela privada, de mayo de 1916 a mayo de 1917, en Pereira y sus inmediaciones. Su objeto es dar a conocer el grado y la calidad de la infección intestinal por parásitos en la citada región, tal como se desprende de una experiencia personalísima, muy limitada es cierto, pero cuidadosa e imparcialmente conducida.

La estadística comprende:

Número de orden, nombre del enfermo, edad, ocupación, lugar natal, diagnóstico, síntomas intestinales y observaciones, examen coprológico, fecha del examen.

El examen coprológico está dividido así: *huevos* (de uncinaria, tricocéfalo y ascárides); *parásitos* protozoarios adultos, vivos, móviles (amiba estolítica, tricomonas intestinal, balantidium coli, lamblia intestinales), y *anguilulas* (larvas rabsditoides). No vimos oxiuros. Las tenias no tuvieron cabida, por cuanto su diagnóstico no se hace por lo general con el microscopio.

El *diagnóstico* es algo confuso por falta de unidad o plan preestablecido; así, unas veces está inscrito un diagnóstico definitivo, otras uno

preliminar; o bien, al lado de alguno basado en la sola clínica o enteramente indeciso, aparece otro confirmado por el laboratorio o por la cirugía. No es extraño tampoco que la constipación y la diarrea figuren unas veces como *diagnóstico* y otras como *síntoma*. En aquel caso deben interpretarse como afecciones monosintomáticas, de etiología oscura. Cuando se practicaron varios exámenes en un mismo individuo, van numerados, con la condición en que ocurrieron y la fecha correspondiente.

Los demás puntos no necesitan explicación.

Luégo siguen algunos desarrollos de esta estadística, aplicando donde es posible el método gráfico, por su mayor claridad, y finalmente, unas *breves consideraciones*, particularmente sobre amibas y tricomonas.

Bien se echará de ver, por lo reducido del punto de vista y la estrechez de la zona, la modestia del trabajo; pero si no logra interesar a nadie, culpa será—y toda—de su autor, que ahí están para compensar sus deficiencias, la enorme difusión de los parásitos en el país y la importancia económica y social que para la Nación tiene la bella como próspera hoy del Quindío:

a) En resumen, 315 exámenes coprológicos, de los cuales 6 son negativos. Existía la infección parasitaria, pues en 98 por 100 de las personas examinadas (de toda edad, sexo, condición, enfermedad, etc), este tanto por ciento sube ligeramente, si excluimos los exámenes de tres niños (de dos y medio, nueve y doce meses de edad, números 142, 113 y 283, respectivamente),

en quienes el análisis era casi superfluo. Total: 309 exámenes positivos en 312,99 por 100.

b) El resultado de los exámenes microscópicos es, por orden de frecuencia, como sigue:

Tricocéf. y ascárides . . . . .	56
Uncinaria tric. y asc . . . . .	46
Tricocéfalos . . . . .	24
Unc. tric. asc. y amibas . . . . .	19
Tric. asc. amibas . . . . .	18
Ascárides . . . . .	15
Unc. tric. . . . .	14
Unc. asc . . . . .	9
Uncinarias . . . . .	8
Unc. tric. amibas . . . . .	8
Unc. asc. amibas . . . . .	7
Tric. asc. anguílulas . . . . .	7
Tric. amibas . . . . .	7
Unc. tric. asc. tricomonas . . . . .	6
Unc. tric. amibas, tricomonas . . . . .	5
Tric. tricomonas . . . . .	5
Tric. asc. amibas, tricomonas . . . . .	5
Tric. amibas, tricomonas . . . . .	5
Unc. tric. asc. anguílulas . . . . .	5
Tric. asc. tricomonas . . . . .	5
Unc. tric. asc. anguíl. amibas . . . . .	5
Amibas . . . . .	3
Asc. amibas . . . . .	3
Unc. tric. tricomonas . . . . .	3
Unc. tric. anguílulas . . . . .	3
Unc. amibas, tricomonas . . . . .	2
Unc. tric. amibas, tricomon. asc . . . . .	2
Unc. amibas . . . . .	2
Tric. anguílulas . . . . .	2

Tricomonas .....	2
Unc. Tricomonas .....	1
Unc. tric. asc. balantid .....	1
Tric. asc. balantidiums .....	1
Unc. tric. balantidiums .....	1
Unc. anguílulas .....	1
Unc. asc. anguílulas .....	1
Unc. tric. anguíl. amibas .....	1
Tric. amibas, tric. lamblias .....	1
Tric. asc. anguíl. amib. tric. ....	1
dística .....	
	309
Negativos .....	6
	315

Exámenes simples (de un solo elemento) 52  
 Exámenes con asociación más o menos  
 compleja ..... 257  
 Había asociación en 83.18 por 100 de los  
 sujetos.

c) La figura siguiente muestra la frecuencia  
 relativa de los parásitos encontrados:

	Asociados: 232	Solos: 24	Por 100
Tricocéfalo			256; 82,8
Ascáride	197	15	212; 68,6
Uncinaria	142	8	150; 48,5
Amibas	91	3	94; 30,4

	41	2
Tricomonas _____	43;	14,2
Anguílulas _____	26;	8,4
Balantidium _____	3;	0,9
Lamblia _____	1;	0,3

d) La frecuencia de los parásitos, según la edad, puede verse en las gráficas adjuntas, en la segunda de las cuales se hallan separados los dos sexos. Pueden resumirse así:

Los dos más importantes han presentado curvas sensiblemente iguales en los dos sexos: la uncinaria, una regularmente creciente hasta los treinta años, y luego decreciente hasta los sesenta y más años; la amiba, dos máximum, el primero—más elevado—hacia los diez años, y el segundo, hacia los treinta en el hombre y los cuarenta en la mujer. Indudablemente hay en los niños una aptitud particular para la amibiasis. En la edad adulta predominan: en el hombre, la uncinaria; en la mujer, el tricocéfalo y el ascáride. La muesca que se encuentra hacia los veinte años en el total de exámenes, y que es casi enteramente determinada por el sexo masculino, debe ser provocada—según toda probabilidad—por la escuela y el colegio.

e) Síntomas intestinales y parásitos.

# CUADRO

	Nulos.	Anteced.	Diarrea.	Alternat.	Constip.	Disent.	?
Gusanos.....	59	15	29	2	59	7	19
Amibas.....	..	..	..	..	..	3	..
Tricomonas.....	..	1	..	..	1	..	..
Gusan. y amibas.....	..	..	..	2	..	68	..
Gusan. y tricomonas..	..	..	8	3	8	..	1
Gusan. y balantid....	..	..	1	1	1	..	..
Asociac. complex....	..	..	..	2	..	19	..
(Negativos).....	2	..	2	..	1	..	1

Los síntomas se han dividido así:

*Nulos*: funcionamiento normal del intestino.

*Anteced.*: antecedentes de diarrea más o menos marcada y no muy remota.

*Diarrea*: evacuaciones más o menos frecuentes de materias fecales más o menos líquidas, sin sangre habitual.

*Alternat.*: alternativas de diarrea y constipación, o simplemente diarrea por accesos.

*Constip.*: constipación.

¿: sin especificar en nuestras anotaciones.

*Disent.*: *disenteria*. Esta última requiere explicaciones más amplias por su complejidad. En efecto, en la disenteria hay dos elementos primordiales: el uno anatomopatológico, es la ulceración del colon; el otro, fisiopatológico, es el síndrome rectal: cólico expulsivo, tenesmo, pujo. Estos dos elementos no están necesariamente subordinados entre sí ni coexisten necesariamente. Hay disenterias sin fenómenos rectales, y síndromos rectales sin ulceración (prostatitis agudas, supuradas o nó; ciertas afecciones ginecológicas; algunas neoplasias del recto no ulceradas; varios trastornos medulares . . . ). De los dos es más importante la ulceración, que es constante; pero sus manifestaciones son muy variables, tanto en las diversas colitis ulcerativas como durante la evolución de una cualquiera de ellas. Sin embargo, la constipación es habitual, y las evacuaciones están compuestas en su mayor parte de mucosidades, sanguinolentas o nó; y posee un signo casi patognomónico: la presencia de pus en las deyecciones, con sangre o sin ella. Puestos a hacer una clasificación, diríamos.

### Colitis ulcerosas:

1º Agudas: disenteria aguda, epidémica; deposiciones mucosanguinolentas, fenómenos rectales casi constantes.

a) De causa conocida (bacilos de Shiga, Flexner, Hiss, Strong).

b) Causa desconocida (epidemias de Bogotá, Medellín, la Costa, Trinidad, 1914-1916).

### 2º Crónicas:

a) De causa conocida: disenterias crónicas, endémicas; deposiciones *polimorfas*, en muchas ocasiones mucosanguinolentas; síndrome rectal variable (amibas, biliarziasdisenteria de Egipto).

b) De causa desconocida: deposiciones raras sanguinolentas, síndrome rectal casi siempre ausente, constipación habitual con crisis mucosas, y pus al microscopio.

Ahora bien, basta una ojeada sobre este cuadro (simple esbozo de clasificación, que no tiene la pretensión de ser completa), para ver que el término *disenteria* se aplica exclusivamente a aquellas colitis ulcerosas que se manifiestan por deposiciones *sanguinolentas*, dejando absolutamente sin nomenclatura los trastornos intestinales del último grupo. Con efecto, en presencia de un enfermo que adolezca de una de estas colitis (y es el caso de las enfermas números 144 y 218 de la estadística), ¿qué diremos que tiene respecto al funcionamiento del intestino? Diarrea nó, porque no arroja materias fecales; constipación tampoco, porque además de la ausencia de materias excrementicias, hay pus, revelador de ulceraciones; ni disenteria, porque no hay sangre en las evacuaciones. Precisamente



para dar nombre a esos trastornos y reunir en un mismo grupo entidades patológicas que no tienen razón ninguna para separarse, proponemos aplicar el término *disenteria* al *funcionamiento morbo del intestino, caracterizado por constipación habitual con evacuaciones mucopurulentas, sanguinolentas o nó, con o sin fenómenos rectales, y debido a un proceso ulcerativo del colon, agudo o crónico, de causa conocida o desconocida* (1). Es lo que hemos hecho en el cuadro E; pero en él hemos agregado algunos casos de síntomas rectales sin ulceración (no disentéricos, pues), primero, porque esto no se supo sino hasta después del examen microscópico, y segundo, para darles sitio en alguna parte. Más adelante serán analizados.

De manera que debajo del encabezamiento *disenteria*, quedan comprendidos:

a) Casos de evacuaciones mucosanguinolentas independientemente de otros síntomas.

b) Casos de constipación con evacuaciones mucosas, purulentas al microscopio (con lo cual queda excluida la *colitis mucosa*, que es una simple constipación, simple elemento de una neurosis); y

c) Casos de sintomatología rectal, cualquiera que sea la exoneración intestinal.

Volviendo al cuadro E, de 97 *disenterias* analizadas microscópicamente, 90 eran amibianas; de 94 amibiasis reveladas por el microscopio

---

(1) Esta manera de ver tendría además la ventaja de volver el término a su significado etimológico y darle un valor comparable al de muchas expresiones de construcción semejante: dispepsia, disfagia, dismenorrea, distrofia, etc., según las cuales una determinada función se hace mal o con alguna dificultad.

pio, 90 eran *disenterias*. La conclusión es terminante.

Los otros elementos del cuadro dan resultados vagos: los gusanos, por ejemplo, de 190 casos (solos), 31 fueron hallados en diarreas—16.3 por 100,— 7 en *disenterias* (*vide infra*), y el resto, 152, en sujetos sin trastornos intestinales o constipados—80 por 100—(despreciando los antecedentes de diarrea).

De 43 tricomonas, 9 en constipaciones—20.9 por 100; 11 en diarreas—25.5 por 100; 21 en *disenterias* amibianas—48.8 por 100; uno en «antecedentes de diarrea,» y otro sin especificar. En otras palabras, el tricomonas fue hallado asociado a la amiba en *la mitad* de los casos; *un cuarto* de los tricomonas produciría diarrea.

De 50 diarreas analizadas al microscopio, 31 mostraron gusanos (62 por 100); 11 el tricomonas (22 por 100); 4 la amiba (8 por 100), y 2 el *balantidium* (4 por 100). Es decir, *un quinto* de las diarreas era debido al tricomonas.

Ahora bien: el vulgo de estas regiones llama «daño de estómago» el síntoma «frecuencia de las evacuaciones,» cualquiera que sea su calidad, y agrega nombres impresionantes para indicar su aspecto. Si nosotros procedemos de igual manera y sumamos los grupos correspondientes, encontramos 147 «daños de estómago,» de los cuales 94 de amibas (63.9 por 100); 38 con gusanos (25.8 por 100); 11 de tricomonas (7.4 por 100); 2 de *balantidiums* (1.3 por 100), y dos sin parásitos. La conclusión es notable en sus aspectos nosológico, terapéutico e higiénico: *dos tercios de los «daños de estómago» que ocurren en Pereira y sus inmediaciones son de origen amibiano.*

En el meritísimo libro de nuestro distinguido colega el doctor Emilio Robledo (de Manizales) hemos leído (*Geografía Médica del Departamento de Caldas*, página 195):

«La tricocefalosis es otra enfermedad bien conocida en Pereira. Con frecuencia la *disenteria crónica* que allí se observa no es sino una diarrea sanguinolenta producida por dicho nemátodo.»

Y un poco antes (los subrayados son nuestros):

«Las cloroanemias, los estados neuropáticos, la psiquiastenia, los desarreglos menstruales, ciertas bronquitis crónicas, las degeneraciones del músculo cardíaco, las dispepsias gástricas e intestinales y *diarreas de larga duración . . . etc.*, etc., todas estas afecciones y otras más, son allí de origen uncinárico o paludoso . . .»

Y en la página 197:

«Es frecuente la disenteria en Pereira . . . dicha disenteria es casi siempre de origen amibiano.»

Entonces, si la disenteria es «casi siempre amibiana,» ¿cómo puede ser frecuente la disenteria por tricocéfalos? Si las «diarreas de larga duración» y otras afecciones «son de origen uncinárico o paludoso,» ¿cómo puede haberlas con frecuencia de origen tricocefálico? Los estudios hechos por nosotros no confirman esta manera de ver, excepto la última proposición. El tricocéfalo y la uncinaria tienen un papel más modesto, puesto que, juntos con las lombrices y las anguílulas, no han producido sino *un cuarto* de los «daños de estómago» analizados, sin contar con que de 190 casos de gusanos, solamente 31 presentaban diarrea, lo cual

es como decir que no la producen sino en *un sexto* de los casos. Tampoco hemos visto disenteria de tricocéfalos.

Urge hacer notar en este momento que no todas las diarreas con gusanos eran debidas a estos parásitos. Para decidir el punto no hay más criterio que la eficacia de los antihelmínticos, y no en absoluto. La escasez de huevos al examen coprológico milita en favor del pequeño número de parásitos, pero la inversa es falsa. Por ejemplo, la enferma del número 125 se quejaba de trastornos gástricos e intestinales; sufría una arterioesclerosis con aortitis crónica, y mejoró después de expulsar numerosos tricocéfalos y algunas lombrices; sin embargo, a los seis meses sobrevino una crisis diarreica, con tensión arterial elevada y sin parásitos en las heces; considerada esta vez como compensadora, fue respetada, y cesó espontáneamente a los cuatro días. La señora del número 188 tuvo diarrea desde el principio de una pleuresía serofibronosa, arrojó abundantes tricocéfalos y ascárides, pero el flujo intestinal persistió hasta la completa absorción del derrame. La señora del número 93 padecía por tiempos una diarrea cuyo origen nos fue desconocido; había uno que otro huevo de tricocéfalo en las preparaciones, y la leche de higuieron no hizo efecto; mejoró con la dieta y los astringentes. Otra señora (número 12), que había curado de una amibiasis latente de varios años de duración, tuvo seis meses después una endometritis puerperal acompañada de diarrea mucosa muy molesta; echó con un vermífugo diez y ocho helmintos, pero semejante a la del número 188 citada, se mantuvo la

diarrea durante la infección uterina como en la otra durante la fluxión pleurítica.

Tocante a las «disenterias de gusanos,» es menester un análisis semejante.

1. La señora del número 218 sufría una colitis ulcerosa crónica, de causa desconocida: dolor en los cólores, pus en las evacuaciones. En el curso de seis meses presenciámos dos crisis, con exacerbación de los dolores abdominales, malestar general, descomposición, deposiciones frecuentes, mucosas, sin sangre. En ninguna de las dos pudimos hallar amibas, a pesar de haberlas buscado con esmero, repetidas veces; sin embargo, la emetina obró sumamente bien en ambas.

2. La del número 144 había tenido una disenteria de larga duración, de la cual estaba bien hacía solamente un año; pero quedó con una constipación tenaz, los cólores muy gruesos, particularmente el derecho, dolorosos espontáneamente y a la presión, dispepsia de forma hiperclorhídrica, y de vez en cuando crisis mucosas, el apetito parecía definitivamente perdido, comenzaba a enflaquecer, y en las deposiciones había siempre pus. La constipación fue rebelde a los tratamientos ordinarios, incluso las lavativas de aceite con soda; la emetina apenas moderó algo el dolor mientras se aplicaba; los alcalinos corregían ligerante su acidez gástrica y no provocaban sino alivios pasajeros. A lo último vino a mejorar notablemente con el «914»: calmó el dolor espontáneo, disminuyeron de volumen los cólores, la exoneración intestinal principió a efectuarse con regularidad, volvió el ánimo a la enferma . . . . y la perdimos de vista.

Es posible que esta señora haya tenido una disenteria amibiana que dejara serias ulceraciones cólicas; pero no tenemos datos positivos sobre el particular. Más bien creemos que se trataba de una colitis semejante a la anterior, y no nos hemos detenido en ellas sino por lo interesante de los tratamientos.

3. La enferma del número 251 estaba en hiposistolia (mitral); no toleraba la digital (pulso digitálico con las primeras cinco gotas de la solución oficial al milésimo, acompañado de dolores de estómago), y nos disponíamos a hacerle una sangría cuando sobrevino un accidente disenteriforme, con deposiciones fuertemente sanguinolentas. Esta enterorragia, verdadera sangría de la porta, nos pareció del mejor augurio, y no hicimos nada por calmarla: cesó espontáneamente a los cuatro días y la compensación se instaló de nuevo. Un mes más tarde apareció la asistolia, esta vez definitiva, sin enterorragias, pero con hemoptisis; y la enferma sucumbió.

4. La señora del número 193 tenía una tabes confirmada; el único síntoma que le faltaba era la incoordinación de la marcha. Hacía deposiciones frecuentes, mucosas, con imperio, tenesmo y descomposición general; la vejiga, por el contrario, había perdido la necesidad de la micción y no funcionaba sino cuando lo hacía el recto.

El señor del número 209, antiguo sifilítico y palúdico reciente, se quejaba de trastornos intestinales que venían por accesos, con tenesmo y pujo y retención de orina a un mismo tiempo. Las pupilas eran desiguales e insepales a la

luz; el bazo, grande y doloroso. Aun cuando no tenía otros síntomas y los reflejos rotulianos eran normales, creemos que este sujeto es un tabético.

6. El número 249 de la rectitis es muy vago, porque la enferma no volvió. Lo señalamos para hacer ver que los síntomas rectales de que se quejaba no eran de origen amibiano, y que no tenía *disenteria*.

7. Finalmente, el número 1 era una *disenteria* amibiana, como se verá más adelante.

En resumen: de los siete casos de *disenteria de gusanos* ninguno era debido a estos gusanos; uno era amibiano, y los restantes sólo dos eran *disenterias*.

En la figura siguiente se pone de manifiesto la frecuencia relativa de las causas de los «daños de estómago» que figuran en los cuadros, ya completado el análisis de cada uno de ellos.

## DIAGRAMA

	Disenterias: 91	Diarreas: 4
Amibas	_____	95
Gusanos	_____	23
Tricomonas	_____	10
Enteritis	_____	5
Balantidiums	_____	2
Colitis ulcerosas	_____	2
Tuberculosis	_____	2
Tabes	_____	2
Rectitis	_____	1
Arterioesclerosis	_____	1
Anemia perniciosa	_____	1

Pleuresía	1
Infeción puerperal	1
Hiposistolia	1
Cáncer uterino	1
	147

#### BREVES CONSIDERACIONES

*Amibiasis.* Aun cuando se asigne a la palabra *disenteria* el significado y la extensión que anteriormente hemos apuntado, hay, evidentemente, casos de amibiasis que no son disentéricas, en las cuales no se encuentra señal alguna de ulceración del colon. Sin embargo, esto es raro: cuatro casos sobre noventa en nuestra estadística. En tales circunstancias el diagnóstico es casi imposible sin el recurso del microscopio; pero algunos datos de la historia pueden servirnos de guía: la duración de la enfermedad, su aparición por accesos, la necesidad imperiosa de evacuar, y por último, el fracaso de las medicaciones más diversamente prescritas. Todos los otros casos, es decir, la gran mayoría, han presentado un cuadro intestinal que puede resumirse así: *daños de estómago, polimorfos de larga duración.* La variabilidad de las deposiciones es un signo que no falta casi en ninguna de las historias: *verdes, blancas, amarillas, babosas, sanguinolentas, diarreicas (daños simplemente), lientéricas, y de vez en cuando, y hasta por tiempos más o menos largos, moldedas, enteramente normales.* Las evacuaciones varían en todo el curso de la enfermedad, y no sólo de un



día a otro, sino aun en las diferentes horas del día. Hay enfermos que no son importunados de noche por su dolencia, por extraño que parezca; otros en quienes no aparece la mucosidad sanguinolenta sino de medio día en adelante; algunos que atribuyen su novedad a determinados alimentos, a la ingestión de alcohol, a la humedad, a ciertos trabajos, y algunos otros, en fin, que no la sienten sino en condiciones especialísimas, como durante la menstruación o el embarazo. Las enfermas números 62 y 280 se quejaban, la una de accesos disenteriformes, la otra de diarrea, únicamente mientras menstruaban; la del número 304 padecía la amibiasis solamente cuando quedaba encinta. No tenemos ninguna explicación para estos fenómenos.

Los síntomas no son menos variables que las deposiciones: el pujo es muy frecuente en los niños, como puede verse en el cuadro general contando los prolapsos; el dolor, poco frecuente, ha sido en algunos tan intenso que ha dominado todo el cuadro clínico—número 123;—el tenesmo raro, casi ausente. Las deposiciones ocurren más a menudo de día que de noche en el mayor número; rara vez sucede lo contrario; es excepcional que el intestino no moleste de noche. La marcha es esencialmente crónica; dura meses y años—dos, cuatro y hasta seis y ocho años,—interrumpida por exacerbaciones agudas o por períodos de calma completa. En no pocos casos los enfermos conservan cierta robustez y buen apetito; en otros, afortunadamente raros, toma la enfermedad un curso agudo, superagudo aún, y llega rápidamente a la gangrena mortal, sea en

el primer ataque (números 197 y 234), sea en una cualquiera de las exacerbaciones (número 196). Entre estos dos extremos se coloca la mayor parte.

Las complicaciones que hemos podido observar se reducen a cuatro:

a) Prolapso rectal: frecuente en los niños y signo diagnóstico de primer orden; raro en los adultos (números 17 y 45);

b) Gangrena intestinal, fatal: tres casos, tres muertes.

c) Invaginación intestinal: número 198, muerte. Este niño fue examinado por nosotros el 22 de diciembre de 1916, y aconsejamos purgantes adecuados y emetina. No lo volvimos a ver hasta el 24 de abril de 1917, fecha en que lo trajeron de nuevo al consultorio en deplorable estado: contraído el semblante, con dolores intensos en todo el abdomen, vómito (cosa que no había tenido antes) y *mejoría* de las evacuaciones: en el vientre se *veía* un asa gruesa, tendida de la fosa ilíaca derecha al hipocondrio izquierdo, palpable como una *longaniza* pastosa, y cuya inmovilidad contrastaba con el activo peristaltismo de las asas vecinas. Murió a los tres días.

d) Hepatitis: dos casos, curados por la emetina sola, números 72 y 302: en ambos había amibas en las deposiciones, en ambos un hígado grande que bajaba dos dedos de las costillas, doloroso espontáneamente y a la presión, particularmente en el segundo, que requirió una inyección de morfina; pero aquél tenía fiebre (38°-38°7), sudores y un color terroso feo, mientras éste conservaba la temperatura y color normales: el prime-

ro necesitó doce inyecciones intravenosas de emetina, el segundo únicamente seis: hasta el 1º de junio de 1917, ninguno de los dos había recaído. El número uno exhibía la cicatriz de un acceso hepático operado un año antes; se quejaba de la vuelta de algunos trastornos intestinales y de ligero dolor en la cicatriz: venía de Santa Rosa y no pudimos ver amibas en las evacuaciones —que eran mucosanguinolentas— tal vez por el largo tiempo transcurrido entre la exoneración y el examen, pero es seguro que las había, por el antecedente y porque curó con emetina; sin embargo, el dolor de la cicatriz no cedió del todo, y como no había ninguna otra cosa que hiciera pensar en nueva inflamación hepática, se atribuyó a alguna adherencia peritoneal; lo vimos varios meses después en buen estado. El número 11 contaba en su historia haber tenido unas dos o tres veces supurado el hígado y vaciado otras tantas en el intestino (probablemente el colon), la primera de ellas delante de los cirujanos, inmediatamente antes de la intervención; era además alcohólico inveterado y tuberculoso; sufría una diarrea tenaz, ya lientérica, ya mucosanguinolenta, y una dispepsia grave que le impedía casi toda alimentación; mejoró un poco con la medicación racional, pero habiéndola abandonado prontamente a pesar de su buen efecto, volvió la enfermedad con fuerza, llevóle rápidamente a la caquexia y sucumbió presa de una diarrea incoercible, el 11 de diciembre de 1916. Durante el tiempo último de su vida no hubo manifestación hepática. Finalmente, vimos otro enfermo operado por absceso hepático, que

no figura en los cuadros porque no presentaba entonces más que una hernia postoperatoria (incisión paralela al borde costal).

Total, dos hepatitis agudas (una supurada, probablemente) en 94 amibiasis, y tres abscesos ocurridos en épocas anteriores (de un año y más), lo cual confirma la opinión del doctor Robledo, de «que los abscesos hepáticos, muy frecuentes en otro tiempo, son muy raros (en Pereira), a causa del mismo tratamiento (por la emetina).»

El pronóstico está dominado casi exclusivamente por el reconocimiento de la enfermedad, porque al diagnóstico sigue inmediatamente el tratamiento. Gracias a la emetina, la grande endemia de estas regiones se ha vuelto una de las enfermedades más fácilmente tratables.

El tratamiento que hemos usado ha sido el siguiente:

1º Si el estado del enfermo no era apremiante, se aplicaban purgante inicial y antihelmíntico de preferencia (timol, leche de higuerón u otro, según el caso).

2.º Inyecciones *intravenosas* de emetina (0.04 gramos).

3º Purgantes, uno; apenas calmados los síntomas (cuatro días, *máximum*, en nuestros casos), y otro al terminar la serie de inyecciones, habitualmente seis. Estos purgantes eran antihelmínticos si había lugar, salinos o de calomel si los primeros no estaban indicados.

En los niños la emetina se aplicaba en inyección intramuscular, a la mitad de la dosis.

La dieta, muy liberal; únicamente limitada al principio, por algún síntoma penoso (cólico, lienteria, timpanismo, etc.).

La vía intravenosa fue elegida partiendo de nociones teóricas, por analogía con los otros medicamentos específicos cuyo efecto es tanto más notable cuanto más rápida y abundantemente sean administrados. Dada una enfermedad de tratamiento específico, la indicación perentoria es poner el agente terapéutico (*nosocrático*, según la expresión de Manquat) en contacto con el morbo, en el menor tiempo posible, a la dosis máxima tolerable y a la mayor concentración soportable sin inconveniente. Bien sabemos que estas ideas no son compartidas por todo el mundo, y que muchos siguen discutiendo sobre solubilidad e insolubilidad de las preparaciones, lentitud o rapidez de la eliminación, «animalización» (vitalización) de los medicamentos, y cosas por el estilo. A estos escépticos les recordaremos las mejoras obtenidas en el tratamiento de la difteria por el suero en inyecciones intravenosas; las muy notables en el del tétanos por la administración de grandes dosis de antitoxina por vía venosa, y más aún por la intrarraquídea y la directamente cerebral; la ineficacia del suero antimeningocócico como no sea aplicado *in loco* en el líquido espinal; la era de la arsenoterapia de las espirilosis; los resultados alentadores conseguidos en el tratamiento de la tabes por las inyecciones de suero salvarsanizado, en el raquis; la leyenda de la parasífilis, leyenda de origen terapéutico, etc.

Volviendo a la emetina, la vía venosa se ha mostrado muy tolerante. A parte de los efectos puramente específicos sobre el intestino, hemos observado lo siguiente:

1º Desvanecimiento pasajero inmediatamente después de la inyección, en enfermos exhaustos que la recibían sentados (dos casos; desde entonces ponemos, la primera inyección, a lo menos, en el decúbito).

2º Náuseas, un cuarto o media hora después (dos casos, en uno de ellos hasta el vómito, teniendo en cuenta que se ponían procurando no interferir con las comidas).

3º En los enfermos agotados por su dolencia, aumento rápido del peso (en el número 3, cuatro libras en seis días; seis meses de enfermedad). En todos los demás *una disminución del peso*, a pesar de la cesación de los síntomas, del aumento de la alimentación, etc.; nunca fue mayor de dos libras.

4º Una sensación de decaimiento, de debilidad muscular, de pérdida de las fuerzas, en más de la mitad de los enfermos, particularmente en uno (número 12), que llegó casi a no poder andar (12 inyecciones).

5º El embarazo no fue influido en los casos números 12, 61 y 117.

En cuanto a su superioridad, veamos algunos hechos:

a) El número 59 sufría la primera recaída de su disenteria y estaba en una situación lamentable; llevaba diez inyecciones subcutáneas de emetina, sin resultado visible; mejoró desde la primera dosis intravenosa, pudo administrarse el timol dos días más tarde y a los diez días se fue «aparentemente curado.»

b) El primer caso de hepatitis, probablemente supurada, al fin de las seis primeras inyeccio-

nes no tenía fiebre, ni sudores, ni dolor, y las manifestaciones intestinales habían desaparecido; no quedaba sino un ligero crecimiento del órgano, que cedió a la segunda serie. Hemos dicho que hasta junio de 1917—diez meses—se mantenía la curación.

c) En el segundo caso el dolor era tan agudo, tan exquisita la sensibilidad, que toda exploración fue imposible; hacía dos semanas que estaba en cama. Al otro día de la primera inyección fue por sus pies al consultorio, bien que un poco doblado; se pudo palpar el hígado (dos dedos de las costillas) y curó con seis inyecciones. (Apenas pudimos observarlo dos semanas).

d) Por último, los sujetos tratados han curado «de sus síntomas» en un intervalo no mayor de *cuatro días*.

El método no precave las recaídas, tan frecuentes en el decurso de la enfermedad, que pueden considerarse como elemento constitutivo de ella. En este punto no podemos extendernos demasiado, por cuanto los enfermos rara vez se prestan a una observación por largo tiempo continuada, y así, el número de los casos que hemos logrado seguir es insignificante comparado con el de los perdidos de vista.

No hay modo de prever la recaída: la larga duración de la enfermedad es un signo engañoso. Más útil nos ha parecido el conocimiento de la intensidad y calidad del parasitismo, aunque no de un modo categórico: si bien hemos visto casos complejos tan fácilmente tratables como la mayoría de los más simples, no es menos cierto que los más reincidentes han sido de los primeros. La

asociación más grave es la del tricocéfalo, y esto explica la extraña aseercción que hemos encontrado en el libro del doctor Robledo. Afortunadamente para los enfermos, poseemos en el jugo del higuerón un antihelmíntico casi específico contra esos nematoides.

Respecto al tratamiento de las recaídas, dos procedimientos nos han dado los mejores resultados: el mismo inicial ya apuntado, conducido de manera intermitente con intervalos de seis a ocho días entre una y otra serie, y los lavados más o menos antisépticos del colon a medida que avanza la medicación por la emetina, y continuados algún tiempo después. Preferimos el segundo, por ser más cómodo y económico para el paciente, porque consume menos tiempo, y sobre todo porque está más en armonía con la terapéutica de las enfermedades infecciosas, según la cual, e independientemente de la medicación específica, es menester la desinfección del foco inicial dondequiera que sea posible: garganta en la difteria, herida en el tétanos, etc.

Vistos los resultados obtenidos en las recaídas, hemos llegado a pensar que, empleados los lavados al principiar la *primera* serie de emetina, aquéllas deben evitarse a golpe seguro; pero en los casos de esta estadística no lo hicimos de este modo.

La mortalidad ha sido reducida: 5 en 94 amibiasis. (Debe tenerse en cuenta que estamos dando los datos concernientes a los enfermos en quienes se hizo examen coprológico, y no los relativos a *todos* los enfermos que atendimos en ese espacio de tiempo). Por lo demás, la cifra de



la mortalidad, más o menos retocada, no tiene interés científico sino social, porque nadie debe morir de disenteria amibiana. El simple examen de los casos mortales lo revela así: los dos de gangrena primaria (en el primer ataque de la enfermedad) no tuvieron tratamiento: vimos el uno dos días antes de morir, y el otro la víspera; el de gangrena secundaria (en el decurso de una amibiasis común y corriente) y el de invaginación fueron diagnosticados y debidamente aconsejados con anticipación: tres meses en el uno, cuatro en el otro. No quedaría sino el del señor del número 11, pero en éste, aun suponiendo que no hubiera curado de su «diarrea,» sería temerario asignarle a las amibas solas la causa de la muerte, porque en realidad se trataba del episodio terminal de un alcoholotuberculoso.

*Tricomonosis*—Dijimos al resumir el cuadro E que *un cuarto* de los casos de tricomonas presentaba diarrea, y que de las diarreas examinadas *un quinto* mostró ese parásito; pero también hicimos notar que de los «daños de estómago» analizados con el microscopio, tan sólo el 7,4 por 100 podía imputársele. Este flagelado tiene pues escasa importancia en Pereira.

Fuera de este dato, ¿permiten nuestros estudios sacar algún otro, verbigracia, respecto de su acción patógena?

En dos casos estaba solo: uno sufría una constipación tenaz (número 80); el otro un cáncer metastático del hígado (laparatomía) sin trastornos intestinales (número 91).

En veinte, asociado con gusanos: ocho tenían

diarrea, ocho constipación y tres alternativas. De uno no hay dato.

En el resto, veintiuno, asociado con amibas y gusanos: diez y nueve disenterias y dos alternativas.

Dejando de lado los últimos, porque la sola presencia de las amibas daba cuenta de la enfermedad (y así lo confirmó el tratamiento), tenemos ocho diarreas, nueve constipaciones y tres alternativas; el del cáncer manifestaba el antecedente de una diarrea ligera, que coincidió con los síntomas de la invasión neoplásica del hígado. De las diarreas, no todas pueden achacársele; la anemia perniciosa del número 88, por ejemplo, explica perfectamente los accesos de diarrea, sin ayuda extraña; y en ningún caso pudo descubrirse la ulceración del colon (macroscópica ni microscópicamente), mejor dicho, no hubo ninguna «disenteria de tricomonas.»

En resumen, el *tricomonas* (en Pereira, a lo menos) es un parásito habitualmente saprófito (o saprozoito), que se encuentra frecuentemente asociado a la amiba (mitad de los casos), y que en circunstancias desconocidas produce (cuarto de los casos) diarreas simples, más o menos fuertes, tenaces en ocasiones, de pronóstico benigno. El término «tricomonosis» resulta algo enfático.

El tratamiento de estas diarreas se limitó a las lavativas antisépticas: en algunas obró el yodo a maravilla (números 107 y 176); en uno (número 267), ni el yodo, ni el licor de Labarraque, ni la trementina (*intus et extra*); mejoraba y se reponía un poco con bismuto y opio. Varios curaron con los antihelmínticos convenientes, y con ellos solos.

La emetina no fue empleada cuando no había amibas, por la razón de que en muchos «daños de estómago» amibianos los tricomonas se vieron precisamente después de administrada esa droga (seis, ocho y más días), cuando calmaba la apariencia mucosanguinolenta y las evacuaciones se normalizaban, o en el flujo diarreico de un purgante. Esta circunstancia es digna de atención, porque vuelve aleatoria la acción de la emetina en esas diarreas.

En las amibiasis con tricomonas la presencia de los flagelados no influyó en el tratamiento; en algunos tal vez por las lavativas antisépticas; pero otros curaron sin lavativas.

---

Las *anguilulas* no parecieron desempeñar ningún oficio especial, salvo en el caso número 253: diarrea tenaz, rebelde, y gran meteorismo; buen apetito y conservación del estado general; evacuaciones mucosas, «cortadas,» sin sangre ni pus (tres o cuatro en el día); treinta y más larvas por campo microscópico; uno que otro huevo de tricocéfalo y ascáride. Durante dos meses de observación la diarrea persistió igual a pesar de los antihelmínticos y purgantes repetidos. Perdimos de vista al niño, después de aconsejarle a la madre que le aplicara unas lavativas con timol.

---

Los *balantidium*s fueron observados, una vez, en un dispéptico que nunca había adolecido de diarrea: fue una sorpresa del microscopio; otra,

en un muchacho que tenía paludismo, diarrea y una úlcera de la pierna: curó por completo con quinina, reposo y antihelmínticos; y una tercera en un joven que parece haber adquirido su enfermedad en un cafetal de La Mesa (Cundinamarca): diarrea por accesos, una a dos semanas de duración, con intervalos de salud completa hasta de tres y cinco meses; fue examinado en un período de calma, y no se le prescribió tratamiento alguno. (Había tal cual huevo de uncinaria y de tricocéfalo, y el timol fue ineficaz). Casos números 131, 224 y 281.

En estas condiciones es difícil formarse idea de la acción del *balantidium coli*. Puede decirse, como se dijo del tricomonas, que puede producir diarreas en circunstancias desconocidas por el momento.

En cuanto a las *lamblias*, las vimos una sola vez, en asociación muy compleja: la niña, después de arrojar numerosos tricocéfalos, sanó con la ipecacuana (número 261)

#### CONCLUSIONES

1ª La infestación parasitaria es intensa en Pereira y sus inmediaciones (99 por 100).

2ª Esta infestación es múltiple en la mayoría de los casos (83 por 100).

3ª Los parásitos encontrados muestran el siguiente orden de frecuencia: tricocéfalo (82,8 por 100), ascáride (68,6 por 100), uncinaria (48,5 por 100), amiba disentérica (30,4 por 100), tricomonas (14,2 por 100), anguílulas (8,4 por 100), *balantidium* (0,9 por 100), lamblia (0,3 por 100).

4<sup>a</sup> En la infancia hay una marcada predisposición para la amibiasis (31 por 100 de todos los casos).

5<sup>a</sup> Si la amiba ocupa el cuarto lugar como parásito, predomina en cambio como factor etiológico de las perturbaciones intestinales de esta región (64 por 100 de los «daños de estómago» eran amibianos). Su presencia debe sospecharse, cualquiera que sea el aspecto de las evacuaciones.

6<sup>a</sup> Es imposible instituir un tratamiento racional para estas perturbaciones sin el examen microscópico. La asociación parasitaria es funesta, particularmente la del tricocéfalo.

7<sup>a</sup> No nos parece demostrada la acción disenterígena del tricomonas de los gusanos (nematoides). En ninguno de los casos de perturbaciones intestinales a ellos imputables (23 y 10, respectivamente) pudo hallarse huella de ulceración del colon.

8<sup>a</sup> El tricomonas fue encontrado en asocio de la amiba en la mitad de los casos; en la otra mitad, casi tantas veces en diarreas como en constipaciones.

9<sup>a</sup> La emetina da resultados mejores y más rápidos cuando se aplica en las venas. Esta vía es perfectamente tolerante a las dosis ordinarias.

10. Es urgente proveer la población de agua pura y abundante. La necesidad del acueducto, y su corolario el alcantarillado, es cosa que no puede discutirse, y el problema es, en suma, meramente fiscal.

Octubre de 1917.