

## SOBRE ALGUNOS CASOS DE MANIA DE RESTRICCIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Por el Dr. Hernando Anzola Cubides.

Presentado a la Sociedad de Cirugía en diciembre de 1934.

Por "manía de restricción alimenticia" entendemos una costumbre mental anormal que consiste en restringir la alimentación hasta el punto de producir trastornos funcionales marcados y algunas veces graves.

Es una tendencia psico-fisiológica tenaz y bien marcada en el espíritu del enfermo; una idea fija de procurarse un bienestar durable por un medio simple y siempre el mismo.

Esta costumbre mental está estrechamente unida a la fisiología del tubo digestivo, como lo están todas las costumbres a la fisiología general.

Apartándonos de las teorías corrientes al respecto, no creemos que sea el resultado de lesiones o deformaciones del tractus digestivo, sino que por el contrario es la causa primordial de una notable cantidad de síntomas que crea por sí misma o que agrava de una manera tal que termina por dominar todo el cuadro clínico que se presenta.

Pensamos, pues, que sea de gran utilidad relacionar con su verdadera causa inicial un gran número de síntomas gastro-intestinales que no tienen otra razón de ser que la costumbre viciosa o patológica, de la restricción alimenticia.

Esta es la razón que nos ha movido a reunir en el presente trabajo, que tenemos el honor de presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía, una serie de historias clínicas, que aunque no suficientes para llamar completo un estudio semejante, sí nos permiten darnos cuenta de la importancia que ha adquirido en Bogotá en vista de la frecuencia cada vez mayor con que se presenta a medida que las condiciones de vida se hacen más difíciles.

Nuestro trabajo se ha inspirado sobre varias conferencias que al respecto tuvimos ocasión de oír al doctor P. Godard, Jefe de Clínica de Vías Digestivas en el Hospital San Antonio de París, pero las condiciones climatéricas, sociales, etc., tan diferentes en nuestro país, nos han

obligado a separarnos en gran parte de las conclusiones sacadas por el doctor Godard. Además, la etiología, aunque análoga, varía notablemente por las mismas razones, y lo propio sucede con los tipos clínicos y el tratamiento.

Para comprender la manía de restricción es útil oponerla al vicio inverso que constituye la sobre-alimentación, la cual termina, como varios autores lo han demostrado, en la obesidad más o menos definitiva.

En los individuos normales, la ración alimenticia regula su estado de nutrición. Para un individuo enflaquecido u obeso, es suficiente establecerle el balance nutritivo, para darnos cuenta si la manía de restricción o de sobre-alimentación han sido la causa de tales trastornos funcionales.

La restricción alimenticia puede ser cuantitativa o cualitativa, electiva o global, según que se relacione a cierta categoría de alimentos o a la totalidad de ellos.

En sus formas extremas realiza el cuadro de la anorexia mental histérica. En sus formas medias crea innumerables dispepsias, colitis, constipaciones, algias, etc., y es la forma más extendida. En sus formas ligeras se acerca a la sobriedad, de la cual no es, por decirlo así, sino su caricatura.

Su etiología es múltiple y compleja. Varía con el género de vida a que están sometidos los individuos en los diferentes países, y su frecuencia es mayor en los grandes centros donde las constantes preocupaciones y dificultades de la vida urbana llevan al individuo a un estado psíquico especial no comparable al psiquismo de quien lleva la vida relativamente tranquila en contacto con la naturaleza.

Las causas principales, que deben tenerse en cuenta cuando se sospecha la manía de restricción alimenticia, son las siguientes:

1º Una predisposición hereditaria neuropática, o una constitución maniaca depresiva ligera.

2º Una astenia neuro-endocriniámana permanente o pasajera (Godard y Oury, "Gaceta Médica de Francia", I-VI-31).

3º El agobio físico o intelectual. Las penas, las emociones repetidas, etc. Las convalecencias, embarazos, y en general todas las causas productoras de un desgaste excesivo del organismo.

4º El temperamento llamado histérico o pitiático. Son individuos en general emotivos, y en el dominio vago-simpático, sus reflejos gastro-cólico, gastro-cardíaco, etc., son muy fáciles de poner en evidencia.

5º Las enfermedades orgánicas, parasitarias o infecciosas, que crean secundariamente la manía de restricción, y

6º El abuso de regímenes alimenticios y el de medicamentos. De-

bemos notar que dichos abusos constituyen un primer grado de la manía, más bien que su causa. Cada uno de estos monómanos enumeran al médico la lista interminable de drogas que han ingerido y la de los alimentos que les son intolerables.

No se pueden tampoco perder de vista las influencias adyuvantes de las ptosis, de las mucosas intestinales más o menos inflamadas, de las secreciones internas más o menos abundantes; pero es el caso de preguntarnos hasta qué punto esos trastornos son la resultante y no la causa de la manía de restricción. Caemos aquí, es verdad, en uno de los círculos viciosos tan frecuentemente señalados en patología digestiva (J. Ch. Roux); pero si ponemos el elemento maniaco en primer lugar, deseamos simplemente llamar la atención sobre un hecho de observación particularmente importante y de una frecuencia cada vez mayor.

---

La manía de restricción comienza en su principio gradualmente, en un individuo que no había sufrido de ninguna afección seria del tubo digestivo, con ocasión de una comida diferente a las ordinarias o de una pena o fatiga cualquiera. El individuo se queja ya de dolores, ya de eructaciones o de cólicos. Si esto se repite la aprensión nace y trata de averiguar qué cosa en su alimentación ha podido engendrar los trastornos que experimenta. Hace un ensayo de supresión de salsas, huevos, pan, por ejemplo. Se siente mejor con la supresión de esos alimentos y por ningún motivo vuelve a comerlos. La manía se instala insidiosamente. Luégo los malestares comienzan. Suprime otros alimentos. Nueva mejoría, y al cabo de poco tiempo otra recaída. El enfermo consulta al médico y reclama un régimen severo. La sub-alimentación está constituida y el paciente se tranquiliza por estar ordenada por el médico. De ahí en adelante no ensaya de volver a comer los alimentos que se han suprimido de sus menús. La nocividad de ellos está admitida. Luégo vienen el enflaquecimiento y el insomnio. En este momento comienzan los verdaderos síntomas causados por la inacción digestiva: los malestares del principio se han vuelto permanentes y serios; los dolores postprandiales, dolores tardíos; viene la aerofagia y los trastornos secretorios. Las deposiciones son irregulares y la constipación por aminoramiento de los residuos agrava el cuadro. Además, la atonía intestinal y la estasis que de ahí se desprende, con toda la serie de trastornos producidos por la intoxicación agravan el estado psíquico del enfermo.

Generalmente es éste el momento en que comienzan las purgaciones, y los lavados, que exageran la insuficiencia del tono evacuador; luégo viene la dieta, que termina el ciclo. Se puede decir que desde este momento la manía de restricción ha creado la insuficiencia gastro-intestinal con todo su cortejo de síntomas. En adelante, toda tentativa brusca

de alimentación expone al paciente a accidentes graves, que lo mantienen en un estado psíquico lamentable.

Esta evolución se hace por períodos: el enfermo goza de épocas de un relativo bienestar, pero las recaídas se hacen cada vez más frecuentes y más prolongadas.

La insuficiencia gástrica se traduce sucesivamente por hipoclorhidria, relajamiento o contractura del píloro, hiperclorhidria, dolores (fenómenos irritativos secundarios al hipofuncionamiento de la mucosa gástrica).

Del lado intestinal la insuficiencia se caracteriza por constipación, cólicos, putrefacción, diarrea, desecamiento del bolo fecal, irritación de la mucosa y formación de mucosidades en las deposiciones, estasis cecal, balonamiento, etc., etc.

No insistimos sobre la enumeración demasiado conocida de estos síntomas, pero no dejamos pasar inadvertido el hecho de que los fenómenos de hipo e hiperfuncionamiento *gastro-intestinales* dependen todos de una misma causa, bien que ellos sean en apariencia tributarios de causas diferentes.

El *hipo*-funcionamiento de un órgano abdominal lleva consigo períodos de reacción que se traducen por *hiper*-funcionamiento reaccional del mismo. (J. Ch. Roux. *Maladies Digestives*. Tomo II).

---

La insuficiencia constituida lleva la disminución más o menos completa de las siguientes funciones:

1. De digestión. (Hipo-secreciones-irritaciones secundarias).
2. De evacuación. (Constipación seguida de crisis diarreicas reaccionales).

Del lado del estado general se traduce por:

1. Enflaquecimiento.—Puede ser rápido o lento, y aun puede faltar en algunos casos en que la asimilación queda, a pesar de todo, superior a la desasimilación.
2. Inapetencia.—Es muy constante. Sin embargo en algunos casos parece disimulada. El paciente tiene apetito al comienzo de las comidas, pero con muy poco alimento se siente satisfecho.
3. Astenia.—Se traduce por lasitud, cansancio, inaptitud al trabajo.

*El enflaquecimiento.* Es el síntoma principal y en la mayor parte de los casos el que mueve al paciente a consultar al médico.

En los individuos de cierta edad se acompaña de una deshidratación muy marcada y muy rebelde al tratamiento.

Para que haya enflaquecimiento es necesario que la desasimilación sea superior a la asimilación. Por eso en algunos asténicos que viven

recostados economizando sus movimientos, en algunos hipotiroidianos con desasimilación lenta, el enflaquecimiento puede faltar.

Puede, además, ser lento y poco acentuado en aquellas personas cuya actividad es puramente cerebral. Rápido y progresivo, al contrario, en los individuos cansados físicamente o que sufren de un ligero hipertiroidismo.

*La astenia.* Con el enflaquecimiento forma un complejo indisociable. La inaptitud al trabajo, el cansancio físico y moral aislan al individuo de la vida activa. Parece que todas sus preocupaciones, toda su actividad, se limitaran al estudio de sus propias sensaciones. El individuo en estas condiciones pasa la mayor parte del día en espera del resultado, casi siempre perjudicial, de un nuevo alimento que ha introducido en sus comidas. Es un ansioso que vive hipnotizado con el resultado de sus deposiciones.

Algunos de estos enfermos son autoritarios y no admiten ninguna discusión sobre su manía. Otros son tímidos y están dispuestos a reconocer sus errores. Consultan si lo que comen no es suficiente para llevar una vida normal y de relativa actividad. Aceptan los cambios en su régimen anterior; ensayan de buen grado, pero al cabo de poco tiempo terminan por declarar que el nuevo régimen no les conviene. Parece que todas las energías de esta clase de asténicos se redujera al arte de las reducciones cotidianas, y se explica si se tiene en cuenta que con ellas, con la supresión de un alimento cualquiera gozan de un alivio momentáneo.

El defecto en la *cantidad* de los regímenes de estos pacientes es mucho más importante que el defecto en la *calidad* de los alimentos. Los menús monótonos constituyen la alimentación de todos los indígenas, y muchos habitantes de diversos países. Lo que se debe tener en cuenta es la ración alimenticia *total* bajo el punto de vista *calorías*.

En tanto que la disminución de la ración alimenticia (cantidad) engendra más directamente el enflaquecimiento y la neurastenia, la supresión de una categoría de alimentos (calidad) es la causa principal de los trastornos gastro-intestinales y de la enterocolitis notablemente.

Cuando un intestino no ha digerido después de un cierto tiempo una categoría de alimentos dada, ha perdido por esta razón la aptitud, digámoslo así, de digerirlos. Y toda tentativa brusca de reeducación trae como consecuencia inmediata accidentes inevitables. El aforismo "la función crea el órgano" tiene en fisiología gastro-intestinal una significación neta, y no debe perderse de vista cuando se trata de enfermos de la clase que nos ocupamos, especialmente.

---

La anterior descripción de la manía de restricción se traduce en la práctica corriente en los tipos clínicos siguientes:

1. Tipo maniaco propiamente dicho.
2. Tipo asténico.
3. Tipos asociados.

---

1. *Tipo maniaco propiamente dicho.*—En este tipo de enfermos la manía de restricción se asocia a otras manías, muy diversas, según el caso.

Es muy tenaz y poco accesible a la sugestión. El pronóstico es reservado, pero en general el enflaquecimiento no llega a ser alarmante sino en los últimos períodos, en los cuales realiza el tipo de la anorexia mental histérica.

Pertenece al dominio de la psico-patología y por lo tanto nuestras observaciones personales no son muy numerosas; sin embargo citaremos dos casos, los que a nuestro parecer son muy demostrativos y clásicos.

*Sr. Dr. G. G.* 55 años. Político de profesión. Su *exaltación* afectiva se traduce por la intensidad e inestabilidad de su carácter, que se manifiesta por la expresión de sentimientos excesivos y el paso rápido de la alegría a la cólera, o a cualquiera otra actitud extrema. La *exaltación* intelectual es notoria por su gran vivacidad y movilidad en su atención. Su lenguaje es vivo, expresivo, y puede observarse en la recitación de sus dolencias cierta discordancia en sus recuerdos.

Su estado somático es relativamente bueno si se tiene en cuenta que su alimentación no es suficiente para su trabajo físico y moral, a todos puntos de vista excesivo; pero que concuerda con su estado de agitación.

El apetito es casi nulo, y sufre de una constipación tenaz. Esta es la causa que lo ha movido a consultar a casi todos los médicos de la ciudad. Ha ensayado todos los medicamentos laxantes y asegura que no hay otro medio para vencer su constipación que los lavados intestinales, los que practica casi todos los días.

Su constipación data de unos diez años, y desde entonces ha reducido la cantidad de alimentos para evitar que el exceso de residuos alimenticios lo intoxique. Ha hecho a su manera una fisiología especial de su caso, y explica con detalles extremadamente curiosos la evolución de su manía de restricción en relación con su constipación.

Todos los exámenes radiológicos, que son muchos, corporológicos y químicos, han sido negativos.

Los primeros ensayos de sobre-alimentación que hemos hecho le han producido trastornos netamente subjetivos. Sin embargo hemos logrado, con mucha dificultad, y haciendo uso de toda nuestra diplomacia, una ligera mejoría que nosotros apreciamos por un aumento de un

kilo y medio de peso en el curso de tres meses. A pesar de esto somos escépticos y nuestro pronóstico es reservado.

Debemos advertir que no ha sido posible cambiar el tratamiento de los lavados intestinales para su constipación.

*Srita. M. G.* 52 años. Sin profesión. Temperamento afectivo muy excitable por épocas, en las cuales su estado general se agrava.

Los trastornos gastro-intestinales de que se queja desde hace ya más de quince años, han presentado sucesivamente todos los síntomas registrados en la patología digestiva. Hace de ellos un recuento muy detallado, sirviéndose de frases rebuscadas y con una marcada exageración en la mímica.

Para esta enferma, lo más importante de su historia clínica es el régimen alimenticio que ha seguido durante el curso de su enfermedad y la manera como ha podido variarlo sucesivamente de acuerdo con sus dolencias.

En un momento dado se alimentaba solamente de frutas y algunas legumbres. Se debilitó tanto que tuvo que usar la leche, pero abusó de este alimento hasta el punto de que hoy día le es intolerable.

En todo el curso de su historia hemos podido observar una disminución total en su alimentación, pues a pesar de que la enferma cambiaba con frecuencia sus menús, la cantidad en ninguno de ellos era suficiente para llevar una vida normal.

En los exámenes que hemos practicado no hemos podido encontrar ninguna causa orgánica suficiente para producir los síntomas gastro-intestinales de que se queja. Es natural que la subalimentación haya producido un relajamiento de las paredes abdominales, y una gastrocoloptosis de 2 grados, muy neta, en la radioscopia.

La enferma acepta los cambios en el régimen, durante el tiempo que está en la consulta, pero luego, al llegar a la casa, resuelve continuar con su menú, que ella ha establecido. No hemos logrado ninguna mejoría en esta enferma. Hemos ensayado los medios físicos: infrarojos, helioterapia, hidroterapia. En cuanto hemos podido, la sugestión. Los cambios de régimen. Algunos medicamentos. Su estado es el mismo en que la vimos por primera vez el 23 de septiembre de 1931. Su peso es de 48 kilos, 1 metro 64 cms. de estatura.

2. *Tipo asténico.*—El más frecuente de todos. Principia de un momento a otro y se agrava progresivamente. Los enfermos de esta clase reaccionan fácilmente a la sugestión, al reposo, y son susceptibles de curar más o menos rápidamente de su manía, que se ha instalado en ellos generalmente por una causa bien determinada: pena moral, emoción, etc., etc.

*R. S.* Natural de Bogotá. 58 años. Comerciante.—Ha gozado de buena salud hasta hace unos dos años. Por esa época tuvo necesidad

de hacer un análisis de orina, para un seguro de vida, en el cual se encontró un poco de azúcar. El médico a quien le consultó le diagnosticó una glicosuria alimenticia pasajera, y le recomendó que disminuyera un poco los hidratos de carbono de su alimentación.

El paciente se preocupó mucho y nos dice que de ahí en adelante el temor de volverse diabético lo obligó a reducir mucho su alimentación, y además comenzó a sufrir de una dispepsia, con aerofagia y constipación.

Cuando tuvimos ocasión de verlo por la primera vez había perdido 10 kilos de peso en año y medio. Sufría de una colitis mucosa con putrefacciones. Hacía 15 días que guardaba cama porque "no tenía fuerzas para trabajar". Practicamos en él metódicamente todos los análisis y exámenes necesarios para despistar una causa orgánica a la cual pudiéramos atribuir todos esos trastornos. Los exámenes de orina no presentaron huellas de azúcar. A la radioscopia se podía apreciar una gastro-coloptosis de 2 grados. Parásitos intestinales: negativo en seis exámenes practicados con ocho días de intervalo.

En vista de estos resultados pensamos que se trataba de una manía de restricción, tipo asténico, producida en un individuo de constitución nerviosa, por el hecho de la presencia de azúcar en sus orinas y el miedo de volverse un diabético.

Como su colitis era con putrefacciones, resolvimos aumentar la cantidad de hidratos de carbono, haciendo analizar metódicamente sus orinas. Como no se volvió a encontrar azúcar en ellas, el paciente mejoró mucho moralmente y tuvo más confianza en el régimen nuevo, que le habíamos instituido. Al mismo tiempo le ordenamos 20 gramos de subnitrito de bismuto, en ayunas, durante 15 días, reposo de 10, y así sucesivamente, con el objeto de tapizar la mucosa cólica e impedir las irritaciones de ella por las putrefacciones intestinales. No olvidamos dejarle varias series de inyecciones "reconstituyentes", que nos pidió el enfermo.

Fuimos variando poco a poco los menús, hasta que terminamos por alimentarlo normalmente. En el curso de siete meses y medio que hemos seguido este enfermo hemos logrado recuperar 7 kilos. Actualmente su estado es floreciente. Pronóstico muy favorable.

*Srita. A. P.* 27 años. Sin profesión. Peso, 46 kilos. Estatura, 1.56. Ha gozado de buena salud en general, y solamente hasta hace unos dos años, después de una pena moral, comenzó a sufrir de trastornos dispepticos variados y a quejarse de puntos dolorosos abdominales sin localización precisa.

Por causa de la pena moral sufrida, la enferma perdió el apetito, y de ahí comenzaron los subsiguientes trastornos debidos a la inactividad digestiva: astenia, insomnio, enflaquecimiento, trastornos funcio-

nales gastro-intestinales variados, y más que todo subjetivos, y esa tendencia morbosa de analizar las sensaciones internas.

Igual que en el caso anterior, practicamos todos los análisis y exámenes que creímos necesarios, y ninguno nos dió la clave ni el origen de los trastornos que observamos. Pensamos, pues, que se trataba de un caso de manía de restricción, creada inconscientemente, en este caso particular, por una pena moral. El hecho de que el régimen metódico de sobrealimentación progresiva nos diera tan buen resultado como en el caso anterior, confirmó nuestra tesis.

Las historias clínicas que poseemos de este tipo de enfermos son bastante numerosas, pero como nos parecen suficientemente demostrativas las dos historias clínicas que acabamos de transcribir, pasaremos al estudio del tipo siguiente.

3. *Tipos asociados.*—Son aquellos donde la manía de restricción, en lugar de ser primitiva y esencial, es secundaria a una enfermedad orgánica, infecciosa o parasitaria. Lo que llama la atención en estos casos es que la costumbre de restricción, en parte justificable, toma proporciones tales que termina por dominar el cuadro clínico que se presenta.

Así es que la mayor parte de los síntomas del paciente, enflaquecimiento, astenia, inapetencia, insomnio, cólicos, diarrea, etc., etc., parecen ser su consecuencia. Lo que nos permite pensar así es que casi todos estos síntomas se atenúan poco a poco a medida que el enfermo ha vuelto a su alimentación, a su apetito y a su peso normales.

A la interpretación de estos casos de manía de restricción secundarios o consecutivos a causas orgánicas se une muy estrechamente el problema del papel que juegan las ptosis.

A este respecto hay que tener en cuenta un hecho de observación que se controla fácilmente por la radioscopia y es que los individuos que se alimentan abundantemente, "obesos del vientre", tienen de preferencia un estómago pequeño que se evacua bien y está sostenido por un trasverso bien colocado.

Al contrario, las ptosis más marcadas se encuentran en los individuos enflaquecidos.

La función crea el órgano. Esta ley debemos tenerla muy presente; y cuando decimos que la mayor parte de las ptosis son debidas a la subalimentación, nos basamos en hechos de observación radioscópica y en la influencia favorable que hemos podido apreciar con la sobrealimentación.

No olvidamos, al hacer esta afirmación, las demás causas capaces de producir la gastro-coloptosis, y solamente queremos insistir en el hecho de que la disminución de alimentos es la causa primordial del relajamiento muscular y elástico de los órganos intrabdominales.

Es esta la razón por la cual dijimos más arriba que la ptosis es

el resultado y no la causa de la manía de restricción. Para hacer la prueba absoluta que confirme nuestra tesis sería necesario seguir radiológicamente desde la infancia un gran número de estómagos en sus deformaciones sucesivas causadas por la subalimentación, trabajo que aun no ha sido hecho o que por lo menos no conocemos. Pero la experiencia clínica y los antecedentes de los enfermos demuestran claramente nuestra afirmación, y sobre esto nos hemos basado para postularla.

Por otra parte, es sabido que un gran número de ptósicos gozan de un apetito normal y de una evacuación gástrica e intestinal perfectas, a pesar de su ptosis.

Ésta es una prueba complementaria que indica que la ptosis no los obliga en manera alguna a tomar la costumbre de las restricciones alimenticias. Antes por el contrario, una buena alimentación estimula en ellos su peristaltismo.

A esta clase de enfermos se les puede designar con el nombre de "ptósicos bien compensados" para oponerlos a los "mal compensados", en los cuales las funciones digestivas se hacen lentamente, y en quienes interviene además un factor asténico constitucional, que hace nacer en ellos la costumbre mental de la restricción.

Son estos enfermos únicamente los que pertenecen al tipo que estamos describiendo bajo el nombre de "tipos asociados", pues a una ptosis de origen poco definido se agrega la manía de restricción, que agrava el cuadro clínico de una manera lamentable, aumentando la astenia y el relajamiento muscular.

Los casos de manía de restricción secundaria a una afección orgánica, infecciosa o parasitaria, son los más frecuentemente observados. Se pueden ver casi todas las afecciones gastro-intestinales complicadas por la manía. Naturalmente las más comunes de entre ellas, en Bogotá, son las que traen mayor número de observaciones clínicas.

Nuestra poca experiencia nos enseña que la colitis crónica amibiana es la afección más común entre nosotros.

Sucede con frecuencia que es ignorada; además, como se presenta una sintomatología tan compleja y diferente en cada caso particular, los diagnósticos varían.

La localización de las ulceraciones producidas por el protozooario en el intestino hacen variar los síntomas de una manera desconcertante.

Por ejemplo, adyacentes a la región apendicular, se confunden con la apendicitis. En la región del colon transversal producen un reflejo pilórico que se traduce por espasmo del mismo, espasmo funcional que presenta una sintomatología análoga a la de las úlceras justa-pilóricas y a la de algunas colecistitis. En el colon descendente los síntomas son los de cualquier colitis banal. Además, la diarrea o la constipación; las alternativas de constipación seguidas de crisis diarreicas no tienen

nada de patognomónico y pueden confundirse con cualquier otra entidad clínica de patología digestiva.

La astenia que se observa en la amibiasis intestinal crónica favorece muy notablemente el desarrollo en el individuo que la sufre, de la manía de restricción. Y se explica porque el individuo asténico y cansado sigue una vida muy poco activa, la que unida a la astenia y al deseo de mejoría hacen que el paciente ensaye regímenes, medicamentos, restricciones, que terminan por alterar más o menos las funciones gastro-intestinales.

Estas alteraciones implican nuevas restricciones que unidas al mal estado de la mucosa intestinal, a la falta de nutrición consiguiente, crean un estado general lamentable y que desgraciadamente se observa con mucha frecuencia entre nosotros.

Por estas razones insistiremos aquí en el estudio de la manía de restricción secundaria o consecutiva a una amibiasis crónica, y las dos historias que transcribimos en seguida se relacionan expresamente con ella.

R. P., 32 años. Hacendado. Natural de Ibagué. Ha vivido en Bogotá los últimos cinco años. Su afección principió hace unos diez años más o menos. Gozaba de buena salud hasta esa época en que comenzó a sufrir de trastornos digestivos consistentes en dolores después de las comidas, aerofagia, estado nauseoso, vómitos; síntomas que se fueron agravando poco a poco, hasta que lo obligaron a consultar al médico. Se le diagnosticó una úlcera en el estómago. Siguió un régimen severo durante un año y obtuvo una mejoría relativa en cuanto a sus dolores; el estado general no había mejorado nada, y según nos dice su enflaquecimiento era tal que se vió obligado a guardar cama por más de tres meses.

Cansado de esta medicación consultó un médico homeópata que lo mejoró notablemente por medio de glóbulos (no sabemos cuáles), y con aplicaciones calientes sobre el vientre de un emplasto de yerbas vegetales. Al mismo tiempo le aconsejó una alimentación más nutritiva de la que hasta entonces había llevado. Así lo hizo, pero el aumento del régimen alimenticio le ocasionó de nuevo dolores, vómitos y crisis diarreicas, seguidas de constipación.

En ese momento llegó a Bogotá, y de nuevo le diagnosticaron una úlcera del estómago. Siguió tomando alcalinos, y llevando un régimen de comidas desde todo punto de vista insuficiente.

Nosotros tuvimos ocasión de verlo el 16 de junio de 1931 por la primera vez. Su estado general era deplorable. Pesaba 48 kilos y medio. Estatura, 1 metro 70 cts. Tensión arterial (Vaquez-Lauby), 11.5. El examen clínico nos permitió solamente notar el gran enflaquecimiento, y la relajación de las paredes abdominales. Cuando cólica del lado izquierdo. Se alimentaba solamente de leche, pastas y algunas cremas.

Los demás alimentos le producían cólicos, diarreas o vómitos. Estaba muy excitado y dormía muy poco y con la ayuda de hipnóticos. Había suspendido por cansancio toda medicación desde hacía seis meses. Nos decía que la sola presencia de los alimentos le producía "crisis nerviosas".

Cuatro exámenes solicitando "sangre", fueron negativos. En seis exámenes de materias fecales encontramos tres veces quistes de amiba histolítica.

Dos exámenes radioscópicos hechos con un mes de intervalo no nos dieron imagen ninguna de úlcera. Solamente se podía apreciar una gastro-coloptosis de 3 grados. Un examen radiográfico hecho por un radiólogo especialista confirmó los datos que habíamos obtenido con la radioscopia.

Examen del jugo gástrico: insuficiencia ácida.

En vista de los exámenes anteriores, negativos, o mejor dicho, en los cuales no pudimos encontrar una causa suficiente para llevar al paciente a ese estado, pensamos que podría tratarse de una manía de restricción secundaria a una amibiasis crónica, que había complicado de tal manera, que la amibiasis era nada, por decirlo así, en relación con la desnutrición.

Instituimos primeramente un tratamiento antiamibiano, que comenzamos con Pasta de Ravaut alternada con comprimidos de Stovarsol de 0,25 cent., durante veinte días. Descanso durante quince días, en los cuales el paciente tomaba "20 gramos de subnitrito de bismuto" en ayunas; y así sucesivamente, cinco tratamientos.

Para mejorar el estado general, el más alarmante de todos, aconsejamos al enfermo guardar cama durante mes y medio. La alimentación no la variamos sino al cabo de diez días, en que ordenamos un poco de mantequilla fresca al desayuno, un trozo de carne asada en el almuerzo, más la leche, las cremas y las pastas. Al cabo de dos meses le hicimos una serie de aplicaciones de infra-rojos, que según el paciente fueron la causa principal de su mejoría. Para levantarse usaba una faja abdominal.

A los seis meses, en vista de que aún existía un espasmo cólico marcado, le aconsejamos que tomara diez gotas de Bellafolline antes de las comidas. Sus deposiciones fueron más regulares.

Aumentamos el régimen alimenticio y tuvo una fuerte recaída, y después de quince días de reposo en la cama, logramos con mucho trabajo que persistiera en nuestro último régimen. Al mismo tiempo continuamos con el tratamiento antiamibiano por medio de lavativas de 0,15 cent. de 914 durante veinte días, dejando un día de intervalo entre cada una.

Al terminar este tratamiento el enfermo había ganado desde el día

que lo vimos por primera vez 7 kilos y medio de peso. Tenía más confianza, por otra parte, en su digestión.

Al mes y unos días se presentó una nueva recaída con diarrea, cólicos, tenesmo y algunas deposiciones con sangre. El examen coprológico nos dió: "formas vegetativas de amiba histolítica". A pesar de que aún estaba muy deprimido, le aplicamos una serie de inyecciones de emetina de 0,05 cent., al mismo tiempo que una caja de inyecciones de Tonikeína. La crisis aguda terminó y continuamos con Stovarsol, Pasta de Ravaut, como al principio.

El 12 de junio pasado vimos nuestro enfermo. Ha ganado 8 kilos de peso. Su tensión arterial es de 13.7 (Vaquez-Laubry). Se fatiga fácilmente, pero duerme bien y su apetito es satisfactorio. Conserva una fobia por los huevos y el café. Los síntomas gástricos han desaparecido totalmente. El examen coprológico hecho el 13 de junio pasado, previo purgante de sulfato de magnesia, nos dió: "abundantes quistes de amiba histolítica".

*M. V.* 36 años. Costurera. Natural de La Mesa. Vino a consultarnos el 26 de julio de 1931, porque desde hacía más de tres años sufría de crisis diarreicas acompañadas de mucosidades, cólicos, tenesmo. Peso, 45 kilos. Estatura, 1 metro 54 cms. Tensión arterial LL|6 (V. L.)

Desde que comenzaron los trastornos intestinales redujo su alimentación y excluyó de sus menús huevos, grasas, fritos y carne. Su apetito es nulo, duerme muy mal, y se fatiga con una facilidad extrema. Es muy excitable y su lenguaje es vivo y variado.

El examen radioscópico nos mostró una gastrocoloptosis de 2º grado; el quimismo gástrico, una insuficiencia ácida. El examen coprológico, practicado en momento de crisis aguda diarreica: "formas vegetativas y quísticas de amiba histolítica".

Instituimos un primer tratamiento emeto-arsenical y obtuvimos muy buen resultado bajo el punto de vista intestinal. Imposible hacerle cambiar el régimen de alimentación. Insistimos en el tratamiento anti-amibiano: Pasta de Ravaut, belladona, spirocid, descanso de 20 días y luégo lavados de 0,15 cent. de 914 cada tercer día durante 20 días.

Nuevo examen coprológico, con resultado negativo. A pesar de esto el estado general continúa como al comienzo del tratamiento. Sigue con su régimen de pastas, feculentos, harinas, legumbres, y todo en muy poca cantidad.

Hasta la fecha toda tentativa que hacemos por variar y aumentar el régimen ha sido infructuosa: nuestra enferma no hace ningún esfuerzo por alimentarse mejor. Su estado general continúa como al comienzo del tratamiento. Su peso es el mismo. Su tensión arterial igual.

Por lo que se puede deducir de los anteriores casos clínicos de manía de restricción alimenticia, el tratamiento de ella es múltiple y tan variado como es el psiquismo de cada individuo que la sufre.

La confianza que el paciente acuerde espontáneamente a su médico, el azar de un momento favorable, la fuerza de una sugestión terapéutica, producen un cambio súbito en la conducta de alimentación que lleva el enfermo. Así se explican algunos éxitos terapéuticos al parecer muy diversos.

En la manía de restricción consecutiva o secundaria a una afección orgánica, infecciosa o parasitaria, el tratamiento de la causa inicial es claro y de una importancia notoria.

La necesidad de practicar todos los exámenes suficientes que puedan aclarar el diagnóstico es obvia. Pero lo que no debe perderse de vista es el hecho de que tales pacientes sufren más de su insuficiencia digestiva que de la enfermedad que la ha producido. Así, pues, la institución de un régimen de sobrealimentación progresiva es de una importancia capital. Pero no se debe proceder directamente contra las concepciones del enfermo, sino que se debe tratar diplomáticamente de hacer aceptar los diversos alimentos que había rechazado, con razón o sin ella, anteriormente.

De una manera general se puede decir que es según las modalidades en cada caso particular como el resultado del tratamiento será más o menos satisfactorio.

En conjunto, nosotros hemos obtenido tantos éxitos como resultados desconcertantes.

---

Nuestro trabajo, como lo decíamos anteriormente, no se puede llamar completo. Tiene por objeto agrupar en una sola entidad nosológica una serie de síntomas que se encuentran esparcidos en las descripciones de las ptosis, dispepsias, enterocolitis, etc., etc., que tienen una etiología y una patogenia comunes, una misma expresión clínica: la insuficiencia digestiva por manía de sub-alimentación; y un solo tratamiento eficaz: aquél que trata la manía en sí misma. Además, señalar la importancia que ha adquirido en Bogotá, en vista de la frecuencia cada vez mayor con que se presenta a medida que las condiciones de vida se hacen más difíciles.

---