

UN CASO DE LAMBLIASIS INTESTINAL

POR EL DR. JESUS ARROYO

En el mes de septiembre último tuve ocasión de estudiar las deyecciones de un enfermo venido de Querétaro, el señor Dr. A. R., quien padecía una disentería de evolución crónica, el principio de la cual se remontaba al mes de mayo de 1924.

Causóme sorpresa encontrar en las deyecciones, parásitos flagelados, que por su forma, dimensiones y demás caracteres microscópicos, correspondían a los llamados lambias intestinales, y los cuales pudieron ser observados tanto al estado de quistes, como al de formas vegetativas.

Por ser esta la primera ocasión en que he tenido oportunidad de observarlos, el caso me interesó sobremanera y procuré estudiarlo detenidamente para dar cuenta a esta H. Academia del resultado de mis observaciones.

Son los siguientes, los datos clínicos que el propio enfermo tuvo la bondad de entregarme por escrito.

«En el mes de mayo de 1924 se presentaron, sin causa ostensible, evacuaciones disenteriformes acompañadas de ligeros dolores, principalmente nocturnos, en ambos hipocondrios, preferentemente en el derecho, acompañados de sensación de malestar en el epigastrio; esto coincidió con piorrea alveolar. Por esta época, hubo ligera elevación de temperatura en las tardes, durante dos o tres días. Se hizo una cura de 10 inyecciones de Clorhidrato de emetina de 0.05 centigramos, cada una y todo se corrigió.

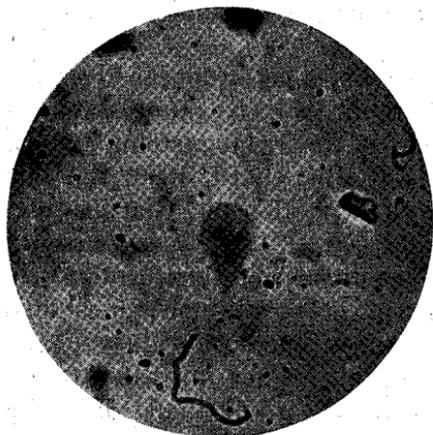
En el mes de junio se principió el tratamiento de la piorrea alveolar, masticando comprimidos de Ipecac Alcresta «Lilly» y aplicando inyecciones contra la piorrea (vacunas). Por esa época se hizo la extracción de tres molares.

En enero de 1925, apareció otra crisis disenteriforme, pero sin tenesmo rectal. Las evacuaciones, en número de 6 a 8 en 24 horas, estaban constituidas por budines bien formados, de calibre y color normales, de aspecto brillante, como barnizados, y con perforaciones en su superficie, como si por ellas hubieran salido gases. Estos budines no flotaban en la superficie del agua, sino que se iban al fondo.

Se instituyó el tratamiento que aconseja Ravaut para las amibiasis crónicas, agregándole comprimidos de Salicairina, y estableciendo el siguiente método terapéutico: En los 20 primeros días de cada mes se tomaba la pasta Bismuto-ipeca, alternándola con comprimidos de Narsenol, y en los últimos 10 días, comprimidos de Salicairina; en el mes de agosto el estado de salud aparente se había logrado. El 1º de septiembre se presentó otra crisis diarrea que se combatió como la anterior.

Además, toda la duración del padecimiento, la alimentación no se ha modificado, excepción hecha de la prescripción de huevos y leche. El peso descendió de 82 a 72 kilos el 1º de septiembre. La extracción de todas las piezas dentarias fue hecha en febrero de 1925».

Hasta aquí el enfermo, Dr. R.



Lamblia intestinalis

(OBS. PERSONAL. — MICRO-FOTOGRAFIA)

pequeños, ovoideos y transparentes, de un parásito que no pudimos identificar desde luego.

No observamos amibas, ni quistes de estas, gusanos intestinales o sus huevecillos, ni encontramos, a pesar de buscarlos detenidamente, en fresco, parásitos adultos que correspondieran a los quistes observados.

En tanto examinamos las preparaciones anteriores, habíamos hecho un frottis con otra partícula de moco, y previa fijación por el alcohol metílico, la coloreamos por el reactivo de Giemsa. El examen con objetivo de inmersión, de esta preparación colorida, nos reveló la presencia de numerosas *lamblias intestinales*, con los caracteres especiales de estos parásitos, y nos permitió hacer el diagnóstico de los quistes antes encontrados.

El día 17 de septiembre último; como a las once horas, se presentó en el laboratorio el enfermo a que me refiero, y allí mismo evacuó el intestino a fin de que la evacuación fuera lo más reciente posible, para proceder a su examen.

Dicha evacuación estaba formada, de color amarillo obscuro, y presentaba en la superficie una pequeña cantidad de moco, tan pequeña que daba la impresión de ser, como unas cuantas gotas expulsadas al fin de la defecación. Inmediatamente practicamos el examen en fresco, de varias preparaciones hechas con dicho moco, encontrando, como dignos de ser mencionados, numerosos cristales de Charcot-Leyden y quistes

Estábamos por lo tanto, frente a un caso de enteritis causada por lamblías, primero que llegaba a nuestro conocimiento,

* * *

Permitidme ahora, con motivo de este caso, que haga ante vosotros relación sucinta de nuestros conocimientos acerca de este parásito, y la dolencia que ocasiona.

Las lamblías intestinales son parásitos flagelados, pertenecientes al grupo de los protozoarios, que, según Dobell, fueron descubiertos en 1681, en las deyecciones humanas: debiéndose este hallazgo a Leuwenhoeck, quien estudiaba sus propias evacuaciones; fueron por lo tanto las lamblías, los primeros protozoarios intestinales, descubiertos en el hombre. Sin embargo, le mayor parte de los autores parecen atribuir a Lambl, dicho descubrimiento, en 1859.

Como denominaciones sinónimas han sido empleadas en épocas diversas, las siguientes: *Cercomonas intestinalis* Lambl, 1859; *Hexamitus duodenalis*, Davaine 1875; *Dimorphus muris*, Grassi 1879; *Megastoma entericum*, Grassi 1881; *Megastoma intestinale*, R. Blanchard, 1886; *Lamblia intestinalis*, R. Blanchard, 1888; *Lamblia cuculi*, Bensen; *Giardia enterica*, Charles Atwood y Elisabeth B. Chritsiansen, 1915.

Se caracterizan estos parásitos por tener un aspecto piriforme vistos de frente, y semilunar si se observan de perfil; presentan una concavidad en su cara ventral, que corresponde a una especie de boca o de ventosa, merced a la cual se fijan sobre las células epiteliales del intestino; recibe dicha depresión el nombre de *peristoma*. En el centro de ella se observan dos núcleos pequeños, ovoideos, situados a ambos lados de la línea media, y fácilmente visibles en las preparaciones coloridas. Entre ambos núcleos se observan unos filamentos ténues llamados *axostilos*, dispuestos paralelamente a la longitud del parásito y que iniciándose hacia adelante en unos corpúsculos puntiformes que se estiman como *b éfaroplastos*, terminan en el límite posterior del peristoma. En algunos individuos se observa además, un corpúsculo pequeño colocado transversalmente sobre la línea media y en la parte posterior del parásito, se llama *cuerpo parabasal*, se colorea de matiz diverso a los núcleos (es siderófilo) y falta en los ejemplares jóvenes del parásito que estudiamos.

Ostentan las lamblías cuatro pares de flagelos, situados de la manera siguiente, el primero es anterior y nace de los blefaroplastos antes mencionados, iniciados allí los flagelos se dirigen hacia adelante, cruzan mutuamente la línea media y se incurban luego hacia atrás, viéndose flotar a ambos lados del cuerpo de la lamblia; los tres restantes nacen, conforme

a las observaciones hechas de gran número de individuos, de la parte posterior de los axostilos, que parecen prolongarse hacia atrás, para originar el par posterior, que se ve fácilmente; y que antes de emitir el mencionado par posterior, han originado otros dos pares laterales a ambos lados de la línea media y los cuales emergen del parásito, siendo también fácilmente visibles.

Tienen las lamblias dimensiones que varían de 15 a 20 micras de largo por 10 a 12 de ancho, y presentan movimientos que Brumpt ha llamado natatorios, y uno especial, de torsión sobre su eje, merced al cual es fácil observar el aspecto diverso de su cuerpo en situación frontal y lateral.

En cuanto a los quistes, son ovoideos, de 10 a 15 micras en su mayor diámetro y pueden observarse en ellos, dos y algunas veces más núcleos si el parásito está en división, y un tabique diagonal, por el cual se haría la sección del parásito cuando se multiplica en los quistes. Si se observan en fresco, son transparentes y de color amarillento, o azulado, visibles solo mediante un examen detenido de las preparaciones. Previamente coloridos se tiñen con el Giemsa, en azul pálido (su protoplasma es basófilo), y ea él se destacan más o menos claramente los núcleos, teñidos en rosa.

En algunas ocasiones solo se observan quistes en las evacuaciones y para estudiarlos con claridad, conviene recurrir al procedimiento de concentración de Carles y Barthelemy; así es posible tener varios en una sola preparación y estudiarlos detenidamente. En cambio, cuando hay parásitos adultos, coexisten con otros quistes, en pequeña cantidad y pueden estudiarse ambos fácilmente.

Diremos desde ahora que la eliminación de lamblias no es constante, sino que merced ya al tratamiento instituido, o a la concentración de las materias fecales en los períodos de estreñimiento que alternan con los de diarrea, los parásitos se enquistan, según algunos autores, y según otros se introducen profundamente en los repliegues de la mucosa intestinal, dejando de aparecer en las deyecciones; en tal caso solo se observan escasos quistes. Pero si mediante la administración de un purgante, o de otra sustancia (el sulfato de bario dado a los enfermos para tomar una radiografía, como ocurrió en nuestro enfermo), se provocan una o más evacuaciones diarreicas, es posible observar nuevamente parásitos adultos en las evacuaciones, de donde habían desaparecido en días anteriores: Conviene tener presente este hecho, para la investigación por los procedimientos de laboratorio.

¿De dónde proviene la infestación por lamblias? Es este un punto no bien dilucidado hasta ahora. Se sabe que existen en los ratones, perros, gatos, conejos, y hasta carneros, diversas clases de lamblias, y aun cuando no se ha establecido la identidad de éstas con la lamblia humana, sí se presume, verbi-gratia, que cuando los ratones roen los alimentos que el hombre

ha de consumir, dejan en ellos los parásitos, que introducidos al aparato digestivo humano, se adaptan a él, se desarrollan y originan la enfermedad.

Pero esta afirmación, que puede ser cierta en algunos casos, no basta para explicarlos todos. Nuestró enfermo niega haber ingerido hasta donde él recuerda, algún alimento así mancillado, y no se explica la génesis de su mal.

En otros casos, un enfermo puede contaminar a los que lo rodean, si no se tienen las precauciones de aseo indispensables para el manejo y desinfección de las evacuaciones parasitadas, o si se descuida el aseo de las manos y útiles empleados en el tratamiento de los enfermos.

Además, puede ocurrir igualmente la infestación por agua contaminada. (Nos refiere haber encontrado estos parásitos en algunos filtros de agua), o por vegetales y frutas no debidamente lavados antes de ser consumidos.

En el organismo humano, habitan las lamblías en el interior del intestino delgado, especialmente del duodeno, según la mayor parte de los autores, y según otros en la porción terminal del ileón, en el ciego y parte inicial del colon ascendente Marcel Labbé recuerda a este respecto, una observación de Fairise et Jacquot, de un minero de Tonkin que, tras de padecer varios años una disentería primero y una enteritis crónica después, ocasionadas por lamblías, murió con fenómenos de oclusión intestinal; practicada la autopsia, se encontraron las lesiones principales, consistentes en úlceras anfractuosas y salientes papiliformes de la mucosa, en la región ileo-cecal, y se comprobó la presencia de lamblías al estado adulto en el espesor de las paredes intestinales, y al de quistes en la superficie de la mucosa. Goiffon refiere además, haberlas encontrado en el pus de un absceso intestinal, observado por el rectoscopio, y en el interior del apéndice de un enfermo de Savignac.

Aun cuando en algunos casos se han observado lamblías en el intestino de personas sanas, lo cual hizo creer que eran inofensivas para el hombre, las observaciones hechas en diversos países, especialmente después de la guerra, han rectificado esta manera de pensar, ya que se han observado en diversas ocasiones (Kennedy, Roseware, Porter, Fantham, etc.), epidemias de lamblías, especialmente en los individuos que ocupaban las mismas trincheras; en otra ocasión según Goiffon, se ha visto a un enfermo contagiar a tres personas de su familia, indemnes hasta entonces; Orticoni y Nepveu han referido varios casos de enteritis ocasionadas por estos parásitos, etc., etc.

En cuanto a los fenómenos morbosos que causan las lamblías, diremos que son variables de uno a otro enfermo. Recordaremos desde luego que Deschiens ha distinguido tres tipos clínicos, que son el tipo disentérico, el

tipo de enteritis crónica con accesos agudos intermitentes; y el tipo frustrado; se comprende fácilmente que a cada uno de ellos corresponden síntomas diversos y de intensidad variable.

Sin embargo, de una manera general, puede decirse que los primeros brotes de la dolencia son insidiosos, aunque progresan pronto, estableciéndose en pocos días los síntomas de una enteritis disenteriforme más o menos intensa; no es raro observar desde el principio fiebre, que moderada en algunos casos, puede alcanzar cifras altas en otros. Sadi de Buen relata el caso de un enfermito de tres años de edad en quien se inició la enfermedad con fiebre bastante alta y duradera; en nuestro caso, el enfermo dice haber tenido fiebre moderada, dos o tres días, al principio de su enfermedad.

Casi al mismo tiempo aparece diarrea, comunmente acompañada de cólicos, siendo las evacuaciones de color amarillo claro, pastosas, y con mediana cantidad de moco; en otras ocasiones, cuando las lamblías se encuentran asociadas a otros parásitos, puede haber sangre, en cantidad variable.

Coexistiendo con los fenómenos anotados, hay trastornos digestivos consistentes en anorexia, mal sabor de boca, ligero dolor abdominal y sensación de plenitud; hay igualmente cansancio moderado.

Tras un período de diarrea, que por lo común no se prolonga mucho, sucede el estreñimiento, recobrando las deyecciones su color y forma normales, y quedando tan solo una pequeña cantidad de moco, que merced al tratamiento puede desaparecer, aunque reapareciendo posteriormente.

En otros casos la diarrea persiste, y a los fenómenos agudos sucede una evolución crónica, tomando las evacuaciones el carácter enterocolítico, siendo rebeldes a todo tratamiento, y prolongando su duración muchos meses, y aun algunos años (12 en el caso de Fairise y Jacquot, citado antes).

En este estado, los trastornos digestivos se acentúan y pronto se enflaquecen los enfermos (en nuestro caso, a pesar de que la diarrea ha alternado con estreñimiento, el enfermo ha perdido diez kilos de peso, en un año aproximadamente).

Tales son los fenómenos principales observados hasta ahora, en la mayor parte de los casos estudiados. Como fenómenos concomitantes señalaremos los siguientes: De parte del aparato digestivo, hay lengua saburral, vómitos en algunas ocasiones, fenómenos dispépticos, dolor abdominal, especialmente acentuado a la presión en la región del colon, y crecimiento del area hepática, en los casos graves; los aparatos respiratorio y circulatorio no presentan alteraciones ostensibles debidas a la infestación que nos ocupa: en la sangre, no obstante, ha sido señalada una moderada eosinofilia en algunas ocasiones, que no todos los autores han comprobado.

De parte del aparato urinario y en los casos avanzados, se observa albuminaria poco acentuada, acompañada de cilindros hialinos; y por lo que

toca al sistema nervioso hánse observado fenómenos de excitación cuando la hipertermia es acentuada, ataques de eclampsia en uno de los enfermos de Sadi de Buen. y depresión nerviosa en los casos graves y de larga duración.

Entre las complicaciones importantes de la lambliasis, debemos señalar desde luego la asociación de estos parásitos, con otros flagelados, con amibas, con bacterias patógenas, y aun con otros parásitos. De los casos que han llegado a mi conocimiento puedo citar los siguientes:

Molinary habla de la asociación de las lamblias con los blastoquistes, tricomonas, tetramitos mesnili, cercomonas hominis y plagiomonas; Labbe, que hasta 1919 había estudiado ocho casos, la encontró asociada en tres con amibas, y en otro con filamentos micélicos muy abundantes, de un hongo, la naturaleza del cual no fue precisada; en los cuatro casos restantes la infestación por lamblias era única en los pacientes. Boyd, de Montreal, en un caso en que se hizo el examen del producto duodenal extraído mediante la sonda correspondiente, encontró las lamblias asociadas al bacilo tífico; en el caso que motiva este estudio, es posible que primitivamente haya habido asociación de las lamblias con otros parásitos (el enfermo tuvo al principio de sus males piorea alveolar, que solo acabó cuando se extrajeron todas las piezas dentarias) etc., etc.

Ahora bien, cuando las lamblias se encuentran asociadas con amibas, es lo probable que sean estos parásitos los principales causantes de la dolencia, quedando las primeras relegadas a segundo orden; en casos en que sean otros flagelados los compañeros de las lamblias, no puede precisarse el papel de cada uno de ellos en la sintomatología observada.

Pero en los numerosos casos en que solo se encuentran estos parásitos, a ellos deben atribuirse los síntomas del padecimiento. En el caso especial que nos ocupa, si bien es verdad que al principio hubo posiblemente asociación de las lamblias con algún otro parásito, también lo es que en la actualidad solo se encuentran lamblias en las evacuaciones del enfermo, y persisten los síntomas con que se inició la dolencia (hemos practicado en dos meses, cinco exámenes distintos de las deyecciones, ya emitidas al estado natural, bien previa concentración por el método de Carles y Barthelemy, ya en fondo obscuro, o previa coloración de frotis, y no hemos encontrado otro parásito distinto de las lamblias. Además, el Sr. Dr. Cervera, quien ha tenido también ocasion de ver las deyecciones de nuestro enfermo, no ha encontrado en ellas otro parásito que el ya mencionado). Por lo tanto podemos asegurar fundadamente que los fenómenos morbosos son debidos a las lamblias, en el caso que nos ocupa.

La evolución de la enteritis ocasionada por lamblias, es esencialmente crónica. Ya sea que se trate del tipo disentérico o del enterocolítico con

exacerbaciones agudas, que es el más frecuente, siempre la dolencia que estudiamos ha sido de larga duración hasta ahora; *en donde se encuentran lamblías, afirma Goiffon, la colitis adquiere una tenacidad desesperante.* Sin embargo, debido al tratamiento instituido, los fenómenos agudos declinan en un plazo variable, y se mantienen los enfermos en un estado aparente de salud durante algunos meses; en este estado es frecuente no encontrar parásitos adultos en las evacuaciones, y en algunos casos, hasta los quistes se encuentran con dificultad; este resultado, unido a la mejoría de los síntomas clínicos, alienta mucho a los pacientes y les hace pensar en su curación. Pero transcurrido algún tiempo, y con motivo de algún trastorno digestivo moderado, o sin causa ostensible, hay una exacerbación de los síntomas, aparece nuevamente diarrea y con ella vuelven los parásitos a encontrarse en las evacuaciones. Tal nos ha ocurrido en el caso que relatamos, en que después del primer examen de las materias fecales, y gracias al tratamiento instituido al enfermo, se hizo difícil el hallazgo de nuevos parásitos y sus quistes, en exámenes subsecuentes; y no fue nuevamente sino cuando ingirió una buena cantidad de sulfato de bario para permitir que se le hiciera una radiografía, y la cual substancia le provocó unas cuantas evacuaciones diarreicas, cuando encontramos nuevamente quistes abundantes de lamblías en las evacuaciones, aunque no logramos ver otra vez estos parásitos adultos.

Estas intermitencias o remisiones en la evolución de la lamblíasis, parecen ser la regla en todos los casos, y están sujetas no solo a la eficacia y duración del tratamiento ordenado a los enfermos, sino a la existencia de lo que se ha llamado *períodos negativos*, en la eliminación de los quistes: dichos períodos, que se prolongan de 7 a 10 días, ocurren con frecuencia en el curso de la lamblíasis, y parecen ser debidos a que las condiciones del medio intestinal no son favorables para la evolución de los quistes.

La duración de la dolencia como ya dije anteriormente, es larga y varía de algunos meses a varios años.

El diagnóstico de la lamblíasis solo puede hacerse a ciencia cierta, mediante la observación y reconocimiento de los parásitos, o de sus quistes, en las evacuaciones de los enfermos.

Puede presumirse esta dolencia, en aquellos casos de larga duración en los cuales la diarrea con aspecto disenteriforme persiste o reaparece, no obstante el tratamiento adecuado, cuando las evacuaciones presentan un color amarillo claro, con burbujas, que les dan un aspecto espumoso, con escasa cantidad de moco en su superficie (es raro observarlas con sangre,) en algunos casos con colgajos de mucosa intestinal, y con un olor especial de ratón, datos ambos sobre los cuales han llamado la atención algunos autores; pero estos datos de presunción requieren ser comprobados por el examen del laboratorio

Para practicar éste, es necesario tener las deyecciones lo más recientes posibles después de ser emitidas, y si esto fuera dable, recogidas en el mismo laboratorio. El examen debe hacerse en preparaciones frescas, examinadas en platina caliente y en fondo obscuro, previa concentración por el método de Carles y Barthelemy y por el examen de frotis coloridos por el método de Giemsa.

Este último proceder, en mi sentir, es de gran valor diagnóstico, pues aunque practicado en preparaciones fijas, los parásitos conservan su forma característica, sus flagelos, etc., y como se colorean fácilmente, pueden ser identificados con relativa facilidad. Contrasta esta facilidad de la coloración de las lamblias con la dificultad que se observa en la coloración de otros flagelados, los tricomonas especialmente, con los cuales pudieran confundirse a un examen superficial en fresco, y viene a ser un método diferencial, de gran valor para el diagnóstico. Son igualmente fáciles de colorear los quistes de lamblias, y puede reconocerse en ellos sus caracteres correspondientes.

Es también de gran valía el examen en fondo obscuro, ya que permite observar bien la forma de las lamblias, especialmente cuando se les ve de perfil, los movimientos de los flagelos, el número de éstos, etc., permite además la investigación de otros protozoarios coexistentes.

Conviene tener presente la existencia de los *períodos negativos* en la eliminación de los quistes a que antes me referí, cuando se hace un examen desde el punto de vista diagnóstico, ya que es necesario repetirlo algunos días más tarde cuando se obtengan resultados negativos.

El Sr. Dr. Perrín tuvo la bondad de recomendarme hiciera una especie de cultivo de las lamblias, poniendo una pequeña cantidad de evacuación infestada en suero artificial. en un tubo, e incubando este a 37°; él ha observado mediante este proceder, lo que llama enriquecimiento de los parásitos, probablemente por desarrollo de los quistes; pero en mis manos, y no obstante haber recurrido a él en dos ocasiones, no ha dado el mismo buen resultado. Por lo demás, Brumpt afirma que no se han logrado obtener hasta ahora, cultivos de este parásito.

Desde el punto de vista pronóstico puede decirse que la lambliasis es bastante rebelde a los tratamientos que hasta ahora se han empleado en contra suya, lo cual es explicado por algunos autores, por la dificultad de que los medicamentos lleguen hasta el sitio en que se alojan las lamblias (duodeno y región ileo-cecal principalmente). Además, combatido el parásito por los medios usuales, o bien se enquistas (y ya sabemos que los quistes son formas de resistencia a los agentes exteriores, entre los cuales se incluyen los terapéuticos), o penetra profundamente en el espesor de la mucosa intestinal y en tal caso la acción a los medicamentos es insuficiente

para exterminarlos (ambos hechos mencionados han sido observados experimentalmente).

For último, conviene recordar que en ocasiones, por lo demas raras hasta ahora, la lambliasis puede por sí misma ocasionar la muerte de los pacientes, como pudieron comprobarlo Fairisi et Jacquot, en el caso que recordamos someramente en uno de los párrafos anteriores.

Se han empleado contra la lambliasis diversos agentes terapéuticos; todos aquellos recomendados contra las disenterías y las entiritis crónicas—desde las bien conocidas píldoras de Segond, hasta los más recientes com. puestas arsenicales, han sido usados en esta dolencia, y sus resultados han sido solamente paliativos, porque si bien es verdad que las lamblias desaparecen más o menos rápidamente de las evacuaciones, también lo es que al cabo de algún tiempo o mediante la administración de un purgante desaparecen, lo cual significa que existen en el intestino en calidad de huéspedes aparentemente inofensivos y dispuestos en todo momento a provocar nuevas perturbaciones patológicas.

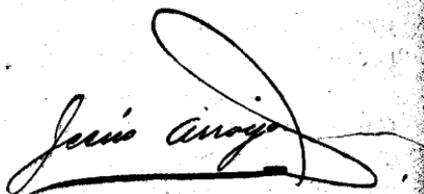
Sin embargo, Whittingham ha preconizado el siguiente tratamiento de las disenterías causadas por flagelados, de las cuales ha observado numerosos casos, entre los que hay notable predominio de la lambliasis sobre sus congéneres. Durante los tres primeros días el enfermo, recluso en cama, deberá tomar tres gramos diarios de bicarbonato de sodio; el tercer día, por la noche, tomará 0.20 centigramos de calomel; al cuarto día, a las ocho, 10 grs. de sulfato de magnesia, y a las nueve, diez y once horas, en cada ocasión, 1.80 grs. de timol; a medio día nuevamente sulfato de magnesia (nada de alimentos ni bebidas). En los diez días subsecuentes, se le administran 0.12 grs. a 0.18 grs. de yoduro de bismuto y emetina; y se le hacen lavados intestinales abundantes. Mediante este tratamiento, afirma Whittingham, se obtienen resultados satisfactorios, en la mitad de los casos.

Igualmente convendría emplear el moderno tratamiento de la tricomoniasis intestinal, preconizado por Escomel, y de brillantes resultados prácticos. Está basado, como bien sabemos, en la administración de la esencia de trementina al interior, y en la aplicación de tintura de yodo en lavados intestinales, previa dilución conveniente. Yo lo aconsejé en el caso que me tocó observar, pero como el médico encargado del tratamiento, formuló una prescripción distinta, el enfermo siguió esta última preferentemente.

Por último convendría ensayar el nuevo medicamento, Yatren 1905, que goza de tanto prestigio en Alemania para el tratamiento de la disentería ocasionada por amibas; quizá por tratarse de un síndrome intestinal tan semejante al que acabamos de mencionar, se obtuvieran resultados mejores que los obtenidos hasta el presente momento.

Por lo demás, futuras investigaciones, mejor documentadas que el

presente desaliñado estudio, nos enseñarán a conocer mejor y tratar con el debido éxito, la lamblia intestinal.



BIBLIOGRAFIA

- M. Neveau Lemaire.—Parasitologie humaine.—París, 1906.
- M. Neveau Lemaire.—Parasitologie des animaux domestiques. París, 1912.
- Joseph Mc. Farland.—Pathogenie Bacteria and Protozoa.—Philadelphia and London, 1919.
- Dorland.—The American Illustrated Medical Dictionary,—Philadelphia and London, 1919.
- Marcel Labbé.—Les entérites a lamblia intestinal.—La Presse Médicale.—Nº 18.—Jeudi, 57 mars 1919, París.
- A. Cade et A. Ch. Hollande.—L'entérite a «Gardia (lamblia) intestinalis.»—La Presse Médicale.—Nº 78.—Samedi, 20.—Decembre 1919, París.
- Dámaso Rivas.—Human Parasitology.—Philadelphia and London, 1920.
- G. Molinary.—La lambliosi intestinale.—La Riforma Médica.—Anno XXXVI.—Nº 5,—Sabato 31 Gennaio 1920, Napoli.
- R. Goiffon.—Manuel de Coprologie Clinique.—París, 1921.
- Sergent-Ribadeau-Dumas et Baboneix.—Traité de Pathologie Médicale et Therapeutique appliquee. Tomo XIV, Infections parasitaires, París, 1921.
- Sadi de Buen.—El lamblia intestinalis en España.—Laboratorio.—Año V.—Nº 47.—Marzo 1921, Barcelona.

- R. Deschiens.—Les entérites a Giardia (lamblia).—La Presse Médicale.—Nº 61.—Samedi, 30 juillet 1921, Paris.
- William Boyd.—The detection of Lamblia (giardia) intestinalis by means of the duodenal tube.—International Médical and Surgical Survey.—Vol. 2, Nº 12.—Section V, Medecine.—Part I.—December 1921.—American Institute of Medecine.—New-York.
- E. Brumpt.—Precis de Parasitologie.—Paris, 1922.
- Dobell.—La scoperta del orimo protozoo intestinale nell'uomo.—Pathologica.—Anno XIV.—Nº 323.—1 Maggio 1922. Genova.
- H. E. Wittingham.—Pathogénie et traitement des dysenteries a flagellés.—La Presse Medicale.—Nº 56.—Samedi, 14 juillet 1933. Paris.