

Tratamiento de la Amibiasis Intestinal

P. Blanc y L. A. Bordes en *Marseille Medical* resumen el tratamiento de la amibiasis intestinal en 4 líneas generales, así: destruir la amiba, calmar el dolor, cicatrizar las ulceraciones y restablecer las funciones del intestino grueso combatiendo la constipación.

En la forma aguda emetina por vía hipodérmica 1 c.g. por kilo de peso es suficiente, 70 generalmente repartida en dosis de 6 a 8 **centigramos** por día según la resistencia del paciente y la tensión arterial, el estado del miocardio y del hígado, se administrará en dos inyecciones con 8 horas de intervalo. Aconsejan los autores asociar 2 a 5 miligramos de sulfato de estriquina mezclándola a la emetina en la jeringa en el momento de la inyección. Dar también 3 a 5 gotas de solución oficial de digitalina por día. Los signos que advierten la intoxicación **emetínica**, son: neuritis del plexo cervical, náuseas y sobre todo caída marcada de la tensión arterial.

Al terminar la serie de emetina y después de 5 días de reposo dar arsénico por la boca 1 gr. a **1.50** por día de estovarsol durante 8 días.

A los 40 días del **primer** tratamiento por emetina, repetir-

lo exactamente y entonces hacer exámenes de laboratorio investigando amibas y quistes.

A pesar de ser la emetina un excelente calmante de los dolores a veces son rebeldes y habrá que recurrir al opio en forma de poción de Guillon y otra; la fórmula de la primera es ésta: el primer día sulfato de soda, 15 gramos; láudano, 15 gotas; agua, 60 gr.; el segundo día 10 gr. de sulfato de soda y 10 gotas de láudano y el tercer día 5 de sulfato y 5 gotas de láudano.

Proscriben los antisépticos fuertes en el recto.

Régimen alimenticio hipotónico: carnes azadas, legumbres, frutas, confituras.

En la amibiasis aguda de repetición usar el mismo tratamiento en el entendido que los resultados no son tan satisfactorios como en el período de invasión. Se agrega en esos casos el Yatrén y arsénico y lavados intestinales antisépticos; la fórmula del Prof. Monge da magníficos resultados: óxido de zinc, 2 gr.; subnitrito de bismuto, 10 gr.; goma arábiga, 4 gr.; novarsenobenzol, 0.10 gr.; láudano, 10 gotas y agua, 150 gr. Una vez el ataque agudo pasado tener cuidado con los

to sublime de sembrador, ha de fructificar noblemente un día, para bien de Honduras y para la inmortalidad de su nombre. En nombre de la Facultad de

Medicina y Cirugía que él supo honrar, deposito sobre su tumba las siempre vivas de nuestra, admiración eterna.

Dije.

yoría de los especialistas lo hacen, comenzando por el examen de la mujer, ya que generalmente es la que consulta. Por otra parte, sería lógico someter por igual al examen tanto al marido como a la mujer. En general solamente en casos especiales se hace un estudio completo de la esterilidad en ambos cónyuges, debido a la resistencia que generalmente opone el hombre a esta clase de estudios. La conducta que recomiendo y que creo más de acuerdo con estas circunstancias, es la de examinar primero a la señora y en caso que al final del estudio no se encuentre en ella ninguna causa de esterilidad, procurar de manera prudente hacer comparecer al marido para hacerle su exploración. Todo estudio de esta índole tiene que ser con mucha prudencia y mesura, extremando estas condiciones al tratar de dar nuestros juicios y resultados de la exploración y no olvidar el estado psíquico en que generalmente se encuentran estos sujetos que se preocupan con o sin razón de su estado de infecundidad y que llegan en pocos casos a ser preocupados ansiosos o melancólicos. ' De tal manera que de nuestras afirmaciones dependerá en parte evitar trastornos graves en ese sentido.

La manera como yo procedo al-examen de todo caso sospechoso de esterilidad, es como lo expreso a continuación, comprendiendo los siguientes puntos. 1° Interrogatorio. 2° Exploración ginecológica. 3° Examen del moco vaginal y cervical. 4° Investigación de la per-

meabilidad tubaria con la histerosalpingografía y la insuflación tubaria. 5° Exploración del marido y examen de su esperma.

Con respecto a este último capítulo, algunos autores opinan que deberá ser el primero, mas ya he expresado las razones por qué debe colocarse dicha exploración al final.

10 INTERROGATORIO

Con él se investigará, ' de acuerdo con la opinión de los profesores Douay y Cotte. las cuestiones más importantes que se relacionen muy directamente con el asunto en estudio, reduciendo lo más posible la extensión de ellas. Así se investigarán antecedentes familiares con respecto a la natalidad de sus ascendientes y colaterales. Existencia de matrimonios consanguíneos. Investigación de sífilis, tuberculosis, etc., en ascendientes y descendientes y en ellos (cónyuges), o bien investigar infecciones tales como la gonorrea y otras, sobre todo en la infancia, a las cuales se deben relacionar algunas esterilidades sin causa aparente.

En seguida se investigará la menstruación, su ritmo, su cantidad, los fenómenos que le acompañan, la fecha de su iniciación, etc., obteniéndose así nociones claras sobre el funcionamiento ovárico.

Investigación de la existencia de pérdidas vaginales, sus caracteres, si son blancas, fluidas, lechosas o, por el contrario, espesas, cremosas y amarillentas, según se trate de simple hiper-

secreción vaginal y del cuello, ya con o sin hiperacididad, o bien de infección generalmente gonocócica, así como de metritis del mismo origen, donde el esputo gleroso es característico y fácil de observar. Investigar si la esterilidad ha sido precedida de abortos, o en otros casos, de uno o más embarazos. Investigar el tiempo de la esterilidad, causas de aborto y sus secuelas, así como en su caso, la evolución del embarazo y del parto y sus accidentes (esterilidad secundaria). En seguida se investigará el estado general para apreciar el funcionamiento de los demás aparatos y sus perturbaciones en relación con nuestro asunto.

Para finalizar este interrogatorio y ya captada en cierta forma la confianza de la enferma, pasaremos con mucho tacto a investigar sobre las relaciones sexuales, a fin de investigar la existencia de trastornos de la copulación (dispareunia, vaginismo, *profluvium seminis*. etc.) y en algunas ocasiones impotencia, eyaculación precoz del marido y alejamiento de las relaciones, etc.

Esta investigación es, como se comprende, muy delicada y escabrosa, así que depende del tacto del especialista el obtener de ella enseñanzas útiles para el diagnóstico que se propone.

2? EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

Entre las lesiones que pueden ocasionar la esterilidad las hay, como sabemos, que el examen más somero basta para ponerlas

en evidencia; otras que, por el contrario, es preciso saber descubrir. En todos los casos, sin embargo, hay que hacer una exploración lo más completa posible y proceder siempre con método, a fin de poder captar todos los detalles.

Esta exploración deberá llevarse sobre los genitales externos para continuar con vagina, cuello uterino, fondos de saco vaginales, útero, ovarios, trompas parametrios, peritoneo, etc., a fin de tratar de hacer localización de la causa de infecundidad.

En caso de no encontrar datos positivos, la exploración deberá ampliarse a investigar alguna o algunas causas generales.

Devraigne concretamente distingue tres grupos de lesiones que se deben buscar en toda exploración con respecto a la esterilidad femenina.

En un primer grupo coloca los casos en donde el examen ginecológico revela una gran lesión o una gran malformación del aparato genital, grandes tumores, malformaciones vulvo-vaginales, las dos grandes causas uterinas de esterilidad; las desviaciones y las metritis cervicales. En casos de grandes fibromas fáciles de diagnosticar, es conveniente no precipitarse y atribuirle responsabilidad. Precisamente Devraigne distingue justamente los grandes fibromas submucosos, mientras que los primeros son raramente causa de esterilidad, los segundos, por el contrario, traen más frecuentemente la infecundidad.

Las malformaciones serán más fáciles de apreciar mientras se acompañen de otros síntomas generales de ostensible observación.

En cuanto a las lesiones anexiales, asegura dicho autor que la salpingitis tiene tantas más probabilidades de ser la causa de la esterilidad cuanto menos voluminosa es. Así el hecho de encontrar una gran lesión, no implica necesariamente haber encontrado el obstáculo exacto de la infecundidad. La explicación de estos hechos es de orden anatomopatológico. Se sabe que la salpingitis obstétrica debida al estreptococo se manifiesta principalmente por una perisalpingitis, mientras que la salpingitis gonocócica es caracterizada anatómicamente por grandes lesiones mucosas. Así es como en la actualidad se reconocen obliteraciones tubarias, aunque las lesiones clínicas son poco apreciables. En este primer grupo también coloca al hidrosalpinx voluminoso o el quiste del ovario, que son fáciles de reconocer.

Pone, pues, en guardia contra la imprudencia que se cometería de no valorar debidamente el papel que realmente le tocaría a estas grandes lesiones como causa de esterilidad, pasando inadvertida la verdadera causa.

En el segundo grupo coloca a las lesiones que son más discretas de observar, tales como las desviaciones móviles de la matriz, que varían de un día a otro o de un examen a otro, las metritis ligeras, las hipoplasias uterinas difíciles de identificar, las ovaritis escleroquísticas, las

lesiones anexiales ligeras (pequeños cordones tubarios apenas dolorosos).

Es en estos casos precisamente que se debe recurrir al examen general revelador a veces de lesiones orgánicas de interés, tales como lesiones cardíacas, tendencia a la obesidad, cansancio intelectual o físico, nerviosismo, intoxicaciones, higiene defectuosa, la sífilis, etc., aunque ésta siempre deberá buscarse en los antecedentes y por las reacciones serológicas.

Por último, en el tercer grupo se encuentran aquellos casos que el examen no revela ni lesiones ostensibles y fáciles de apreciar ni son apreciables por el examen general del segundo grupo. Es precisamente para éstas, que es de imprescindible empleo los métodos modernos de exploración tubaria de los que trataré adelante.

3P EXAMEN DEL MOCO VAGINAL

Aunque parezca inútil insistir en este pequeño capítulo, es, sin embargo, preciso hacer resaltar su importancia y gran ayuda que presta en el asunto en cuestión. Mediante la ayuda del laboratorio, obtenemos con este examen enseñanzas precisas sobre la presencia de determinados gérmenes productores de los estados inflamatorios de las vías genitales. Igualmente nos informa sobre la reacción del medio vaginal y sus modificaciones, así como de las modificaciones de la flora normal de la vagina, que en manera directa influye para la mo-

dificación o conservación de las reacciones del medio, útiles o impropias a la vitalidad del espermatozoide. En general, la acidez vaginal y la cantidad de elementos bacterianos guardan relación inversa, así cuando las bacterias son escasas la acidez será mayor y viceversa. Esto sería una forma de defensa humoral. Normalmente la vagina aloja gran número de bacterias no patógenas que Doderlein ha identificado en dos grupos, I y II, Anormalmente éstas se asocian a las patógenas: gonococo, estreptococo, colibacilo, etc., produciendo entonces modificaciones fáciles de apreciar por los exámenes a que se refiere este capítulo.

4º INVESTIGACIÓN DE LA PERMEABILIDAD TUBARIA

Las condiciones normales y anatomopatológicas de las trompas justifican, como decíamos ya, el que muchos padecimientos que las afectan, no den sintomatología ostensible, ni mucho menos que se pueda apreciar por los simples medios de exploración clínica comunes.

En tales grupos de padecimientos colocaríamos todos aquellos que cierran o acodan las trompas, o bien que producen aglutinaciones, adherencias, desplazamientos o constricciones del canal de la trompa. En síntesis, todos aquellos procesos propios o externos que ocluyen total o parcialmente la luz de estos órganos sin que sensiblemente aumente su volumen ni le modifiquen grandemente.

Es para estos procesos que Devraigne coloca en el tercer grupo ya mencionado, que deben usarse los nuevos métodos de exploración de la permeabilidad tubaria: la insuflación de las trompas y la histerosalpingografía.

Insuflación tubaria. — Ideada por primera vez por Rubin en 1919, ha sido después estudiada / y usada en la actualidad por la mayoría de los ginecólogos del mundo, entre otros, Nürnberger, de Hamburgo; Von Graff, Novak y Seitz, de Berlín; Douay, Cotte, etc., de Francia.

Entre nosotros, pocos son los que la ponen en práctica, ya porque se piense en posibles inconvenientes, o bien porque, como pienso particularmente, es

la insuflación un procedimiento más útil en la terapéutica de las obstrucciones que no en el diagnóstico, en donde doy preferencia a la histerosalpingografía.

La insuflación tubaria consiste esencialmente en inyectar en la cavidad uterina, aire, oxígeno o ácido carbónico, bajo una presión suficiente para que pueda pasar por las trompas y llegue a la cavidad peritoneal, después de haber hecho, por decirlo así, un recorrido a presión a través de las trompas.

Este procedimiento puede ser usado para diagnóstico de permeabilidad, o bien como medio terapéutico.

Para diagnóstico es suficiente comprobar si el gas inyectado pasa o no por las trompas. La descripción de los aparatos y su técnica serán motivo de otro trabajo, ya que la finalidad y la extensión de éste me impiden entrar en pormenores, y sólo diré que, en mi concepto, como medio exploratorio, demanda mucho entrenamiento, cuidado en la técnica y está sujeto a errores de apreciación personal, aparte que es procedimiento ciego en paralelo con la úterosalingografía.

Histerosalpingografía. — Método mucho más reciente que el anterior, consiste, como ya lo indiqué, (1) en la inyección de substancias opacas a los rayos X (lipcodol, yodipina, etc.), en la cavidad uterina y las trompas, con fines principalmente diagnósticos y a veces terapéuticos.

Es con ayuda de este proceder, que el estudio de la fisiolo-

gía y patología de las trompas de Falopio han alcanzado gran desarrollo, (2) llegando a ser en la actualidad un recurso de gran valor sobre todo en el diagnóstico de la esterilidad, ya que el factor tubario es en ella de primer orden.

La importancia práctica de este medio exploratorio está fuera de duda y su finalidad es completar los datos clínicos de todo estudio de obstrucción tubaria, dándonos indicación del estado de las cavidades, su permeabilidad, su peristaltismo. Exacto de ella, así como la forma de la cavidad y sus relaciones con los órganos vecinos y en ayunos casos la naturaleza *del liquido* colectado en su cavidad, *hodosalpinx*, *piosalpinx*).

La técnica para aplicarla y sus múltiples indicaciones la he descrito con más detalle en artículo anterior en esta misma revista, (1) y sólo diré que este procedimiento me ha parecido el mejor como medio diagnóstico, ya que es fácil de aplicar, sencillo en su técnica, no requiere mayor entrenamiento que saber hacer una inyección y estar familiarizado en fluoroscopías. Permite observar la motilidad rara de la matriz, frecuente de las trompas, precisar el sitio exacto de la obstrucción, etc., y *a posteriore* nos permite conservar un documento de fácil estudio y útil recordación para el momento operatorio en su caso. Igualmente permite la interpretación por varias personas a la vez.

Me pronuncio muy en favor de este medio de exploración

sobre todo en la esterilidad, ya que he obtenido con él grandes enseñanzas y nunca he tenido que lamentar accidente alguno.

59 EXPLORACIÓN DEL MARI- DO Y EXAMEN DE SU ESPERMA

Para terminar, diré que es preciso tener muy en cuenta la frecuencia de la esterilidad en el hombre, ya que según las últimas estadísticas puede ser tan frecuente como en la mujer.

En caso de no haber encontrado causa franca en la mujer, es conveniente proceder al examen del marido. Esta exploración comprenderá esquemáticamente todo lo relativo a una exploración genital del individuo y de manera muy especial la de los genitales, así como los caracteres y formas de algunas alteraciones del sentido génésico, si existen.

Esta exploración será coronada con el examen microscópico del esperma para saber de la forma, vitalidad y caracteres de los espermatozoides.

La exploración del marido será a veces efectuada por el ginecólogo, o bien por el urólogo, para que con su concurso se obtenga el máximum de enseñanzas.

En aquellos casos en los que existe resistencia de parte del marido para dejarse examinar, se procederá tan sólo al examen del esperma, de manera indirecta, recogiendo del cuello uterino y vagina una o dos horas después del coito. Como se comprende, este procedimiento a más de ser impropio y molesto, resulta poco práctico, insuficiente y erróneo.

En conclusión, podemos decir que con los conocimientos de patología ginecológica, la etiología y los procedimientos de exploración tanto clínicos generales, como con los especiales de conocimiento más reciente, se puede en el momento actual, diagnosticar lo más aproximado posible, la causa de la esterilidad y su sitio.

—Revista . Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.—