

UN CASO DE AMIBIASIS BRONQUICA

Gustavo Rodríguez de 20 años de edad, soltero, originario de Siguatepeque. ingresó a la pensión número 9 del Hospital San Felipe el 14 de Abril de 1981 quejándose de accesos de tos con expectoración muco-purulenta.

Antecedentes personales y hereditarios sin importancia.

En el mes de Noviembre de 1930 tuvo diarrea con evacuaciones glerosas no sanguinolentas; acompañada de retortijones y tenesmo rectal. Después de algunos días de dieta curó de esta afección. Confiesa el enfermo que anteriormente a esta afección intestinal, ya adolecía de la afección pulmonar. Hace mucho tiempo que él ha comenzado a toser, sobre todo, por la noche y en la madrugada. La tos era quíntosa y sobrevenía por accesos que lo fatigaban muchísimo; la expectoración era abundante y muco-purulenta.

Estado presente. No hay matitez a la percusión; en las fosas supra-espinales y sub espinales nada de anormal. En la zona de Stephen Chauvet izquierda ligera macidez. A la auscultación se nota el murmullo vesicular disminuido en la zona de alarma de Stephen Chauvet y algunos rales roncantes y sibilantes diseminados en el tórax izquierdo; pero muy raros. Los esputos son muco-purulentos y no presentan na-

da de sangre. El examen microbiológico de los esputos, por bacilo de Koch negativo; para *amibas*, positivo: *amibas abundantes muertas y quistes en gran número.* Corazón: se oye a la auscultación extra-sístoles al final de la inspiración sobre todo cuando ésta es profunda; ruidos limpios. Hígado y Bazo normales. Las orinas no presentan elementos extraños. No hay fiebre. En las heces no hay quistes de amibas. Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrofilos 52%. linfocitos 34%, grandes mononucleares 2%, pequeños mononucleares 2%, Glóbulos rojos, 4,640,000 por milímetro cúb,

Seroprecipitación de Kahn negativa. La radiografía practicada por el Dr. Manuel Larios Córdoba muestra sombras producidas por las arborizaciones bronquiales en la base del pulmón derecho y en la vecindad del hilio del pulmón izquierdo. Hay aumento de la densidad en las sombras producidas por los ganglios del hilio del pulmón izquierdo. El parénquima pulmonar está normal; no muestra ningún índice de colección purulenta.

He creído de bastante utilidad publicar este caso de *amibiasis brónquica* para poner en claro, entre nosotros, este grupo de *afecciones patológicas* provocados por la localización de la *entamoeba histolítica* en las Vías Respiratorias.

Yo conocía bastante literatura sobre las localizaciones extra-intestinales de la *amebiás*; pero nunca había tenido la oportunidad de observar un caso como el que relato. Recuerdo que en mi ciudad **natal** (Santa Ana) me **interesó** muchísimo un caso: una señora presentaba un cuadro clásico de tuberculosis pulmonar crónica y jamás pudimos encontrar en el examen microbiológico de los esputos, bacilos de Koch, a pesar de haber provocado la expectoración por el yoduro de potasio per os. Cambiamos de criterio e investigamos *amibas* y *quistes* en los esputos lográndolos poner en evidencia. Se le prescribió a la enferma inyecciones de **emetina** a la dosis de 0.04 centigramos mañana y tarde habiendo mejorado notablemente de su afección. Perdí de vista a la enferma y no pude seguir la marcha de la afección.

Este caso que he relatado es

convinciente. Al examen de los esputos se encontraron numerosos *quistes* bien caracterizados y *amibas* muertas; se han practicado múltiples exámenes microbiológicos en los esputos de este enfermo y siempre nos ha revelado gran cantidad de *quistes*. Al colorear el frotis con azul de metileno se ponen en evidencia los núcleos de los *quistes* y de las *amibas muertas*. Hasta la fecha no hemos podido conseguir un gato para realizar la experiencia biológica con el **fin** de probar el poder patógeno de las *amibas* encontradas en los esputos del paciente; **es** verdaderamente lamentable.

El Dr., Larios Córdova, en el examen radiológico del pulmón, ha puesto en evidencia la imagen biliar acentuada del pulmón izquierdo y el aumento de la densidad de las sombras *prelucidas* por los ganglios del hilio de! pulmón izquierdo coincidiendo con la manifestación patológica pul-

monar *amibiásica*.

Ruego a mis estimados colegas investigar sistemáticamente en los esputos, *amibas* y *quistes*, en los enfermos que hayan adolecido de *disentería amibiana* y que presenten posteriormente síntomas pulmonares o cuadros clínicos de *tuberculosis pulmonar*, en cuyos esputos no se encuentran bacilos de Koch. Todos debemos contribuir para poner en evidencia esta entidad mórbida tropical que debe ser muy frecuente entre nosotros, ya que la *amibiásis intestinal* es endémica.

Es un tema de patología tropical que debernos estudiar científicamente, desde luego que contamos con un campo inmenso de investigación. Creo más posible el contagio de la colectividad por los esputos infectados por la entameba histolítica que el de las deyecciones de los disintéricos. El individuo que adolece de *amibiásis bronquial o pulmonar* espere el agente patógeno por medio de los esputos que arroja en los lugares públicos, mercados, teatros, parques, etc.; mientras que los disintéricos siempre depositan las heces fecales en sitios adecuados. Creo firmemente que

el contagio interhumano por medio de los esputos infectados *de amibas* y *quistes* es más fácil y más peligroso. Todos conocemos la gran resistencia de los quistes amibianos, gracias a la membrana envolvente que constituye su medio de protección.

Cuántos enfermos que catalogamos clínicamente como adoleciendo de *tuberculosis pulmonar* encontrarían en la *emetina* el remedio de su afección.

A continuación publico la manera como emigran las amibas hacia los otros órganos y las formas clínicas de la *amibiásis pulmonar*.

Emigración de las amibas. *El tubo digestivo* constituye el hospedaje normal de las *amibas*; ellas dirigen su acción destructiva sobre el intestino grueso, sin embargo pueden atacar otros órganos: el *hígado* frecuentemente las vías *respiratorias*; las vías *orinarias*; lo mismo que el *cerebro*, el *bazo*, etc. ¿Qué vías siguen las amibas en su emigración?

Tres vías están abiertas para la emigración de las amibas: la *vía sanguínea*, la *vía linfática* y la *vía peritoneal*.

La *vía linfática* juega un papel

importante en la diseminación de las amibas. Se ha **constatado** en gran número de los linfáticos de la **sub mucosa y en la** capa peritoneo 1. **Wennyon**, en los **gatos infectados experimentalmente**, ha visto en los ganglios **mesentericos**, que reciben los linfáticos del intestino grueso, *numerosas amibas*.

En las radioscopias **por amibiá-sis brónquica**, practicadas en Alejandría por el radiólogo Dr. **Georgiou**, la imagen biliar está casi siempre pronunciada por **invasión** probable de las glándulas linfáticas y peri-brónquicas.

La vía sanguínea es de gran importancia. Al nivel de las ulceraciones del intestino grueso, las amibas por su acción necrosante y por los fenómenos congestivos intensos que ellas provocan, rompen los numerosos capilares, por los cuales las amibas penetran al **torrente circulatorio**.

Por las venas mesentéricas, las amibas llegan a la vena porta y son lanzadas hacia la glándula hepática.

.En muchos casos las amibas no

franquean el hígado (Legrand llama al hígado: «Grueso ganglio de alto»); pero muchas otras amibas, pasan en las venas supra-hepáticas, o a los **ganglios filiales** hecho confirmado por la radiografía) y de aquí invaden las *vías respiratorias*, o bien son **lanzadas** en la gran circulación **arterial o** linfática y de esta manera invaden otros órganos, por ejemplo, el *cerebro*, etc.

La *vía peritoneal* parece ser excepcional, como lo observa Rogers.

La ausencia de bacterias piógenas en el pus de la mayor parte de los *abscesos del hígado* es de una real importancia. En efecto, los cultivos del pus de los *abscesos del hígado* son estériles y justamente en los casos, donde las bacterias piógenas **faltan**, se encuentra el parásito.

Entre las lesiones extra-intestinales de la *amiba*, las localizadores en las *vías respiratorias*, pueden ser consideradas después de la *hepatitis*, como la localización más frecuente y no la menos seria, según las últimas investi-

gaciones científicas realizadas.

La *amibiásis pulmonar*, fue descrita en 1908 bajo la forma de *absceso del pulmón secundario*, como consecuencia de la emigración de un *absceso hepático* a través del diafragma, por Tuffier, y comunicadas a la Sociedad de Cirujía de París tres observaciones, (Tuffier. Prensa Médica 1908, 8. II).

Un caso de *absceso del pulmón* fue operado por Marión y está citado en el *Tratad» de las enfermedades infecciosas* de Kolle y Wassermann.

Murichion, Fontan, Lafleur y Fontay y en 1914 Rist, Ameuilie y la Sra. Dr. Pfeffel, han señalado la coexistencia del absceso del pulmón y del absceso del hígado, de naturaleza disintérica, los dos focos comunicando entre sí. Según Kartoulis, los *abscesos pulmonares* consecutivos a los abscesos del hígado, se encuentran en 8% a 10% en estos últimos. La *amibiásis de los pulmones*, al estado puro, el absceso primitivo pulmonar, sin comunicación con una lesión hepática concomitante o en los disintéricos, en los cuales el hígado está indemne, es más raro. Se citan los dos casos

de Nattan Larrier, los de Foucault, Loison, Josserand y Séguin, etc. En fin, M. Leclerc a reportado recientemente un caso *amibiásis bronco pulmonar*, y otro de *amibiásis pulmonar* ha sido relatado por Ramond, Denoyelle y Lautman.

Según Letulle y Nattan-Larrier, los *abscesos disintéricos pulmonares* son voluminosos y sitúanse ordinariamente en la base del pulmón derecho. Las paredes de los abscesos son irregulares, anfractuosas, de-gajadas y esclerosadas, En medio de las bandas de tejido fibroso, existen alvéolos repletos por los botones fibro-vasculares. En la caya pió-génica, en medio de los leucocitos alterado, se constata, según los autores, vasos necrosados u obliterados y fibras elásticas disociadas por la supuración. Las amibas son muy numerosas a este nivel. Se las encuentra también en la cavidad de los alvéolos pulmonares un poco más allá del absceso. El pus pulmonar amibiano, de color rojo chocolate, es mal ligado y fétido. En ciertos casos, el contenido de los *abscesos pulmonares*, puede ser francamente purulento.

En las preparaciones del pus los polinucleares eosinófilos son muy numerosos. Al estado fresco, las amibas se reconocen por BU movilidad; pero si ya vómica ha sido declarada después de algún tiempo, las amibas son difíciles de discernir.

La *pleura* puede ser atacada secundariamente. Hay algunas veces pleuresía o **pleuro** congestión de la base del pulmón derecho. SE observa también una pleuresía diafragmática con puntada de costado y dolor sobre el trayecto del frénico. Esta última acompaña a la *peri-hepatitis*, tan común en el absceso del hígado.

Además de la forma de *absceso pulmonar*, que reviste la instalación de la amiba en el pulmón, la invasión del parásito en las vías respiratorias determina formas mórbidas variables más o menos graves según su localización en los bronquios únicamente sin par-

ticipación del tejido pulmonar, o bien con participación del pulmón. La doctora Panayotatou, en el Boletín de la Sociedad real de Bruselas, en Octubre de 1923 hizo una exposición de las **formas** pulmonares y bronquicas de la amibiásis.

AMIBIASÍS BRONQUICA

Esta forma de la amibiásis ha sido observada por primera vez en el Hospital *Griego* de Alejandría en Egipto, he aquí la historia:

El 14 de Marzo de 1923. el Dr. Ralli, director de la policlínica sometió a nuestro examen (Señorita Doctora Angélica Panayotatou) los productos de expectoración de una mujer atacada de trastornos bronco-pulmonares.

En estos esputos, que no estaban coloreados por la sangre, nosotros encontramos *amibas disentericas bien caracterizados*. Estos esputos no contenían bacilos de Koch. Gracias a las inyecciones

intramusculares de emetina a la dosis de 0 gr. 06 a 0 gr. 08 por día, fue suficiente tres picaduras para que la enferma se sintiera **mejorada** de tal manera que ya no volvió al hospital. Esta enferma decía no haber adolecido de disentería. Ella tosía desde hacía algunos días y expectoraba gleras purulentas. A la auscultación, se oía un soplo interlobar y a la tos rales húmedos; ella no **tenía** puntada de costado, nada de dificultad respiratoria, ninguna fiebre cuando se presentó al laboratorio. No habiéndola podido observar por más tiempo no **podemos** concluir y **afirmar** si después de las tres inyecciones de emetina la enferma no presentaba más amebas en los esputos. La señorita Doctora **Angélica** Panayotatou cita esta observación la primera conocida, **pues** es el primer **caso** de *esputos mucu purulentos sin trazas de sangre* que ha observado en su laboratorio. Otros enfermos procedentes de la policlínica cuyos esputos les habían presentado para examinarlos, eran de color chocolate o MORENO. carácter que no les impresionó por que ya habían sospechado las posibilidades de **un** absceso del hígado roto en el pulmón.

Después de esta primera constatación, emprendimos nuestras **investigaciones** examinando los esputos de muchos de nuestros antiguos enfermos que habían tenido disentería y que habían sido **tratados** en la policlínica de las mujeres y niños del servicio sanitario. (Kism Minet El Bassal) dirigida por mí. Los resultados de todos estos exámenes fueron **negativos**.

Volvimos a nuestra tarea durante los meses **cal** entes y húmedos donde las disenterías amibianas son más frecuentes, cuando, **el 12 de Junio** de 1923, recibimos los esputos de un nuevo enfermo indígena, adulto, Abd. Radouan. El análisis microscópico de estos esputos dio como resultado: ausencia de bacilos de **Koch** y de equinococos; presencia de *amibas*.

El día siguiente, la expectoración de otro sujeto, **llamado** Has-san, nos permite otra vez descubrir *amibas* de la *especie amiba minuta*, con movimientos lentos, en los esputos de veinticuatro horas, en un día muy caliente.

En fin, dos días más tarde, en el cuatreavo enfermo de nacionalidad griega, que había servido como soldado en Asia Menor y

era antiguo palúdico, los esputos mostraron *amebas muertas* numerosas y quistes. La radioscopia del enfermo no suministra ningún índice de colección purulenta del pulmón. Las heces de] enfermo no contenían *amibas*. El tratamiento por la emetina, en inyección intravenosa y al mismo tiempo intramuscular, habiendo sido instituido, después de dos días los esputos contenían todavía *amibas*, sobre todo enquistadas, en gran número y algunas amibas libres y muertas; según la comunicación del Dr. Petzetakis, la situación del enfermo se ha aminorado mucho y la expectoración se ha parado completamente.

La comunicación de estas observaciones de *amibiásis brónquica* constatada por primera vez en Egipto, provocó una viva discusión en la reunión de la Sociedad «Ptolomea» de Alejandría, y las dudas le suscitaron respecto a la naturaleza del poder patógeno de las amibas, que la Doctora Pa-

nayotatoit había descubierto en la espectoración. Los cuatro casos han sido presentados en la Sociedad «Ptolomea» (a fines de Junio de 1923) el primero por la Dtra. Panayotatou y los tres últimos por el Dr. Petzetakis.

Estos mismos casos han sido presentados por Petzetakis a la Sociedad de los hospitales de París el 13 de Noviembre de 1923. (Leáse la historia de la *amibiásis brónquica* en Egipto, en la *Revista práctica de las enfermedades de los países calientes*, 5 de Enero de 1924).

La Dr. Panayotatou insistió sobre este hecho, de que los parásitos en los esputos eran más numerosos y más característicos que los de las heces disintéricas.

En las heces, los residuos alimenticios las hacen aparecer menos características algunas veces, mientras que, en la espectoración donde hay solamente mucosidades, las amibas se muestran en un fondo diáfano con sus caracte-

res duros y netos. Se reconocen fácilmente sus *núcleos a carioso-ma*, así como la membrana de los quistes, sus dos a cuatro *núcleos* y los *cromidias* aún sin colorear. La señorita Panayotatou ha creído tener el derecho de mantener la exactitud de su diagnóstico.

El siguiente día de esta sesión de la Sociedad, les remitieron los esputos de un individuo, un indígena Ahmed H ... Además de las amibas muertas y de los quistes, ella pudo discernir la presencia de una *amiba viva* de detenciones muy grandes, bien caracterizada y, al lado de ella un *quiste*. El parásito era muy activo y emitía sendópodos hialinos que contrastaban con los cuerpos granulosos.

Cinco compañeros, a los cuales les mostramos las preparaciones, confirman nuestro diagnóstico.

La invasión de la *amiba disenterica* en las vías respiratorias, determina formas mórbidas variables y más o menos graves según su localización, ora en *Sos bronquios sin participación del tejido pulmonar*, o bien *con participación del pulmón*.

La bronquitis amibiásica tiene algunas veces los caracteres de una simple *traque-bronquitis*, con expectoración muco-purulenta, sin fenómenos generales; otras veces las de una inflamación más extensa de los bronquios y del tejido pulmonar, acompañada de fiebre, obligando a los enfermos a guardar cama; es la verdadera *bronquitis amibiásica*.

La expectoración puede ser mucosa, ora espesa, amarilla y muco-purulenta. Los esputos de la amibiásis brónquica pura no son siempre sanguinolentos, y la expectoración sanguinolenta no puede ser considerada como un síntoma *patognomónico* de esta afección.

Algunas veces el enfermo presenta un poco de disnea, algunos accesos la dificultad respiratoria, Sobre todo por la noche. La percusión no presenta nada de anormal; a la auscultación rales gruesos o finos, roncantes o sibilantes, diseminados a los dos lados del tórax, apareciendo o desapareciendo por turno-. En la región sub-clavicular, adelante, nada de rales perceptibles; atrás,

hacia abajo, pueden oírse algunas veces. Raramente los rales son pronunciados de un solo lado del pecho. Algunas veces los rales se manifiestan en todo el pulmón, o se limitan a la base o a los vértices, despertando al clínico sospechas de tuberculosis. La temperatura, según la gravedad de los fenómenos, oscila entre 38 grados y 39, o puede permanecer normal, el enfermo continúa dedicándose a sus ocupaciones y es incomodado solamente por la tos persistente que sobre viene por accesos.

El pronóstico es favorable, gracias a un diagnóstico exacto de la naturaleza del mal, porque se recurre a tiempo a la maravillosa medicación de la emetina. La curación se obtiene en algunos días, quince días lomas. Pero si la causa de la manifestación patológica no se sospecha y si el tratamiento específico no se instituye, el enfermo pasa a la for-

ma crónica bastante seria, como en uno de nuestros casos, entre los primeros examinados por nosotros. La afección presenta entonces períodos de aminoración y períodos de accesos reinterados y puede sugerir complicaciones graves sobre todo en los sujetos debilitados; la amiba, este parásito-camaleón, puede invadir muchas regiones del organismo, así como sucede en las disenterías crónicas amibianas.

BRONCO-NEUMONIA AMIBIANA

Ciertos enfermos, en los cuales la *amib'íasis* se ha localizado en las vías respiratorias, no presentan solamente, rales esparcidos o circunscritos de bronquitis; pero también signos de la existencia de uno o muchos focos indicando una participación del tejido pulmonar. Estos formados probablemente de pequeños bronquios rodeados de vesículas pulmonares hepatizadas, se acompañan, ora

de una puntada de costado ligera o intensa, ora provocando una tos quintosa, frecuente y con expectoración viscosa mezclada de sangre; algunas veces (caso del Dr. Roili) los esputos no presentan sangre.

La matitez y el soplo son algunas veces menos pronunciados, algunas veces hacen falta cuando la hepatización es pequeña. Ordinariamente, los pequeños focos fe presentan de un solo lado de; tórax; raramente se encuentran en el otro hemi-tórax.

A pesar, del soplo y la matitez, el enfermo no presenta fiebre. Otras veces la temperatura asciende a 38 grados y a 39; pero todos los fenómenos se atenúan en algunos días cuando se instituye la medicación adecuada, que han preconizado Rogers y Chauffard.

En estas dos formas de la *amibiásis de las vías respiratorias*, el diagnóstico diferencial debe hacerse con la *tuberculosis*. Especialmente, cuando los fenómenos de *cotarro brónquico* se acompañan de fiebre, fiebre héctica que se manifiesta por la tarde de 38 grados a 39, acompañada de tos quintosa, de sudores nocturnos y de expectoración algunas veces estriada de sangre, síntomas por los que el médico sospecha una *bacilosis á pesar del examen negativo de los esputos*.

Solamente el examen microscópico atento y la presencia de *amibas vivas* en los esputos puede resolver la cuestión. En estas

localizaciones bronquitas o ronco-pulmonares de la amiba, no se nota colección purulenta, no se trata de absceso del pulmón secundario o primitivo; la localización de la amiba a lo largo del árbol respiratorio da lugar a manifestaciones clínicas y patológicas ligeras y de pronóstico benigno sobre todo cuando se emplea la emetina; fenómenos de irritación del aparato respiratorio provocando la hiperemia de la mucosa de los bronquios y todos los fenómenos concomitantes, algunos *Gales y rudeza de la respiración*, hasta la *hemotisis* por la ruptura de pequeños vasos sanguíneos.

NEUMONÍA AMIBIÁSICA FRANCA

Esta localización de la amiba se ha incubado insidiosamente en uno de nuestros enfermos (Panayotatou). El ha tenido fiebre de 38 grados y una sensibilidad en el hígado sin aumento notable de su volumen. La temperatura ha ascendido a 39 grados y después de dos a tres días a 40 grados y más aún. Han sobre venido escalofríos y la matitez se ha manifestado absoluta en todo el lóbulo del pulmón interesado. En otros casos que han sido descritos (Raymond, Denoyelley Lautmsn; Sociedad Méd. Hosp. de París, 4 de Mayo de 1923), la matitez existía en la base del pulmón derecho. A la auscultación la respiración estaba completamente abolida atrás, mientras que se oía un ligero soplo y algunos rales

por delante, en la región sub-clavicular. La expectoración era escasa, se manifestaba solamente en los accesos de tos y esta formada de gleras sanguinolentas, con coágulos de sangre mezclada de pos en forma de pequeñas vómicas. A primera vista, si se hubiera ignorado la proveniencia, se hubiera podido ver las evacuaciones intestinales disintéricas. El examen microscópico puso en evidencia *amibas muertas* y algunos *quistes*.

Hay que hacer notar que la mayor parte de estos enfermos, que adolecen de *amibiásis de las vías respiratorias*, son *antiguos disintéricos* cuya primera invasión data de dos a tres años. Algunos no se acuerdan de haber tenido la enfermedad intestinal. ¿Se trata algunas veces de una Idealización primitiva de los parásitos en el árbol respiratorio, los pulmones? ¿Puede aceptarse para estos casos que la puerta de entrada de las *amibas* ha sido por las amígdalas, así como se admite para el *bacilo de la tuberculosis*?

En todo caso, diferentes auto-

res han encontrado las amibas no solamente en las venas de la pared de los *abscesos del hígado*, pero también en los *ganglios mesentéricos* de sujetos muertos de disentería.

Así las dos vías, sanguínea y linfática, parecen servir al transporte del parásito y se podría legítimamente suponer, sobretodo, cuando las inflamaciones o las escoriaciones repetidas han destruído el revestimiento mucoso de las amígdalas, que la invasión del organismo se ha efectuado por la garganta.

La constatación reciente de la presencia en un absceso amigdaliano, de un ascáride, de un gusano intestinal, de dimensión incompatiblemente más grande que de las amibas, ¿permite pensar que *te* amiba de mucho menor talla y datada de una notable movilidad, debe poder también penetrar en el organismo por una región tan accesible como lo es la amígdala?

¿Es que, experimentalmente, las infecciones masivas por los huevos de *ascárides lumbricoides*

ocasionan una *neumonía* más o menos grave, según el número de larvas que pasen al pulmón. Se pueden distinguir estas últimas a los rayos X (Reiter).

En el Japón, Koino, después de haber hecho ingerir 500 huevos a un sujeto de buena voluntad, se ha infectado el mismo con 2.000 huevos. El ha tenido una *neumonía* grave que ha durado hasta quince días después de la ingestión de los huevos (Dr. Joyeu. «Las helmintiásis» Mayo-Junio de 1924).

Y en el Extremo-Oriente, según el mismo autor, la consumación de cangrejos de agua dulce y de agua salada ocasionan *Indistomatosis pulmonar*, dando un cuadro clínico muy parecido a la tuberculosis? pero los esputos sanguinolentos o herrumbrosos contienen huevos de parásitos, que pueden ser deglutidos y pasar en las heces.

Según Jürgens, en el gato atacado de *disentería experimental*, la infección se manifiesta por las glándulas de Lieberkühn, las cuales, son invadidas en la parte sa-

na de la mucosa y anuncian, por decirlo así, la propagación del parásito a las regiones vecinas.

¿Y puesto que las amibas pueden invadir primitivamente el sistema linfático, se podría admitir, que ellas sigan esta vía de invasión en los casos de *amibiásis pulmonar* primitiva, por ejemplo.

Por otra parte, según nuestro compañero, Dr. Georgiou, radiólogo, sobre 7 casos de exámenes radiológicos concernientes a la *amibiásis brónquica* todos presentaban la *imagen hilar* acentuada, de los cuatro solamente a la derecha, uno a la izquierda. 2 a ambos lados y entre los dos últimos había uno con la imagen biliar más pronunciada a la derecha.

Ahora, nosotros sabemos, que la imagen biliar, siempre acentuada en la tuberculosis, es debida a la inflamación de las *glándulas del mediastino y peri-bronquicos*; ¿sería posible aceptar que la acentuación de la imagen hilar, en los casos de *amibiásis brónquica*, se deba a la misma inflamación o infiltración glandular? ¿Se podrá por medio de la radio-

logía descubrir el camino seguido por el parásito, en su propagación, siguiendo el cielo indirecto desde las vías digestivas hacia el árbol respiratorio.

Esta imagen biliar, según el radiólogo Dr. Georgiou, siempre es más acentuada en La entrada del pulmón.

Estas constataciones radioscópicas, dice la señorita Dr. Angélica Panayotatou refuerzan su opinión: de la teoría de la propagación linfática del parásito hacia los órganos respiratorios. De la misma manera, si se quiere explicar la acentuación de la imagen hiliar por un proceso de infiltración pulmonar, nos impresiona verdaderamente, que esta infiltración se observe siempre más acentuada en el mismo lugar del órgano y nos preguntamos a que se debe esta predilección de la inflamación localizada y limitada siempre en el mismo punto, coincidiendo con la manifestación patológica de la *amibiásis*.

Estas constataciones radiológicas, por una parte; la teoría de la *amibemia* comprobada por Ja presencia de las *amibas* en la sangre, así como la presencia del parásito en los otros tejidos y exudados del organismo nos sirven de ar-

gumento para afirmar la propagación de la *ameba* por la vía linfática hacia el pulmón.

Conocemos, por otra parte, la *fragilidad de la amiba* que se muere fácilmente por la sequedad y el frío, y nosotros admitimos, como mucho más plausible, la infección por la vía *digestiva o linfática glandular*, ora que estas *glándulas* pertenezcan a las vías digestivas superiores, ora al intestino grueso, que forma el otro extremo del tubo digestivo. Así, queremos adherirnos a la teoría de Grall y de otros autores, según la cual: *la boca constituye la puerta de entrada en la amibia disenterica* en el organismo (manos infectadas por materias fecales conteniendo quistes, legumbres o frutas infectadas).

La frecuencia de las *amibas* en los esputos que nos han sido remitidos para investigar el bacilo de Koch, es, según nuestra estadística de 1 sobre 20 esputos. Un gran número de enfermos de las Vías Respiratorias, en Egipto, en donde se creía que esta afección era debida al bacilo de Koch o a otros microbios bacterianos, son más bien casos de *amibiásis brónquica o broncopulmonar*.

SAMUEL MOLINA G.