

que la técnica de la biopsia ganglionar es de una gran seguridad y que los grupos ganglionares del cuello y de la axila son, en nuestro medio, los más explorados desde el punto de vista anatomopatológico.

*Agradecimiento.*—A Sor Carmen Fernández, que tan eficazmente ha colaborado en la confección de los cuadros que ilustran el presente artículo, y a la señorita Encarnación Urrutia, que hizo las preparaciones histológicas.

### SUMMARY

1. Two hundred and four lymph node biopsies were studied by the same pathologist.

2. Lymphomas made up 18,6 % of all the cases examined; metastases, 27,5 %, and tuberculosis, 27,9 %. If "positive" diagnoses are taken into account, lymphomas made up 25,1 %, metastases, 37,1 %, and tuberculosis, 37,7 %.

3. The largest number of biopsies corresponded to the axillary region (24,5 %); 51 % of the metastases diagnosed corresponded to this region. Cervical nodes made up 21,5 % of the total; 35 % of the diagnoses of tuberculosis were in this localisation. The number of lymphomas diagnosed in the cervical region was 42 %.

4. Results prove once more that the technique of lymph node biopsy is extremely safe and that the lymph nodes of the neck and axilla are here the best studied from an anatomico-pathological point of view.

### ZUSAMMENFASSUNG

1. 204 von dem gleichen Pathologen durchgeführte Ganglienbiopsien werden studiert.

2. Die Lymphome machen 18,6 % aller untersuchter Fälle aus, 27,5 % sind Metastasen, 27,9 % Tuberkulose. Wenn man die "positiven" Diagnosen berücksichtigt, so machen die Lymphome 25,1 % aus, die Metastasen 37,1 %, und die Tuberkulose 37,7 %.

3. Die grösste Zahl der Biopsien stammte von der Achselregion (24,5 %); 51 % der Metastasen stammte auch hierher. Die Halsdrüsen machten einen Prozentsatz von 21,5 der Gesamtzahl aus. In dieser Gegend fand man 35 % der Gesamttuberkulosefälle, 42 % der Lymphome wurden auf der Basis von Halsganglien diagnostiziert.

4. Diese Resultate zeigen wieder einmal, dass die Technik der Drüsenbiopsie sehr genau ist und dass die Achsel-und-Halsdrüsen bei unseren heutigen Mitteln am meisten pathologisch anatomisch untersucht werden.

### RÉSUMÉ

1. Etude par le même pathologue de 204 biopsies ganglionnaires.

2. Les lymphomes constituent le 18,6 % de tous les cas examinés; les métastases le 27,5 %

et la tuberculose le 27,9 %. Si on prend les diagnostics "positifs" les lymphomes ont été le 25,1 %, les métastases le 37,1 % et la tuberculose le 37,7 %.

3. La plupart des biopsies correspond à la région axillaire avec le 24,5 %. Le 51 % des métastases diagnostiquées correspond à cette région. Les ganglions cervicaux sont le 21,5 % du total et dans cette localisation on a diagnostiqué la tuberculose dans un 35 % de tous les diagnostics de ce procès. Le 42 % des lymphomes ont été diagnostiqués dans la région cervicale.

4. Les résultats prouvent une fois de plus que la technique de la biopsie ganglionnaire est très sûre et que les groupes ganglionnaires du cou et de la aisselle sont, dans notre milieu, les plus explorés au point de vue anatomico-pathologique.

### LA LAMBLIASIS BILIAR Y SUS CUADROS CLINICOS

G. MARTÍN ARRIBAS.

Vigo.

De la Escuela Catalana de Digestivo.

Del Instituto Médico de Especialidades del Hospital de Basurto (Bilbao).

El poder patógeno de la *Giardia Lamblia* ha sido objeto de numerosas controversias en estos últimos años, no siendo raros los autores que niegan por completo la capacidad patógena de estos protozoos en el adulto.

Nosotros formamos en la línea opuesta y estamos completamente convencidos de la patogenidad de estos flagelados. Es cierto que tenemos poca experiencia; pero si consideramos la experiencia no como el número de veces que se tropieza en el mismo sitio, sino como el número de veces que se piensa y se concluye sobre una misma cosa, podemos decir que la consideramos suficiente para fundamentar nuestro criterio personal en el asunto.

No haremos descripciones del parásito ni de sus quistes, por ser una cosa que viene en numerosos tratados de Gastroenterología, lo que nos dispensa de hacer innecesariamente extenso este trabajo. Pero sí haremos una breve alusión a su localización en el aparato digestivo.

Las formas vegetativas anidan habitualmente en las porciones altas del intestino delgado, mientras que en las heces sólo se suelen encontrar las formas quísticas o de resistencia, siendo raro que se encuentren formas vegetativas móviles, a no ser después de la administración de laxantes o en las formas colíticas con anidamiento secundario en colon.

Otro lugar de colonización, el que más nos interesa en nuestro trabajo, es el árbol biliar. Aquí se suscitó la controversia. La cuestión comenzó con el empleo sistemático del sondeo duodenal en los enfermos vesiculares y el examen en fresco de las muestras. Frecuentemente se constató la presencia de *Giardias* *Lamblias* en las diversas muestras de bilis. Los que pensaban que el reservorio de las lamblías era el duodeno y el yeyuno proximal no daban otro valor a estos hallazgos que el meramente episódico por contaminación de la bilis a su paso por el duodeno. Pero he aquí que se observaron casos en los que la bilis A no contenía flagelados y sí la bilis B, después del estímulo con el sulfato magnésico. Apareció entonces el concepto de colecistitis lamblíase pura. Para los acérrimos defensores del anidamiento intestinal, esto no era más que un "artefacto originado por la instilación del sulfato magnésico que por irritación desprendería las lamblías de la capa mucosa duodenal, por lo que aparecerían éstas en las muestras de bilis B al coincidir la salida de este tipo de bilis con el desprendimiento de las lamblías".

Ahora bien, hay un hecho cierto que resta valor a estas discusiones bizantinas, cual es que en algunas intervenciones de colecistectomía se ha encontrado en la vesícula un cultivo puro de formas vegetativas de lamblías. Por esto, y según nuestro modo de ver el problema, la cuestión debe quedar zanjada así:

a) El reservorio habitual de las lamblías está constituido por el duodeno, yeyuno e íleon proximal.

b) Las lamblías pueden pasar a las vías biliares colonizándolas secundariamente, originando cuadros clínicos de naturaleza hepatobiliar.

c) Siempre que un enfermo tiene lamblías en las vías biliares las tiene también, y de modo obligado, en el intestino delgado.

#### SINTOMATOLOGÍA.

Los cuadros clínicos varían, como es lógico, según el lugar preferente de localización, y así vemos formas intestinales y formas biliares. Dejando aparte las formas intestinales que no son objeto de este trabajo, nos ocuparemos especialmente de las formas biliares.

Según nuestro criterio existen fundamentalmente dos formas: la vesicular y la canalicular.

##### I. Forma vesicular.

Se presenta bajo dos aspectos clínicos diferentes.

*Variedad típicamente vesicular.*—Se manifiesta por un conjunto de síntomas similares a los que cualquier proceso flogístico de la vesícula: en forma de crisis, más o menos intensas, de

dolor en hipocondrio derecho con sus irradiaciones más o menos típicas, pero con un carácter interesantísimo: las crisis son cortas, de dos o tres días de duración, en los que el enfermo se encuentra mal, separadas entre sí unas de otras por períodos de tiempo más o menos largos durante los cuales los enfermos se encuentran completamente bien. Cualquier transgresión o exceso alimenticio, la proximidad de las reglas, la ingestión de alimentos o bebidas frías origina un nuevo brote. Más raramente se manifiesta en forma de verdaderos cólicos hepáticos con dolor intenso con sus irradiaciones típicas, escalofríos, fiebre y subictericia.

*Variedad dispéptica vesicular.*—Estos enfermos se quejan de molestias referidas a estómago. Acuden a consulta quejándose de su estómago. Unos se quejan de molestias postprandiales tardías que calman con la ingestión de alimentos o alcalinos, para reaparecer tardíamente después de la comida siguiente e incluso de noche, despertando al enfermo con sensación de hambre dolorosa. Estas molestias siguen un ritmo diario muy bien definido, lo que hace que estos enfermos sean frecuentemente diagnosticados de úlcera gastroduodenal (*dispepsia hiperesténica*).

En otros las molestias son del tipo de la pesadez postprandial precoz, con sensación de inflazón epigástrica, viéndose obligados a aflojarse las vestiduras, eructos, torpor intelectual y muscular, bostezos, relajamiento y sensación de empacho, mareos, náuseas e incluso vómitos acuosos escasos que mejoran las molestias. No pueden hacer la siguiente comida hasta muy tarde por la sensación de ocupación gástrica (*dispepsia hiposténica*). Los enfermos cuentan que frecuentemente una comida les sienta mal, encontrándose empachados durante dos o tres días, al cabo de los cuales vuelven a encontrarse bien durante una temporada, hasta que al cabo de más o menos tiempo, y en ocasión de otro exceso alimenticio, vuelven a sentir las mismas molestias.

Es precisamente esta evolución en temporadas cortas de molestias, separadas por espacios largos de bienestar, lo que caracteriza a esta dispepsia de tipo biliar.

##### II. Forma canalicular.

De esta forma son un ejemplo dos de los casos presentados en este trabajo. Se caracteriza por un cuadro clínico de brotes febriles en forma de fiebre continua en los casos de predominio colangítico, y de fiebre intermitente en las de predominio coledociano. Generalmente se encuentran formas mixtas.

La fiebre aparece y asciende rápidamente, casi siempre tras transgresiones dietéticas, y se mantiene varios días para dejar paso a una temporada larga de apirexia y bienestar, o bien se eleva rápidamente para durar tan sólo unas



horas y desaparecer también rápidamente en forma de accesos pseudopalustres (fiebre bilio-séptica). Estos accesos febriles se repiten durante dos o tres días para dejar paso a una temporada más o menos larga de apirexia y repetir nuevamente siguiendo a excesos bromatológicos. La fiebre puede llegar incluso a 40°.

Durante las crisis el hígado es doloroso espontáneamente y a la palpación (dolor de hipocondrio derecho y de epigastrio) aparece subictericia más o menos pronunciada, orinas colúricas, náuseas e incluso vómitos.

Un dato que he constatado en mis historias, y que da al cuadro clínico un carácter muy particular, es la aparición con el brote febril de sensación intensa de empacho y una erupción maculopapulosa en cara, labios e incluso en la mucosa labial y palatina. Todos estos síntomas desaparecen con el fin del brote, aunque las manchas de la erupción persisten todavía algún tiempo. Por este cuadro clínico estos enfermos son frecuentemente tratados como afectados de alergia alimenticia y sometidos a regímenes de exclusión, vacunas, desensibilizantes, antibióticos, sin que experimenten mejoría alguna.

Entre crisis y crisis los enfermos se encuentran mejor, pero con la repetición de los brotes aparece un proceso de infección secundaria (que hay que tener siempre en cuenta en el tratamiento de los casos de larga evolución) con un cuadro bilioséptico continuo e, incluso, cuadros muy similares a los de la colangitis lenta. En estos casos las biopsias hepáticas llegan a arrojar signos evidentes de hepatitis crónica y fibrosis periportal.

El sondeo duodenal muestra la presencia de lamblías en todas las muestras de bilis, pero con el dato interesante de presentar la bilis C, siempre límpida, unos diminutos cilindros de moco, verdaderos moldes de las vías biliares más finas.

#### DIAGNÓSTICO.

Se hace siempre por medio del sondeo duodenal, que aconsejamos practicar de modo sistemático a todo enfermo con molestias de naturaleza vesicular. Según nuestra experiencia son muy sospechosos de padecer lamblías aquellos enfermos que se quejan de brotes febriles de incluso 40°, sensación de empacho y urticaria más o menos acentuada. *Las muestras de bilis se han de examinar en fresco*, lo mejor apenas extraídas, preferiblemente en platina caliente o en portaobjetos calentado, ya que pasado cierto tiempo pierden su movilidad primero y su refringencia después (las dos propiedades físicas más importantes para su diagnóstico microscópico). Nosotros aconsejamos siempre dar carácter de urgencia al análisis de las muestras de bilis no sólo por lo expuesto, sino porque transcurrido cierto tiempo la flora microbiana se multiplica enormemente, por ser la

bilis un excelente medio de cultivo, los elementos celulares se desintegran por autólisis y por la acción de los fermentos pancreáticos y, por último, la conservación altera el estado coloidal e isoeléctrico de la bilis, precipitándose las sales de bilirrubinato y colesterol, dando por todo ello resultados falaces y perturbadores.

He aquí las historias de nuestros enfermos:

Caso núm. 1. Señorita C. U. F., de veintitrés años, residente en Vigo. Acude a nuestra consulta el 2 de marzo de 1955 (\*).

Antecedentes familiares.—Su madre padece hipertensión maligna. Su padre, de hábito pleurítico, padece frecuentes empachos tras transgresiones alimenticias. Resto sin interés.

Antecedentes personales.—Menarquia a los doce años, siempre escasa, tipo 4-5/28, sin molestias. Nefritis a los nueve años a consecuencia de amigdalitis aguda. Hace nueve meses, proceso de aparición gripal con fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y extremidades. Vista por el doctor LOBO DE LA RUA resultó tener un infiltrado subclavicular izquierdo que desapareció en quince días con tratamiento. Los análisis de sangre dieron el siguiente resultado: Hematíes, 3.350.000. Valor globular, 1.1. Leucocitos, 4.700. M., 0. M., 0. J., 9. S., 49. E., 10. B., 0. M., 1. L., 31. V. S. G., 27/68. Al parecer se trataba de un infiltrado eosinófilo.

Siempre ha tenido un apetito voraz; nunca expulsó segmentos de solitaria.

Enfermedad actual.—Hace unos diez años, después de una merienda abundante, sintió sensación de empacho, anorexia, dolor de cabeza, lengua sucia, pesadez epigástrica, estreñimiento y fiebre. La purgaron, pero no cedió el cuadro, que continuó con fiebre alta de 39° a 40° durante unos quince o veinte días. Ya mejorada continuó a régimen, quedando bien y recuperando completamente el apetito, hasta que después de otra comida copiosa se repitió el cuadro exactamente igual, pero de menor duración.

Estos accesos se fueron repitiendo de esta forma durante su juventud, por lo que se veía obligada a someterse a un régimen alimenticio severo y continuo.

Desde hace dos o tres años le aparecen las crisis con dolor en hipocondrio derecho, fuerte, irradiado a la parte baja de espalda derecha y a epigastrio con náuseas y vómitos, orinas oscuras y ligero tinte subictérico. Coincidiendo con estos accesos le aparecen manchas por la piel, rojizas, que hacen relieve y son pruriginosas, dándole sensación de tirantez del cutis y de los labios.

Estas molestias duran dos o tres días, desapareciendo todos los síntomas a un mismo tiempo, quedando unas ligeras manchas en el lugar de la erupción que tardaban varios días en desaparecer. Siempre muy estreñida, teniendo que usar laxantes de modo habitual.

Vista en consulta médica en Santiago de Compostela, en Madrid y durante una corta estancia en Londres, fué sometida a regímenes y tratamientos paliativos para su dispepsia y su síndrome infeccioso. No sintió alivio alguno.

Desde hace pocos meses viene teniendo con gran frecuencia, y a poco que se exceda en la alimentación, crisis febriles violentas de 40°, de iniciación rápida, de poca duración (una o dos horas), con escalofrío intenso, y que se repiten al día siguiente o durante los dos días siguientes.

Exploración (2-III-55).—Enferma en buen estado de nutrición y ligera palidez de piel y mucosas. No tinte subictérico. Por la piel de la cara se aprecian manchas de pequeño tamaño de tonalidad morena rojiza, resto de un reciente brote eruptivo. Lengua saburral. Piezas dentarias bien conservadas. Faringe normal. Cuello de configuración normal. No se aprecia tumefacción de la glándula tiroidea. No adenopatías ni tampoco en fosas

(\*) Caso presentado en la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo, en sesión científica con motivo de la Semana Científica en honor de Fleming, Junio de 1955.

supra, infraclavicular ni axilares. Tórax de configuración normal. Percusión y auscultación, normales. Corazón, tonos cardíacos rítmicos y puros (70 l. p. m.). Abdomen de configuración normal con buen pániculo adiposo. Normal a la exploración física. Hígado de consistencia normal, algo doloroso en las inspiraciones profundas. Murphy dudoso en el decúbito oblicuo izquierdo ventral. Reflejos normales.

Estudio radiológico.—Estómago normal, duodeno con

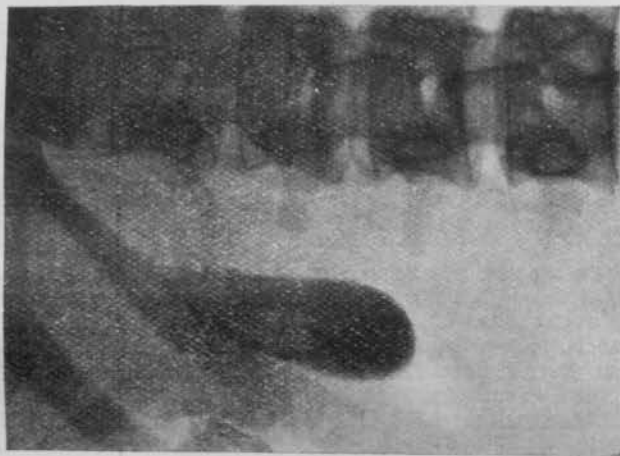


Fig. 1.—Caso núm. 1.—Colestografía a la hora y media de la inyección de Biligradin. Decúbito ventral. Clinoscopia en 60°.

imágenes "algodonosas" de inflamación o edema mucoso. Yeyuno e íleon de aspecto normal. Colestografías positivas con imágenes bien contrastadas. Prueba de Boyden normal, revelando un buen funcionamiento vesicular (fig. 2).

Laboratorio.—Se le practicaron anteriormente numerosos análisis, que la enferma aporta en la primera consulta con nosotros. Los análisis de sangre revelan una moderada tendencia a la anemia hipercloroma macrocítica con aniso, poiquilocitosis y una acentuada tendencia a la leucopenia. El último análisis (1-II-55): Hematíes, 3.280.000. Valor globular, 1,12. Macrocitosis moderada. Leucocitos, 3.950. M., 0. M., 0. J., 3. S., 62. E., 5. B., 0. M., 3. L., 27. V. S. G., 51/11. Jugo gástrico en ayunas: ClH libre, 0,32. ClH comb., 0,18. Sondeo duodenal sin alteraciones en las muestras de bilis (seguramente debidas a la tardanza en realizar el análisis). Heces nada anormal.

Sondeo duodenal (5-III-55). Se le practica sondeo duodenal minutado según la técnica de VARELA LÓPEZ y VARELA FUENTES, apreciándose una tendencia al espasmo del esfínter de Oddi con tiempo oddiano ligeramente alargado. Una vez abierto el esfínter, la bilis dreña con facilidad, obteniéndose muestras de bilis B con el estímulo salino a los quince minutos de la instilación. La bilis A presenta copos de moco de pequeño tamaño esferoidales, mientras que la bilis C presenta diminutos cilindros de moco, verdaderos moldes de las vías biliares finas.

Por el antecedente del primer brote de la enfermedad, demasiado duradero, se le ruega al analista (doctor VIDAL ANTONIO, de Vigo) que investigue mediante cultivo la posible presencia de salmonellas, y por la historia actual la presencia de probables lamblías. El resultado fué el siguiente: Sedimento en fresco de muestras de bilis A, B y C: Se aprecia enorme cantidad de lamblías aisladas o agrupadas en zoogreas numerosas. Ausencia de cristales de bilirrubinato o colesterol. Cultivo positivo a las veinticuatro horas: Escherichia Coli en velo superficial. Se hacen cultivos en medios azucarados que arrojan el mismo resultado.

Tratamiento.—Para combatir la infección secundaria se le instaura un tratamiento inicial de terramicina a dosis de dos cápsulas cada seis horas durante cuatro días. Una cucharada sopera de aceite en ayunas para

evacuar la vesícula diariamente, seguida de una solución de sulfato, salicilato, fosfato y bromuro de sosa. Atebrina, a la dosis de 0,3 gr. diarios durante cinco días; descanso de siete días, nuevo tratamiento de cinco días y nuevo descanso. Se repitieron los tratamientos cuatro veces. Digestosol, para suplir la insuficiencia secretora gástrica.

La enferma curó por completo, no habiendo tenido ningún brote más durante seis meses, a pesar de comer absolutamente de todo y hacer excesos bromatológicos con mariscos, licores, "combinaciones", etc. Desapareció completamente el estreñimiento.

Nota.—Al tomar el desayuno de Boyden (dos yemas batidas en leche) le apareció un brote característico con el acceso febril pseudopalustre, la erupción y el estreñimiento y la sensación de empacho.

Caso núm. 2. Enfermo S. U. V., de cincuenta y ocho años, casado, natural y residente en Vigo, de profesión industrial. Fecha de la primera visita: 7 de julio de 1955.

Antecedentes familiares y personales sin interés. No fumador, poco bebedor, niega venéreo.

Enfermedad actual.—Desde hace muchos años, sin que pueda precisar cuántos, viene notando de raro en raro, y generalmente coincidiendo con transgresiones alimenticias en las que predominan las grasas, pescados azules o mariscos, así como después de excesos alimenticios con motivo de fiestas, banquetes, etc., sensación de empacho gástrico, estado nauseoso, lengua sucia, pesadez epigástrica, escalofríos y fiebre más o menos alta que incluso llega a veces a 40°, acompañado de una erupción brusca, rojiza, que hace relieve en piel, labios, mucosa bucal pruriginosa. Este cuadro dura dos o tres días quedando después bien, hasta que una nueva transgresión desata otro cuadro similar. Durante las crisis tiene dolorimiento epigástrico irradiado hacia hipocondrio derecho, orinas oscuras y dos o más deposiciones blandas. Tiene muy buen apetito, pero tiene que estar continuamente refrenándose de los placeres de la mesa por temor a estos repetidos "empachos".

Fuó diagnosticado de alergia alimenticia, de sepsis

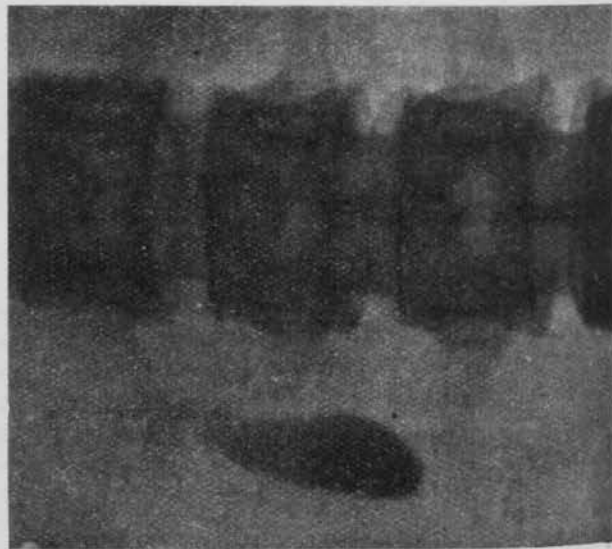


Fig. 2.—Caso núm. 1. Colestografía a la 45 minutos de la comida grasa de Boyden. Buena contracción. Se observa el infundíbulo, cístico, hepático y colédoco.

estafilocócica y sometido a tratamientos y regímenes desinsibilizantes con hiposulfitos, sales de magnesio, peptona, antihistamínicos, proteinoterapia, autohemoterapia, vacunas, etc., sin que se obtuviera el menor éxito. Acude a nuestra consulta con el siguiente:

Estado objetivo.—Enfermo pícnico moderadamente obeso, en buen estado de nutrición, con buena coloración de piel y mucosa y ligero tinte subictérico en la



periferia de conjuntiva bulbar. Pupilas isocóricas de reflejos normales. En boca faltan algunas piezas dentarias y lengua ligeramente saburral. Cuello normal, no palpándose adenopatías, así como tampoco en fosas supra, infraclaviculares ni axilares. No existe tumefacción de glándula tiroides. Tórax de configuración normal, sin alteraciones a la exploración física. Corazón normal en la exploración física. Abdomen de configuración normal. Cicatrices operatorias de hernia inguinal



Fig. 3.—Caso núm. 2. Colecistografía a las dos horas de la inyección de Biligráfin.

bilateral. Hernia umbilical, que se reduce fácilmente y se exterioriza también fácilmente con los esfuerzos y la tos. Hígado de borde normal, liso e indoloro. No Murphy. Reflejos de extremidades normales. No edemas maleolares ni pretibiales. Tensión arterial, 16-8.

Examen radiológico.—Estómago hipertónico, hiperquínético, sin anormalidades en pliegues ni en curvaturas. Bulbo duodenal con imágenes netas de duodenitis en forma "nubosa". Ileón normal con tránsito acelerado. Colon normal. Colecistografías: Imagen vesicular de tamaño, forma y contornos normales; no se aprecian imágenes calcúlosas. Vacía casi completamente a los cuarenta y cinco minutos del desayuno de Boyden (figuras 3 y 4).

Laboratorio.—Jugo gástrico: CIH libre, 1,168. CIH comb., 0,293. Ac. extracolorh., 0,255. Sondeo duodenal: Se practica sondeo duodenal que demuestra un alargamiento del tiempo oddiano. Los exámenes de las muestras (doctor VIDAL ANTONIO, de Vigo) en fresco y apenas extraídas demuestran la presencia de gran cantidad de formas vegetativas de *Giardias Lamblia* agrupadas en zoogreas o aisladas. Epitelios abundantes de descomposición duodenal. Píocitos y gran cantidad de gérmenes de infección secundaria.

Jugo pancreático en ayunas y con el estímulo de la sonda duodenal: Amilasa (Wohlgemuth), 20 ml. (normal, 40). Tripsina (Gross), 18 ml. (normal, 25-50). Lipasa (Bondi), 25 (normal, 50).

Tratamiento.—Tratamiento inicial con terramicina. Atebrina, a dosis de 0,3 g. diarios durante cinco días, seguido de un descanso de diez días y repetición de estos ciclos tres o cuatro veces. Aceite en ayunas, seguido de sulfato, salicilato, benzoato y bromuro de sosa. Takadistasa. Diatermia en zona pancreática.

Caso núm. 3. Enfermo J. R. P., casado, de veintisiete años, residente en Redondela (Pontevedra), de profesión herrador. Primera visita: 25-VI-55).

Antecedentes familiares.—Sin interés.

Antecedentes personales.—No recuerda enfermedades anteriores; niega venéreo. No fuma, no bebe vinos ni licores. Dos hijos sanos.

Enfermedad actual.—Desde hace unos dos años viene teniendo molestias abdominales y sensación de empacho

a temporadas cortas, pasando quince días o un mes mal y luego dos o tres meses bien, durante los cuales se creía curado. Durante las temporadas de molestias éstas no eran diarias ni igualmente intensas de un día a otro. No se puede precisar ningún ritmo. Pierde apetito, peso y color, sintiendo molestias centroabdominales precoces o semitardías con sensación de pesadez, "como si se le quedara detenida la comida". Estas molestias duran dos o tres horas y se acompañan de fiebre moderada. Sospechando proceso pulmonar fué visto a rayos X, no encontrándose nada anormal en áreas pulmonares.

De tiempo en tiempo tiene, acompañando a estas sensaciones de empacho, mal sabor de boca, lengua sucia y pastosa, mal olor de aliento, anorexia, accesos febriles de 38° y más acompañados de malestar general, quebrantamiento y sensación angustiosa, "como que se le va la vida". Estos accesos duran dos o tres días, dejando paso a una temporada de apirexia o febrícula intermitente. Todos los tratamientos, incluso de terramicina, fueron ineficaces para cortar estos movimientos térmicos. Generalmente cuando pasaba una temporada bien no tenía fiebre, mientras que cuando se encontraba mal aparecía una elevación térmica más o menos acusada.

Frecuentemente tiene inquietud intestinal con ruidos de tripas y expulsión de enorme cantidad de gases malolientes por ano. A veces, deseos frecuentes de orinar.

Visto por el urólogo de Vigo doctor PEÑA, no se le encuentra nada anormal en vías urinarias. Fué puesto a tratamiento con terramicina, que sólo dió resultado momentáneo.

Insomnio, nervosidad, palpitaciones, sobresaltos y taquicardias espontáneas de poca duración.

Exploración.—Enfermo en deficiente estado de nutrición con coloración morena sucia, y en manchones de tegumentos, buena coloración de mucosas; intensas ojeras, ojos deprimidos, mirada triste y pupilas dilatadas isocóricas, dando la impresión de ser un enfermo neurótico. Faltan algunas piezas dentarias, lengua seca, pastosa, saburral. Cuello de configuración normal sin adenopatías ni tumefacción tiroidea. Axilas normales. Tórax de configuración normal, sin alteraciones a la exploración física. Tonos cardíacos normales (80 l. p. m.).



Fig. 4.—Caso núm. 2. Colecistografía a la hora de la comida grasa de Boyden. Buena contracción y vaciamiento.

Abdomen: Dolor a la palpación en región centroabdominal, en fosa iliaca derecha y en hipocondrio derecho. Hígado normal. Reflejos algo exaltados. No se palpa bazo.

En la exploración radiológica de tórax no se ve nada anormal. En el tubo digestivo se aprecia, bajo el control fluoroscópico, imágenes de alteración mucosa de intestino delgado desde duodeno a ileón. Zonas largas espásticas y zonas en guirnalda dilatadas o en forma de "ratón inmóvil". En yeyuno e ileón se aprecian las imágenes claras acintadas de varios áscaris.

Sospechando que todo fuera debido a una enteritis crónica parasitaria, se instaura un tratamiento anti-ascaridiano a base de santonina y antisépticos intestinales y laxante salino dialítico suave. El enfermo expulsa varios áscaris y a los pocos días se encuentra "completamente bien".

Al mes vuelve de nuevo a mi consulta con las mismas molestias, escalofríos, fiebre de 39°, desencajado el semblante, ojerías intensas, subictericia conjuntival, muy mal olor del aliento, boca pastosa, encías fácilmente sangrantes, lengua seca e intensamente saburral, sensación de empacho y anorexia invencible, dolorimiento en hipocondrio derecho, donde se palpa el hígado aumentado de tamaño y de consistencia francamente doloroso a la presión.

Ante este nuevo aspecto de la historia clínica, y sospechando que se trate de una lamblisis, se le practica sondeo duodenal y se envían algunas muestras de bilis al laboratorio (doctor VIDAL ANTONIO). El resultado acusa la presencia de lamblis aisladas y en zoogreas y de infección secundaria intensa.

Tratamiento.—Se inicia con terramicina para combatir la infección secundaria. Atebrina, a la dosis de 0,3 gramos diarios, durante cinco días seguidos, descansando diez días y repitiendo este ciclo tres o cuatro veces. Aceite en ayunas. Reasel.

Decíamos antes que nuestra experiencia, aunque escasa, la considerábamos suficiente para fundamentar nuestro criterio personal sobre la patogenidad de las *Giardias Lamblis* en el adulto. Según este nuestro criterio, las lamblis son capaces no sólo de originar la enfermedad en el hombre adulto, sino de dar lugar a un cuadro patológico con perspectivas clínicas lo suficientemente bien definidas para individualizarlo e independizarlo de entre los demás procesos flogísticos hepatobiliares.

Este criterio lo fundamentamos en hechos clínicos tan demostrativos como las historias clínicas relatadas anteriormente. Es bien manifiesto que estas historias clínicas son completamente similares, casi idénticas las dos primeras, con escasa similitud con otros cuadros clínicos, obedecen a la misma etiología, y puestos a un mismo tratamiento llevan a la curación completa en poco tiempo.

Los resultados no pueden ser más concluyentes y nosotros consideramos que la lamblisis biliar merece un capítulo aparte, no escondido entre los capítulos hepatobiliares de los tratados de Gastroenterología, sino un capítulo preeminente, ya que bien conocido y diagnosticado evita procesos patológicos de una tenacidad desesperante e incluso intervenciones quirúrgicas innecesarias.

#### TRATAMIENTO.

Dejando aparte los innumerables tratamientos a base de arsenicales y antiamibianos, nos ocuparemos de los derivados de la quinacrina.

Los antiamibianos, empleados empíricamente, han sido abandonados por su completa ineficacia. Actualmente se emplean derivados acridínicos empleados en la lucha antipalúdica. El más empleado es la *atebrina*, a la dosis de 0,3 gramos diarios durante cinco días seguidos, con intervalos de diez días de descanso. Este ciclo

se repite varias veces. Es eficaz en un porcentaje elevado de casos, aunque muy variable según los autores.

Actualmente se ensayan numerosas sustancias quimioterápicas antipalúdicas con resultados cada vez más satisfactorios: la *nivaquina*, *flavoquina*, *cloriguana*, *malocide*, y actualmente se acude a la asociación *mepacrina-rodoprequina*, que según los autores franceses da lugar a la curación en el 100 por 100 de los casos.

El tratamiento completo que realizamos nosotros es el siguiente: En los casos de larga evolución iniciamos una terapéutica antibiótica para combatir la flora bacteriana, de infección secundaria, a base de terramicina, durante tres o cuatro días. A partir de entonces recomendamos tomar todas las mañanas, en ayunas, una cucharada sopera de aceite común seguida de medio vaso de agua caliente, a la que se añade una cucharada sopera de esta fórmula:

Sulfato de sosa .....	} a. a. 10 gr.
Fosfato de sosa .....	
Salicilato de sosa .....	
Bromuro de sosa .....	
Agua .....	6 "
	300 "

o bien una cucharada de las de postre de Reasel o Gastro-Sodine "B" (bromurada), aunque nuestra preferencia está con el primero, tal vez por ser con el que estamos más familiarizados.

Con esto logramos un vaciamiento completo de la vesícula y vías biliares y, con él, un drenaje continuo del árbol biliar, foco de infección. Seguidamente administramos Atebrina "Bayer" a la dosis de 0,3 g. diarios durante cinco días seguidos. A continuación, un descanso de diez días. Este ciclo lo repetimos tres o cuatro veces, según el grado de "ictericia acridínica" que acuse el paciente. Para aliviar, en parte, esta pigmentación amarillenta, recomendamos no exponerse directamente a la luz del sol y tomar dosis masivas de vitamina A.

#### RESUMEN.

El autor hace una descripción de los cuadros clínicos hepatobiliares originados por la *Giardia Lamblia*, haciendo especial hincapié en la forma canalicular, de la que presenta dos casos demostrativos.

Hace una descripción, según su experiencia, de un cuadro clínico muy interesante para el diagnóstico, cuadro en el que destacan la sensación de empacho gastrointestinal, dolorimiento hepático, fiebre alta, incluso de 40°, y erupción cutáneomucosa más o menos pruriginosa. Este cuadro dura de uno a tres días y los enfermos quedan completamente bien por temporadas largas para repetir de nuevo.

Considera que la lamblisis biliar debe ocupar en los tratados de Gastroenterología un capítulo tan preeminente como el de la litiasis biliar, ya que, conocido el mal, un tratamiento de

pocos días evita molestias durante muchos años.

Hace un estudio de los medicamentos actualmente en boga, derivados acridínicos, y termina exponiendo el tipo de tratamiento empleado por él en sus pacientes con resultados sorprendentemente eficaces.

## SUMMARY

The writer describes the hepatobiliary clinical pictures due to "Giardia Lamblia" with special emphasis on the canalicular type of which he reports two illustrative cases.

He gives a description, based on his experience, of a clinical picture extremely interesting for diagnosis. This condition is typified by a "feeling of gastrointestinal indigestion, liver tenderness, temperature as high as 104 and a somewhat pruriginous, mucocutaneous eruption". This condition lasts for "one to three days" and the patients recover completely for a long period until a new attack occurs.

In his opinion, books on Gastroenterology should devote as much space to biliary lamblia-sis as they do to biliary lithiasis, because once the disease is known a short course of treatment prevents discomfort for many years.

He studies the drugs in general use at present, the acridine derivatives, and ends with a description of the course of treatment employed by him on his patients with remarkably good results.

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beschreibt die klinischen Bilder der Leber-und-Gallenwege, die durch die "Giardia Lamblia" hervorgerufen werden. Besonders aufmerksam macht er auf die canaliculäre Form, von denen zwei eindrucksvolle Fälle vorgestellt werden.

Er gibt für die Diagnose aus eigener Erfahrung eine sehr interessante Beschreibung des klinischen Bildes, wo das "Empfinden einer Magenverstimmung, Leberempfindlichkeit, hohes Fieber-bis zu 40° sowie ein mehr oder we-

niger stark juckendes Exanthem der Haut und Schleimhäute besonders auffallen". Dieser Zustand dauert "1-3 Tage", und die Patienten bleiben dann auf lange Zeit hin gesund bis sich das Bild wiederholt.

Der Verfasser glaubt, dass das Kapitel über Gallenlamblia-sis in den Handbüchern der Gastroenterologie eine ebenso wichtige Stelle einnehmen müsste wie das der Gallensteine; wenn das Leiden nämlich erkannt wird, so kann eine entsprechende Behandlung Beschwerden auf viele Jahre hinaus vermeiden.

Es erfolgt dann das Studium der heutzutage in Anwendung kommenden Medikamente-Abkömmlinge des Acridins- und zum Schluss die vom Verfasser angewandte typische, Therapie, die von ihm mit äusserst wirksamem Erfolg bei seinen Patienten angewandt worden sind.

## RÉSUMÉ

L'auteur fait une description des tableaux cliniques hépatobiliaires produits par la "Giardia Lamblia", en soulignant spécialement la forme canaliculaire, dont il présente deux cas démonstratifs.

Il fait également une description, selon expérience, d'un tableau clinique très intéressant pour le diagnostic, tableau où l'on détache "la sensation d'embarras gastro-intestinal, douleur hépatique, forte fièvre, même jusqu'à 40°, et eruption cutanée-muqueuse plus ou moins prurigineuse". Ce tableau persiste pendant "deux ou trois jours", après, les malades sont complètement bien pendant longtemps et le tableau se représente à nouveau.

Il considère que la lamblia-sis biliaire doit occuper dans les traités de Gastroentérologie un chapitre aussi prééminent que celui de la lithiasis biliaire puisqu'une fois le mal connu, un traitement de quelques jours évite les malaises pendant bien des années.

Il fait une étude des médicaments actuellement en vogue, dérivés acridiniques et finit en exposant le genre de traitement employé par lui chez ses malades, avec des résultats efficaces surprenants.