

Fco. PERVAN

# X ALGUNAS ENFERMEDADES PARASITARIAS DEL TUBO DIGESTIVO, EN QUITO

**Tesis presentada por el Dr. Francisco Pervan  
para incorporarse a la Facultad Médica**

## INTRODUCCION

A un médico que ha ejercido su profesión en Europa, hay algo que llama fuertemente la atención al observar los enfermos que se curan en el Hospital de Quito, y ese algo es la gran diferencia que existe entre la patogenia europea y la de este país, por la diferencia de condiciones climatéricas y sociales.

En Europa la mayoría de las enfermedades que se observan, sean de naturaleza epidémica, como la fiebre tifoidea, escarlatina, difteria, sarampión, tos ferina; sean de carácter infeccioso, como la neumonía, bronconeumonía, meningitis, etc., son enfermedades que se transmiten por contacto directo o indirecto, en razón del constante trato y comunicación que forman allá la base de la vida, existiendo a la vez otro gran grupo de enfermedades debidas a tumores o vicios de nutrición. En Quito, al contrario, al observar los enfermos del Hospital, llaman de modo muy especial mi atención dos cosas: la anemia más o menos marcada de gran número de enfermos, y los estorbos intestinales, especialmente las diarreas.

Examinando más de cerca a estos enfermos y empleando los medios de laboratorio que los profesores de Clínica pusieron gentilmente a mi disposición, he podido observar que en su mayoría son enfermedades parasitarias. La anemia y los desarreglos intestinales se presentan conjuntamente en un enfermo.

Como aún en los textos clásicos de medicina las enfermedades parasitarias están tratadas muy someramente y sin convicción; y como, por otra parte, hay autoridades médicas que tratándose de aquellas las miran por sobre el hombro, los médicos, por lo regular, cuando se trata del diagnóstico diferencial no se preocupan de los parásitos creyéndolos talvez inofensivos y, aunque los vean les dan poca importancia. Este error de concepto tan común en los médicos europeos se ha transmitido a estos países por medio de sus libros y talvez algún facultativo ha podido tomar como buena, doctrina tan condenable, dado que en Europa las enfermedades parasitarias son relativamente raras y sólo alguna vez graves, mientras aquí son muy comunes.

Desde luego esto tiene su razón de ser, pues las condiciones climatéricas especialísimas de estos países favorecen el parasitismo no sólo en la gente sino también en los animales y hasta en las plantas, como puede observarse a primera vista en los jardines y bosques. Si a lo favorable del clima se suma la poca higiene pública y privada, no sorprenderá la propagación de las enfermedades parasitarias que llegan a convertirse en flagelo de pueblos y comarcas enteras.

El Sr. Dr. Miño, excelente médico de Sanidad de Quito, me ha asegurado que hay pueblos en que los extranjeros y hasta los mismos indígenas se enferman, porque el Anquilostomo americano los invade, ocasionando por lo tanto inmenso daño a la agricultura.

Varios enfermos que he tenido ocasión de examinar me han asegurado que casi todos los individuos de su pueblo eran pálidos como ellos y sufrían frecuentes dolores de barriga.

Distinguidos médicos de este país han estudiado estas enfermedades y han llamado la atención de sus co-

legas hacia esta patología especial. Así en las actas y trabajos del Primer Congreso Médico ecuatoriano, encuentro tres importantísimos y dignos de toda alabanza. El primero, del Sr. Dr. Crespo, que trata de algunas enfermedades parasitarias, especialmente de la Vebriasis (Anquilostomiasis). Se ve en ese trabajo que el Dr. Crespo se muestra impresionado por la multitud de enfermedades Anquilostomiásicas, pues habla de la necesidad de sanear las comarcas infectadas, y es lástima que dicho facultativo no insista y recalque sobre esa necesidad.

El segundo trabajo es el del Sr. Dr. Valenzuela, que ha analizado las materias fecales de más de 300 enfermos, con un resultado positivo en cuanto a la presencia de parásitos en un 78,5% de los casos examinados; y en algunos casos hasta dos y tres clases juntas. El trabajo del Sr. Dr. Valenzuela es interesantísimo y prueba, por lo documentado que está, que los parásitos abundan entre los enfermos de este país, y que el facultativo debe pensar en los casos clínicos adecuados en el origen parasitario. También en este caso es sensible que el Sr. Dr. Valenzuela no insista lo bastante en la importancia de los parásitos en la patología de este país, y que no haya publicado los casos clínicos más marcados de sus observaciones.

El tercer trabajo es el del Dr. José Darío Moral, facultativo experimentadísimo en la materia y, por lo mismo, su opinión de gran valor. Trata el Dr. Moral especialmente de las disenterías en forma extensa y concluye reconociendo la gravedad de la Anquilostomiasis en todas las regiones fluviales del Ecuador. Propone, en consecuencia solicitar del gobierno una acción enérgica contra esta enfermedad.

Cuanta importancia tienen las enfermedades parasitarias en los países tropicales y subtropicales, se ve en el 2º informe anual de la Junta de Sanidad Internacional de "The Rockefeller Foundation", Enero de 1916. Esta Junta con admirable celo se ha propuesto, entre varios otros objetos, el de curar y prevenir las enfermedades anquilostomiásicas, en todos los países del mundo.

Ella ayuda eficazmente en la lucha contra estas enfermedades en Estados Unidos y en trece estados extranjeros, y es así como ha efectuado trabajos de gran importancia y ha ayudado en el saneamiento de muchísimas ciudades y comarcas invadidas por el terrible flajelo de la anquilostomiasis. Con la experiencia que ha adquirido en esa clase de luchas, da consejos útiles; ayuda a la formación de sociedades filantrópicas para combatir el mal; proporciona libros, gráficos, imágenes, etc., que despiertan a la opinión pública sobre el peligro y la gravedad de ese mal, así como instruye al pueblo en las reglas de higiene, medio eficazísimo y absolutamente necesario para conseguir el mejor éxito en la lucha.

Pues bien: en este informe se encuentran estos datos. De 1.458.483 personas tomadas al azar y examinadas microscópicamente durante el período del 1º de Enero de 1910 a Diciembre 31 de 1915, en los países en que se han llevado a cabo los trabajos, 531,739 personas, o sea el 36,5%, se encontraron infectadas. Esta cifra explica el por qué la Junta ha tomado como uno de sus principales objetos el de luchar contra esa enfermedad.

Alguien podrá pensar que la enfermedad no es tan grave; sin embargo, las experiencias y observación directa de los médicos que han trabajado en tan inmensa como benéfica labor, comprueban lo contrario.

En ningún país es muy alta la mortalidad atribuida directamente a la uncinariasis; la enfermedad no es en sí de carácter aparatoso como la fiebre amarilla, la peste bubónica o el paludismo pernicioso: su amenaza es mayor por trabajar insidiosamente. Las enfermedades agudas tienden algunas veces a vigorizar la raza humana, destruyendo a los débiles; pero la uncinariasis trabaja tan solapadamente que a veces no se dan cuenta ni las mismas víctimas: tiende al debilitamiento de la raza socavando su vitalidad. Las personas atacadas de esta infección son más susceptibles de contraer enfermedades como el paludismo, la fiebre tifoidea, la pulmonía y la tuberculosis, que se ceban en las naturalezas débiles. Pero más importante que esta contribución indirecta a la lista de mortalidad, son los resultados acumulativos

físicos, intelectuales, económicos y sociales, que van transmitiéndose por largos períodos de tiempo, de generación en generación.

Esto se refiere a la Anquilostomiasis, que es el objeto de esa Junta. Pero mi propia observación me induce a creer que el Tricocéphalo en los daños que produce a la salud individual o de comunidades, no le va en nada al anquilostomo. Si éste es más general en ciertas poblaciones y comarcas, aquél es más cosmopolita, desde que se halla en todas las ciudades, pueblos, costas y edades, y aunque es cierto que a veces no causa daño, en general su acción se hace sentir por muchísimos trastornos que ocasiona y pueden ser bien graves, como quiero demostrar en esta tesis.

El objeto que me propongo en este trabajo, es:

1) Demostrar que el médico que ejerce su profesión aún en Quito, tiene que tomar en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial—en los casos adecuados—las enfermedades parasitarias, entre ellas la anquilostomiasis, que no es rara entre los enfermos que llegan al hospital de Quito.

2) Hacer resaltar algunos cuadros clínicos de varias enfermedades parasitarias, de las que aduzco la historia clínica para probar que muchas enfermedades, que en general se diagnostican con cualquier nombre de lesión patológico anatómica y cuya causa se cree desconocida, son en algunos casos de aspecto clínico bien caracterizado, que la causa es bien conocida y que para encontrarla se exige muy poco.

3) Que algunas comarcas en las vecindades de Quito, como por ejemplo el valle del Corazón y Nane-gal, están totalmente infectados por la enfermedad anquilostomiásica, y exige de los dirigentes las medidas necesarias para combatirlas; y que, por otra parte la enfermedad del Tricocephalo es muy común entre los pertenecientes a todas las comarcas, a todas las profesiones, castas y edades.

I

¿ CÓMO SE HACE UN EXAMEN DE LAS HECES ?

Yo examino las heces bajo un doble punto de vista: si hay protozoarios y parásitos grandes, aunque estoy cierto que no hay necesidad de proceder así en la práctica. El examen de los protozoarios y de los parásitos grandes se hace de manera diferente, y por eso el médico práctico verifica el que le parece del caso, y a ser posible es aconsejable hacer los dos.

1 ) En marcar la cantidad, consistencia y aspecto de las heces; si hay moco y sangre microscópicamente visibles. En ocasiones hay necesidad de buscar parásitos grandes en las heces; entonces puede procederse así: poniendo las heces en vaso cónico se liga en la abertura una gasa doblada y se coloca bajo un chorro fino de agua por varias horas; al fondo quedan algunos detritus grandes y los parásitos. Pero mejor aún que este sistema es el filtro de Boas consistente en un tamiz especial.

2 ) En ocasiones hay necesidad de poner las heces sobre un platillo mitad negro y mitad blanco, o sobre una caja de Petri, o un plato cualquiera, y escarbar con una aguja de disociación para ver si se encuentran parásitos u otras sustancias patológicas.

3 ) A veces hay necesidad de buscar si las heces contienen cantidades de sangre, aunque sea en proporción mínima—hemorragias ocultas de Boas—lo que puede ser muy interesante en algunos casos de parásitos. Para descubrir eso, se hace la reacción de Weber, o mejor todavía la de Meyer a la fenolfetaleina. Conforme a este método, hay que prohibir al enfermo tomar carne o cualquier otro alimento que contenga hierro. Esa prohibición o abstención debe durar tres días. La reacción es sensible hasta 1 : 200,000.

4 ) Pero lo más importante y lo que interesa casi únicamente al médico en la práctica, es el examen microscópico. Este se efectúa de diferente manera, según

se busque los protozoarios o los huevos de los parásitos grandes:

A) Para buscar los protozoarios las heces deben ser frescas, sin mezcla de orinas, pues éstas dañan los protozoarios. El examen debe hacerse inmediatamente después de la deposición y para esto mejor sería que el enfermo defecara en un excusado contiguo al gabinete de laboratorio, poniéndose un supositorio de glicerina. Si esto no fuese posible hay que colocar el vaso pequeño que contiene la deposición en un vaso más grande que esté con agua tibia, más o menos a  $40^{\circ}$ . En caso de no ser posible el examen en ese momento, se guardarán las heces en una estufa con  $37^{\circ}$  de calor, o en un sitio tibio. Pero hay que saber que poco tiempo después de la deposición la amiba muere en un tiempo de 10 a 30 minutos en la temperatura de 15 a  $20^{\circ}$ , vive de una hasta varias horas en la estufa de  $37^{\circ}$ , y estando muertas, a veces, es difícil conocerlas.

Los Balantidios se conservan vivos algunas horas; los Tricomonas aún más largo tiempo.

Para el examen, hágase una preparación fresca y con este objeto póngase sobre una lámina limpia una gota de suero fisiológico tibio; tómese con un alambre un pedacito de moco y póngase en la gota de suero y mézclase. Tómese una laminilla limpia, cubierta en sus cuatro bordes de parafina semilíquida para evitar la desecación, aconsejándose que la lámina, el suero y la laminilla estén tibios en el acto de hacer la preparación, y es mejor aún cuando se tiene la platina del microscopio entibiada. Cubierta la preparación con la laminilla, póngase entre 2 hojas de papel secante y comprímase ligeramente a fin de sacar el exceso de líquido que ensuciaría el objetivo y lo dañaría. Se observa con aumento pequeño, diafragmando bien; se buscan los sitios donde hay líquido y pocos elementos; se pasa en seguida al gran aumento, por ejemplo objetivo seis, ocular uno a dos, y se observa.

De este modo se buscan las amebas, los balantidios, los tricomonas, las lamblías y los demás protozoarios.

Para buscar los huevos de parásitos grandes, se procede así: se toma una pequeña partícula de la deposición, que puede ser más grande que en el caso anterior, y se la pone sobre una lámina limpia, se la cubre con una laminilla, se la apreta bien entre dos hojas de papel secante y se observa; pero hay que saber buscar los huevos con aumento pequeño; por ejemplo con el objetivo N<sup>o</sup> 3 y el ocular N<sup>o</sup> 1 o 2 se les reconoce siempre a todos, y sólo cuando se quiere ver otros detalles se pasa al objetivo 5 o 6. Para observar bien, se empieza con la lente de pequeño aumento desde un ángulo de la laminilla y se sigue su borde en un mismo sentido, por ejemplo de izquierda a derecha; al llegar al otro ángulo se mueve la preparación en sentido vertical de la primera dirección, por ejemplo de arriba hacia abajo, y sólo tanto cuanto sea el alto del diámetro del campo visual del aumento respectivo. Ahora se recorre la preparación de derecha a izquierda; al llegar al borde derecho se la mueve nuevamente en sentido vertical, etc., y se la recorre sin volver nunca al mismo sitio. Para descubrir que no hay huevos, algunos aconsejan diez o doce preparaciones. Desde luego esto es lo más seguro; pero en la práctica yo me contento con dos o tres preparaciones cuando desde la primera me ha dado resultado negativo. No me parece que la importancia capital esté en la existencia misma del parásito sino más bien en su número. No pudiendo los parásitos multiplicarse directamente en el intestino sino que para su desarrollo los huevos tienen que salir afuera y entrar nuevamente por la boca del enfermo, los parásitos en poco número no creo que puedan causar graves trastornos, a lo menos en general; así como la abundancia de ellos, muy pronto, causan enfermedades muy graves y entonces, en una, dos o tres preparaciones se ven los huevos con seguridad. Por esto no aconsejamos emplear métodos más complicados, como, por ejemplo, la centrifugación, siendo este sistema magnífico para buscar huevos donde hay muy pocos. Insisto en creer que pocos no tienen grande valor clínico, pero sí lo tienen bajo el punto de vista de la higiene pública, cuando se



trata de buscar a todos los individuos que llevan esos gérmenes. En este caso este método es muy importante.

Pero hay que tener presente esta circunstancia: hay gente que come muchos vegetales y en las deposiciones quedan gruesos detritus que no permiten aplastar bien la preparación, y como queda muy gruesa no se ven los huevos. En este caso se procede así: se toma un poco de las heces y se las tritura, sin aplastar mucho, en un mortero con un poco de agua, a la que se añade una pequeña dosis de formol si se quiere evitar el mal olor. Después de un rato—no hay que esperar largo tiempo—los detritus se han asentado y en el líquido bien turbio quedan los huevos: se toma este líquido y se lo examina.

Un consejo práctico para el que no tiene mucha experiencia: los detritus vegetales pueden simular varias clases de huevos, especialmente los de la tenia, y puede uno fácilmente equivocarse. Para evitar esto hay que saber: 1) los huevos tienen una capa bien regular y característica; 2) todos los huevos del mismo parásito tienen la misma forma y tamaño y todos son casi iguales. Los detritus vegetales que se ven en la preparación son de diferente forma y tamaño.

Si se quiere conservar la preparación es mejor diluir la deposición con formol al 10% y dejarla en un depósito; se toma entonces un poco y se le pone encima una buena gota de la siguiente mezcla: goma arábiga y glicerina en partes iguales y un poco de formol y se cubre con una laminilla grande. De este modo se conserva la preparación largo tiempo. Ahora si se quiere conservarla mejor, se pueden cerrar los bordes con colofonio o con cemento.

## II

### DE LAS ENFERMEDADES PARASITARIAS DE LOS INTESTINOS EN GENERAL

No quiero ocuparme de la cuestión en el orden zoológico, que no es de mi competencia, así como tampoco del desarrollo y paso del parásito al hombre, por más

que en la práctica sea muy importante, por estar bien estudiado y encontrarse en todos los libros de parasitología: quiero ocuparme principalmente de la parte clínica de los parásitos más comunes, los que yo he encontrado en el espacio de dos meses que he trabajado en Quito; por eso, y para ser más práctico, prefiero exponer los simples tipos clínicos que engendra cada parásito. Con eso puedo ser muy breve.

Hoy día está bien probado que muchos parásitos intestinales se nutren con la sangre del sér que les hospeda. Con este objeto los parásitos tienen órganos especiales con los cuales de un lado se adhieren a las paredes del intestino, y de otro lado chupan la sangre para nutrirse excavando en la pared, excavación que produce úlceras más o menos grandes. Dos perjuicios considerables resultan de esto: el individuo pierde sangre, pues el parásito no se contenta con chupar la que le basta, sino que por la abertura que ha hecho fluye aquella indefinidamente; no se coagula, pues el parásito ha inyectado una sustancia que impide la coagulación por tiempo más o menos largo. Basta examinar las deposiciones químicamente, bajo el punto de vista de la hemoglobina en las enfermedades parasitarias, para convencerse de eso. Además, cuando se pueden examinar los parásitos de un cadáver fresco — como me ha pasado algunas veces — se ven los gusanos sean anquilostomos, sean tricocéfalos, llenos de sangre. El individuo la pierde, por la nutrición del parásito, pero más aún por la hemorragia.

He encontrado en los casos de anquilostomiasis al practicar la autopsia, abundancia de hemorragias finitas en el intestino delgado, pues los puntos hemorrágicos casi confluían. No es entonces de sorprenderse que la anemia juegue un gran papel en las enfermedades parasitarias.

Pero esto no es lo principal: hay algo que me parece mucho más importante, y a lo que, de tiempo atrás, varios autores, especialmente Guiart, en Francia, han llamado la atención. Por las puertas abiertas de las innumerables ulceraciones que hacen los parásitos en las

paredes intestinales, entran varios gérmenes patógenos, que abren un nuevo ciclo de enfermedades. Son por lo general varias bacterias, que entrando por esas puertas se instalan en el mismo intestino y hacen más grandes las ulceraciones hasta perforarlo, como lo he visto en dos ocasiones.

Otras veces las bacterias entran por esas vías, van a la sangre y causan fiebres irregulares, intermitentes, siendo este resultado muy común en todos los parásitos, especialmente en el Tricocéphalo — hecho no bien conocido — y en el anquilostomo. Estas fiebres intermitentes se diagnostican por lo general como paludismo. Por mi parte desconfío siempre de un diagnóstico de paludismo en Quito, si el bazo no está aumentado.

El Dr. Crespo de Cuenca ha expuesto muy bien el diagnóstico diferencial entre el paludismo y la anquilostomiasis, lo que vale también para el Tricocéphalo.

En los casos de diagnóstico diferencial entre el paludismo y la fiebre intermitente causada por los parásitos, procedo así: antes de nada palpo el bazo: si está aumentado investigo en el sentido de paludismo; si no lo está, abandono esa idea. Es indispensable, desde luego, saber bien palpar el bazo, y cuando no se lo palpa se debe saber localizarlo con la percusión. En mi práctica en los Balcanes he tenido ocasión de ver muchos centenares de palúdicos: no me acuerdo haber encontrado jamás uno solo sin el bazo aumentado, excepto en los dos o cuatro primeros días de enfermedad. Los signos como anemia con pigmentaciones en el paludismo, caqueccia palúdica, un panículo adiposo abundante y pastoso en el parasitismo, son síntomas a veces no despreciables para el diagnóstico; pero no debe atribuírseles más importancia de la que merecen.

Otra cosa que me ha parecido digna de atención, es que en varios casos de parásitos intestinales he encontrado tuberculosis intestinal; a veces también pulmonar. A mí no me cabe duda que entre el parasitismo y la tuberculosis hay conexión directa, primeramente porque el parásito al debilitar la persona prepara el terreno para el bacilo de Koch; y en segundo lugar es probable — y

la localización intestinal de la tuberculosis lo prueba— que el bacilo de Koch encuentra la puerta abierta en las ulceraciones hechas por el parásito.

El Dr. Guiart opina que el tífus Ebertiano puede ser facilitado por los parásitos. Yo no puedo negar eso, pero confieso no haber podido comprobar hasta ahora esa aserción, talvez porque aquí no hay muchos casos de tifo Ebertiano; a lo menos no le ha habido durante mi permanencia. Pero sí he podido comprobar la aserción, del Dr. Guiart, que las apendicitis muchas veces son causadas por los Tricocéfalos. He encontrado varios casos que han sido diagnosticados como apendicitis crónicas, y en efecto a veces lo eran; pero en otras se trataba de inflamaciones tifíticas que semejaban apendicitis; mas al efectuar el examen encontré una enorme cantidad de Tricocéfalos. Una autopsia fue la mejor demostración en este sentido: en el proceso vermiforme se veía una inflamación ulcerosa; el ciego estaba lleno de Tricocéfalos; el hígado mostraba una enorme cantidad de abscesos purulentos grandes y pequeños. En cuanto a las otras manifestaciones de los parásitos, como por ejemplo las intoxicaciones por las toxinas secretadas por el parásito, hemorragias, anemias tóxicas, asma, epilepsia por lesión refleja, etc., no puedo expresar mi opinión por no haber encontrado tales casos, a pesar de haberlos buscado a propósito. De todos modos, creo que estas manifestaciones son raras aún en los países donde los parásitos abundan mucho. No se puede negar que éstos no tengan una influencia directa sobre el enfermo por medio de sus secreciones. Yo he hecho en muchos casos de parásitos la fórmula leucocitaria de la sangre. Muchas veces ésta no está alterada o lo está poco; la anemia por sí misma la altera morfológicamente, poco; pues aún en los casos de anemia mediana los glóbulos rojos no presentan deformaciones ni variaciones tintoriales, y los glóbulos blancos, tampoco. Pero en la mayoría de los casos he encontrado — como otros autores — que los eosinófilos han aumentado hasta un 19% (máximum que yo encontré; por lo general fluctuaban entre el 4 y 10%). Los grandes mononucleares y linfósitos aumentan tam-

bién — pero no mucho; de modo que esta fórmula leucocitaria es un indicio más en el diagnóstico del parasitismo; por cierto que a este sistema no hay que darle más importancia de la que merece.

De mucha mayor importancia son — aunque de significación no bien definida — los dolores de barriga que son constantes en los casos de anquilostomiasis; en los de tricocéphalo son también; pero vienen a intervalos; en los de amebiasis son más significativos — porque se localizan en el recto en forma de pujos y en el colón descendente, de retortijones.

Otra cosa, que me ha llamado la atención, y que veo anotado también por el Dr. Crespo, es que en los casos de parásitos se observa, a veces, derrames peritoneales y hasta además en las piernas; y eso aun en los casos donde la anemia no está bien marcada, donde el examen de las orinas no nos da nada, y donde no se puede suponer un obstáculo en la vena porta. Yo me he preguntado por qué estas edemas, y lo confieso no veo claro en todos los casos. Encontré este síntoma principalmente en la amebiasis, pero algunas veces también en la anquilostomiasis. Cuando el derrame está localizado en el vientre, lo explico — lo que me parece más verosímil — con admitir inflamaciones serosas por la cantidad de las ulceraciones intestinales. Pero; cómo explicar las edemas de las piernas, y el aspecto pastoso del panículo adiposo, que he encontrado en algunos casos de amebiasis sin anemia marcada?

### III

Yo examiné bajo el punto de vista parasitario solamente a los enfermos que sospechaba que tuvieran una enfermedad parasitaria. Hice el examen en 100 enfermos y he aquí el resumen:

	CASOS
No he encontrado nada (con dos preparaciones) en . . .	15
Amebas solas encontré en . . .	15
„ y Tricomonos en . . .	12
„ y Balantidios en . . .	2

Amebas y Ascaris en .....	3
„ y Tricocéphalo en .....	3
„ y Tenia en .....	1
„ y Anguilula en .....	1
„ y Tricomonas y Ascaris en .....	1
„ y „ y Anguilula en .....	1
„ y „ y Ascaris canis en .....	1
„ y „ y Tricocéphalo en .....	1
„ y Anquilostomos y Ascaris en .....	5
„ y „ y „ y Tricocéphalo en .....	1
„ y Tricocéphalo y Ascaris y Oxyurus en .....	1
„ y Tricomonos y Anguilula y Ascaris en .....	1
Tricomonas solo en .....	3
Balantidios y Tricocéphalo en .....	1
„ y „ y Anguilula y Ascaris en .....	1
Anquilostomos y Tricocéphalo en .....	4
„ y Anguilula en .....	1
„ y „ y Tricocéphalo en .....	1
„ y Tricocéphalo y Ascaris .....	2
„ y „ y „ y Tricomono .....	1
„ y „ y Anguilula y Tricomonas .....	3
Tricocéphalo solo .....	5
„ y Tricomonas .....	2
„ y Ascaris .....	4
„ y Anguilula .....	1
„ y Tenia y Tricomonas .....	2
„ y Ascaris y Tricomonas .....	1
Ascaris solo .....	3
Oxyurus solo .....	1

De ello resulta que en 100 enfermos examinados se han encontrado 174 parásitos de 10 diferentes especies. En 15 casos no se ha encontrado ninguna; en 13 una sola especie; en 35 dos especies; en 15 tres especies; y en 8 casos hasta 4 especies de parásitos. Se puede hablar de un museo de parásitos en estos casos. Esto demuestra, mejor que toda demostración, la frecuencia con que se halla parásitos entre los enfermos en Quito; y que ellos pueden ocasionar graves desórdenes en el organismo, voy a demostrarlo.

Quiero exponer el cuadro que representa la frecuencia de cada parásito encontrado.

Encontré Ameba . . . . .	49	veces
Tricomonas . . . . .	29	„
Balantidios . . . . .	4	„
Anquilostomos . . . . .	18	„
Tricocéfalos . . . . .	34	„
Anguilula . . . . .	10	„
Ascaris . . . . .	24	„
Ascaris canis . . . . .	1	„
Tenia . . . . .	3	„
Oxyurus . . . . .	2	„

#### IV

#### SOBRE LAS DISENTERÍAS EN QUITO

Con el nombre de disentería hay que entender más bien un proceso anatómo-patológico de inflamación del intestino colón y recto al que clínicamente corresponde un cuadro bien caracterizado de diarreas con sangre, moco, pujos y torcijones de carácter agudo o subagudo, a veces recidivante.

Los agentes causantes de estas formas pueden ser varios, según sean parásitos o bacterias. Aquí en Quito he visto muchísimos de tales casos clínicos, y en la mayoría se trataba de la amebiasis. Pero la ameba no es el único agente; en algunos—raros casos—encontré el balantidio, como única causa de la disentería aguda. Tricomonas y cercomonas, a pesar de la opinión de muchos autores americanos que le atribuyen una acción patógena casi como la ameba, no creo que pueda contarseles más que en rarísimas ocasiones sino como causa de una diarrea más bien que de disentería. Disenterías bacterianas no he encontrado en Quito; debo confesar, eso sí, que la falta de recursos bacteriológicos me ha impedido buscar en ese sentido. A pesar de eso y basado en grandísima experiencia adquirida antes y durante la guerra de Servia, mi patria, y habiendo visto muchísimas epidemias de esta enfermedad con síntomas agu-

dos, inflamaciones intensas en el colón, acción marcada-mente tóxica sobre el organismo, basándome, repito, en esa experiencia, puedo decir que no he visto en esta Capital tales casos, y si los hay aisladamente, en mi tiempo no se ha presentado ninguna epidemia.

Todos los autores aducen como agente posible de disentería la anquilostomiasis. Yo por mi parte no he visto ningún caso que corresponda bien al cuadro clínico antes expuesto. No he visto al anquilostomo por sí mismo producir diarreas—a lo menos en los casos por mí observados—y menos aún disenterías. Cuando con anquilostomo existían diarreas o heces disenteriformes siempre he encontrado otra causa: por lo general ella fue la ameba, el balantidio, u otra. La anguilula me ha parecido varias veces, que ha causado diarreas y hasta disenterías; de otro modo no podría explicarlas en algunos casos.

Tampoco he encontrado ni una sola vez los espirilos.

Además de los agentes arriba mencionados, la tuberculosis puede causar una diarrea y también síntomas disentéricos.

Yo he encontrado la tuberculosis dos veces como agente de tales diarreas. La tuberculosis tiene predilección por la parte inferior del intestino delgado y por el ciego, y a veces baja hasta el recto. Todas estas localizaciones pueden imitar muy bien la amebiasis crónica, y es necesario siempre pensar en eso. El cáncer del recto o del colón sigmoideo es otra causa de diarreas crónicas, que pueden inducir a error a un médico, que, pensando demasiado en el aspecto clínico, se olvida de aquél. La sífilis y la gonorrea como causas de diarreas disenteriformes crónicas son bien conocidas, pero entran menos en cuenta aquí. Otra enfermedad que no hay que olvidar en los casos oscuros de diarreas crónicas, es la nefritis en el estado urémico. En cuanto a la disentería palúdica señalada por muchísimos doctores, que ejercen en las comarcas infestadas por el paludismo y de la que yo también he visto muchísimos casos en los Balcanes, y siempre sólo en la forma perniciosa, me parece



ser causada por el bacilo, que reina en las mismas comarcas. En algunos casos, donde yo pude hacer la autopsia he encontrado las lesiones características de la disentería bacilar: es decir una inflamación difusa y engrosamiento de la mucosa, con sufusiones hemorrágicas y ulceraciones pequeñas, bien superficiales; pero muy densas; a veces una membrana necrótica difteriforme que cubría la mucosa. Además una malaria típica.

Repito, mi opinión es que en estos casos se trata de una combinación de dos distintas enfermedades, las que talvez se ayudan recíprocamente. Acá, en Quito, no he encontrado ningún caso parecido. Aduzco esto solamente para demostrar que hay que pensar en casos adecuados, también en esta combinación, la que con medicación de quinina puede mejorar muchísimo, como lo he visto en muchos casos.



(Continuará)

ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL