

Tratamiento de las Disenterías

Manson-Bahr recalca los dos principios del tratamiento de las disenterías, a saber, erradicación de la causa, y mantenimiento del estado general del enfermo. La dieta reviste suma importancia, pues la diarrea constante deshidrata al enfermo, a quien envenenan al mismo tiempo las toxinas. Debe suministrarse líquido a pasto por vía bucal, comprendiendo limonada, agua de cebada, caldo, etc. Una dieta láctea no se tolera bien. El opio y otros sedantes deben ser utilizados con toda cautela, a fin de aliviar los molestos cólicos y el tenesmo, y para obtener descanso y sueño, pero no para curar el mal. Los aperitivos, tales como sulfato de magnesio o de sodio), mantienen el intestino limpio, y al mismo tiempo arrastran consigo las toxinas. Lo habitual es suministrar sulfato de sodio a dosis de 4 gramos cada dos horas en las primeras 48 horas, y después 4 veces diarias hasta que cedan los principales síntomas disentéricos y las deposiciones se vuelvan más feculentas. Ciertos observadores han comunicado:» resultados igualmente buenos con el ruibarbo y aceite de ricino. Cuando persiste una diarrea colérica **después** de pasar el período de los flujos sanguíneos y mucosos, pueden surtir efecto el caolín coloidal o el bolus alba (mezcla de carbón y caolín) suspendidos en agua, a dosis de 3 cucharaditas cada dos horas. El yatrén, ya en pildoras o en lavados rectales al 2.5 por ciento, ha surtido beneficio en casos resistentes. La seroterapia en la disentería bacilar va co-

brando cada vez mayor boga. Los mejores sueros son los más ricos en antígenos de Shiga, por ser éstas infecciones las más graves. Las dosis de suero deben ser masivas y administradas cuanto antes en la enfermedad, sobre todo en los niños pequeños. Las indicaciones del suero basan en el estado general del enfermo. En los **casos** muy graves y fulminantes, hay que inyectarlo lentamente y después de calentado y filtrado. De haber mucho síncope e hipotensión, inyéctese al mismo tiempo medio litro de suero fisiológico. Hay que resguardarse contra anafilaxis, averiguando si se ha inyectado suero equino algún tiempo antes. El suero es aparentemente absorbido con mayor rapidez por vía intramuscular que por la subcutánea, y la primera es también mucho menos dolorosa. Los aductores del muslo o los glúteos pueden ser utilizados. A veces quizás haya que administrar 50 o hasta 100 cc. La seroterapia va a veces seguida de complicaciones molestas hasta 7 o 10 días después, pero es posible impedir las más importantes con el lactato de calcio a dosis de 1.3 gramos diario. La disentería bacilar se acompaña de varias complicaciones, entre ellas artritis e iritis, y éstas a su vez, de pirexia y síntomas generales de intoxicación durante la convalecencia. Para la artritis, lo mejor es el calor irradiado, el masaje y los vendajes de Scott; para la iritis, las viseras y la atropina a gotas. La forma crónica de la disentería bacilar, que es en realidad una

diarrea crónica, es muy rebelde al tratamiento. Lo mejor contra ella es el lavado intestinal, reservando las operaciones, como la apendicostomía y la cecostomía, para los casos desesperados. Para los lavados, puede utilizarse el bicarbonato de sodio al 2 por ciento en agua caliente o el **eusol**; comenzando con una dilución al 10 por ciento en agua, y llegando hasta el 40 por ciento. Esas inyecciones deben ser muy lentas, y en días alternados. A fin de evitar el estreñimiento postdientérico, el enfermo debe tomar por mucho tiempo parafina líquida y petrolagar, a dosis de una cucharadita cada noche. En el régimen hay que volver muy gradualmente a la carne roja y los alimen-

tos amiláceos. El alcohol debe ser prohibido por lo menos hasta 2 meses después de la curación aparente. De sobrevenir una colitis postdientérica, las semillas de *Psyllium* o zaragatona (*Plantago ovata*) pueden resultar beneficiosas, ya masticadas o remojadas en agua. En la disentería amibiana, la farmacoterapia es -muy específica, pues se cuenta con la emetina administrada en forma de clorhidrato disuelto en las ampollas de agua destilada de 1 cc. La dosis para un adulto que pese 63.5 kg. es de 6.5 cgm., pero el total no debe pasar de 60 cgm. y debe esparcirse durante un período de 10 días. De otro modo, se corre el peligro de una intoxicación grave. En las formas más cróni-

cas de la amibiasis, se ha introducido un yoduro bismutado de emetina en forma de polvo, que es administrado en cápsulas cubiertas de gelatina de 19.5 cgm., que en 12 días forman un total de 2.34 gm. Durante todo ese periodo, el enfermo es mantenido exclusivamente a leche. Además del yoduro, se han probado el peryoduro de emetina y la auresmetina que, según dicen, pueden administrarse a dosis mayores, aunque corriendo el riesgo de la emesis. Hay que preparar siempre el enfermo antes con una dieta ligera y compuesta principalmente de un litro de leche, pescado o pollo al mediodía, huevos, tostada y mantequilla. No puede consumirse alimento sólido por tres horas antes del medicamento, y conviene administrar un sedante, tal como luminal (6.5 cgm). o tintura de opio (06.ce.) media hora antes. Desde 1922, ha entrado en uso el yatrén, que el autor ha empleado en más de 200 casos con resultado sumamente satisfactorio, en forma de inyecciones rectales. Después de limpiar el intestino por medio de un enema de bicarbonato de sodio al 2 por ciento, el yatrén es introducido a la media hora, disolviendo 5 gm*. en 240 ce. de agua tibia, e

inyectándolo lentamente. La solución debe ser retenida el mayor tiempo posible, y por lo común de 6 a 8 horas. El autor combina el yatrén y el yoduro administrando 1.75 gm. del último y 10 enemas del primero en otros tantos días. En dos casos de recidivas, otra serie de yatrén los curó, y en estos casos rebeldes puede emplearse el yatrén hasta al 5 por ciento. Como posttratamiento, puede utilizarse el estovarsol a dosis pequeñas: una pastilla diaria por 14 días, pero con mira siempre a la intolerancia para suspenderlo. Al mismo tiempo, se administra una pastilla de yatrén cada noche por un mes. En las disenterías helmínticas, se necesita eliminar los vermes causantes. En la esquistosomiasis se emplean inyecciones intravenosas de tartrato estibiado, comenzando con dosis pequeñas de 3.25 cmg. y subiendo gradualmente hasta 16.25 cgm. Parece que se necesita un total de 1.75 a 2.6 gm. La terapéutica intravenosa no cura perfectamente las lesiones intestinales, pues de haber pólipos grandes quizás haya que extirparlos. {Manson-Bahr, P.: *Lepr. Rev.*, 113, jul. 1932).

Of, Sanitaria Panamericana.