



Año 1915.

Nº 2983.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

3

CONSIDERACIONES sobre la ACCION

DEL

NEOSALVARSAN

EN SEIS CASOS DE QUISTES HIDATÍDICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS V. BERISSO

EX-PRACTICANTE MENOR DEL HOSPITAL ITALIANO

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL H. VECINAL SAN BERNARDO



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070. CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

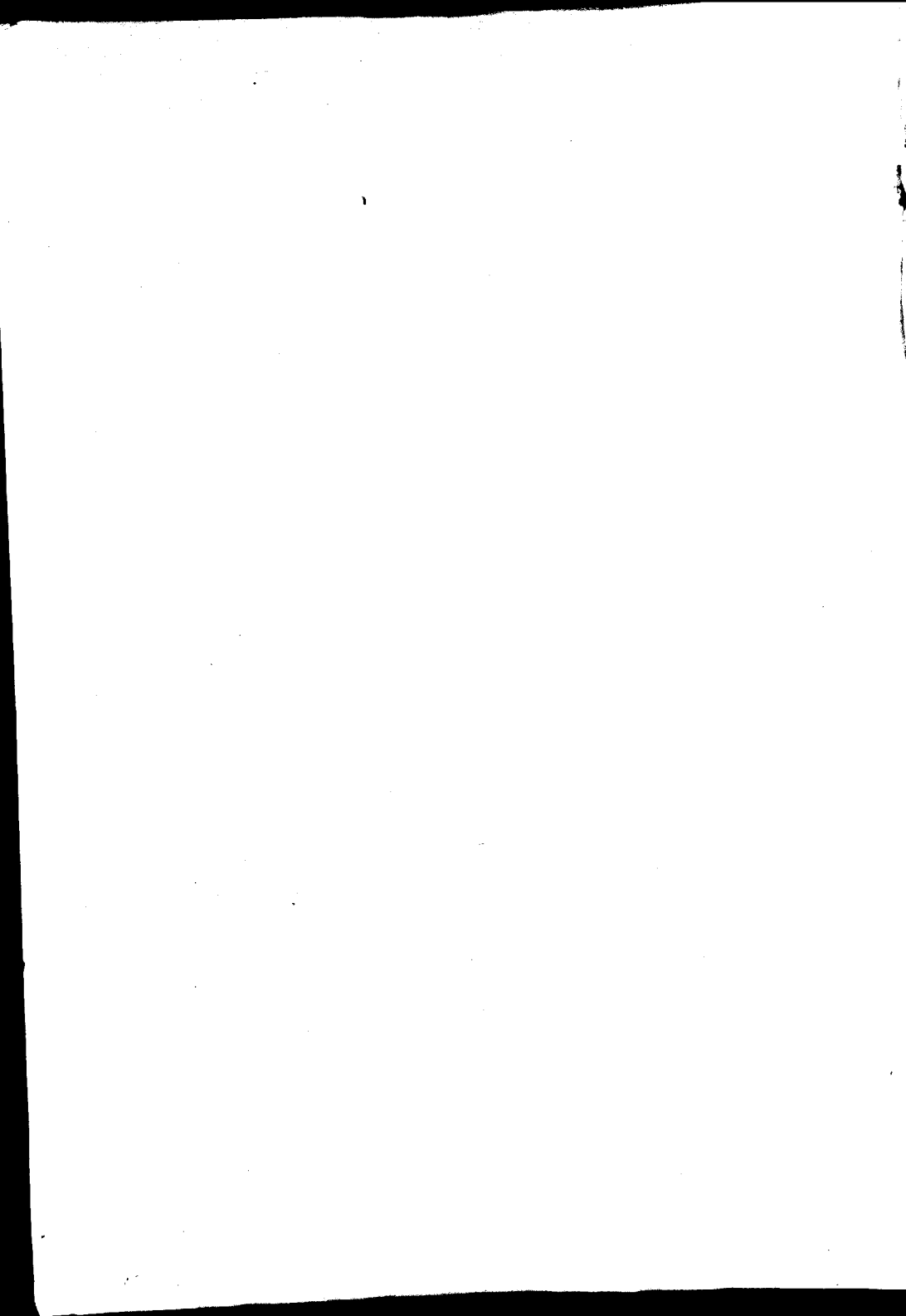
3

CONSIDERARIONES sobre la ACCION

DEL

NEOSALVARSAN

EN SEIS CASOS DE QUISTES HIDATÍDICOS



Año 1915.

Núm. 2983.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES sobre la ACCION

DEL

NEOSALVARSAN

EN SEIS CASOS DE QUISTES HIDATÍDICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS V. BERISSO

EX-PRACTICANTE MENOR DEL HOSPITAL ITALIANO

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL H. VECINAL SAN BERNARDO



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSÉ PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜEMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ANGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ANGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ABEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHÃES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES .
 " " ENRIQUE BAZTERRICA
 " " ENRIQUE ZÁRATE
 " " PEDRO LACAVERA
 " " ELISEO CANTÓN
 " " ANGEL M. CENTENO
 " " DOMINGO CABRED
 " " MARCIAL V. QUIROGA
 " " JOSÉ ARCE
 " " ABEL AYERZA
 " " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
 " " DANIEL J. CRANWELL
 " " CARLOS MALBRÁN
 " " JOSÉ F. MOLINARI
 " " MIGUEL PUIGGARI
 " " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
 " " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	(Vacante)
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSE BADIA
Clinica Ginecológica.....	„ JOSE F. MOLINARI
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	„ JOSE R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSE T. BORDA

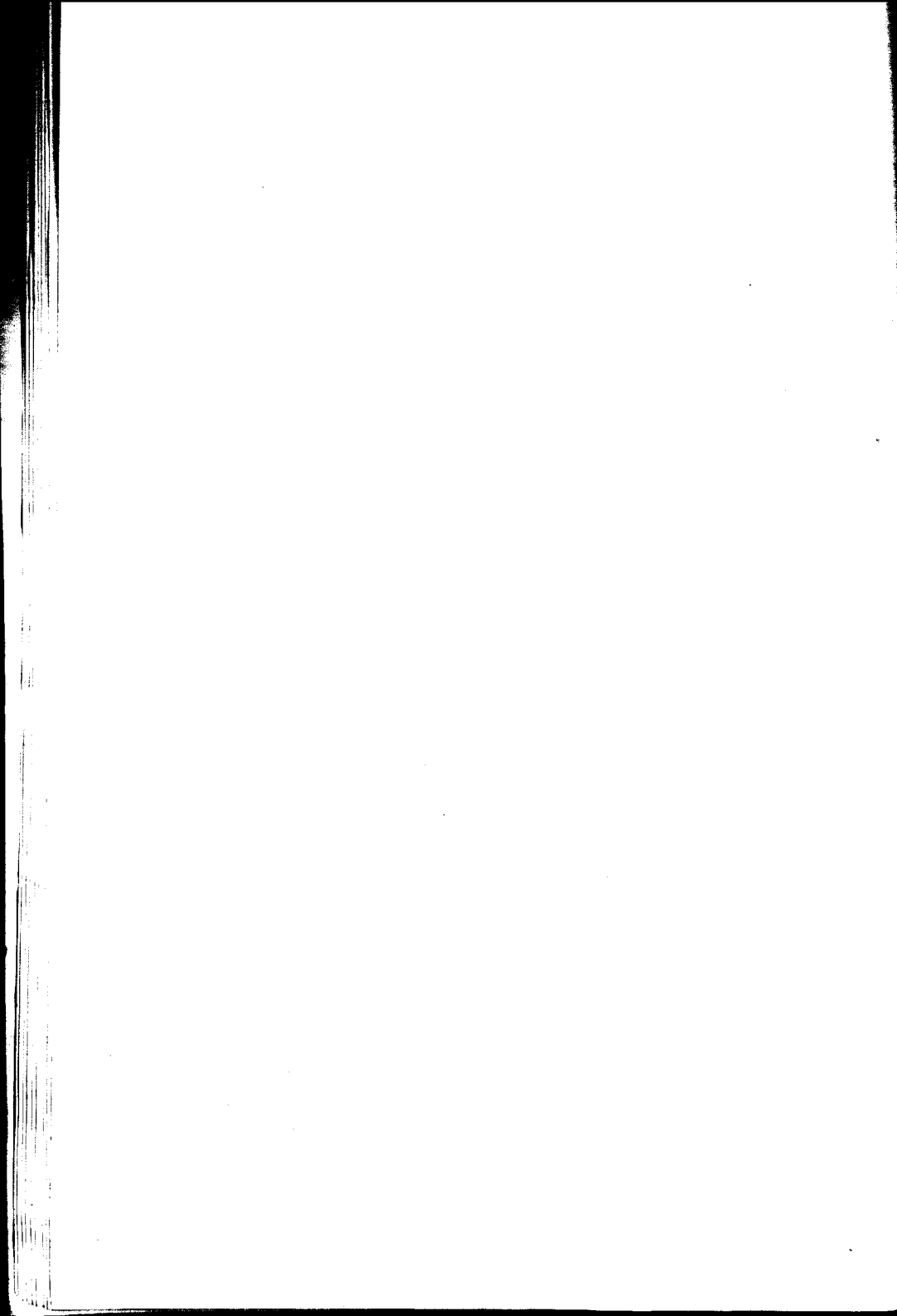
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva.....	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semeiología.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Patológica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
Patología externa.....	" ENRIQUE FISOCCHIETTO
" Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS ROBERTSON
" Genito-urinaria.....	" FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALMA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Quirúrgica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUE
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLAHO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" JOSE ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSE VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL HULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
Clinica Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
Clinica Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
Clinica Ginecológica.....	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
Clinica Obstétrica.....	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" V. JOAQUÍN GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
Medicina legal.....	" ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI „ OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS „ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	" LEON PEREIRA
3er. año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
" "	" UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura).

Padrino de tesis :

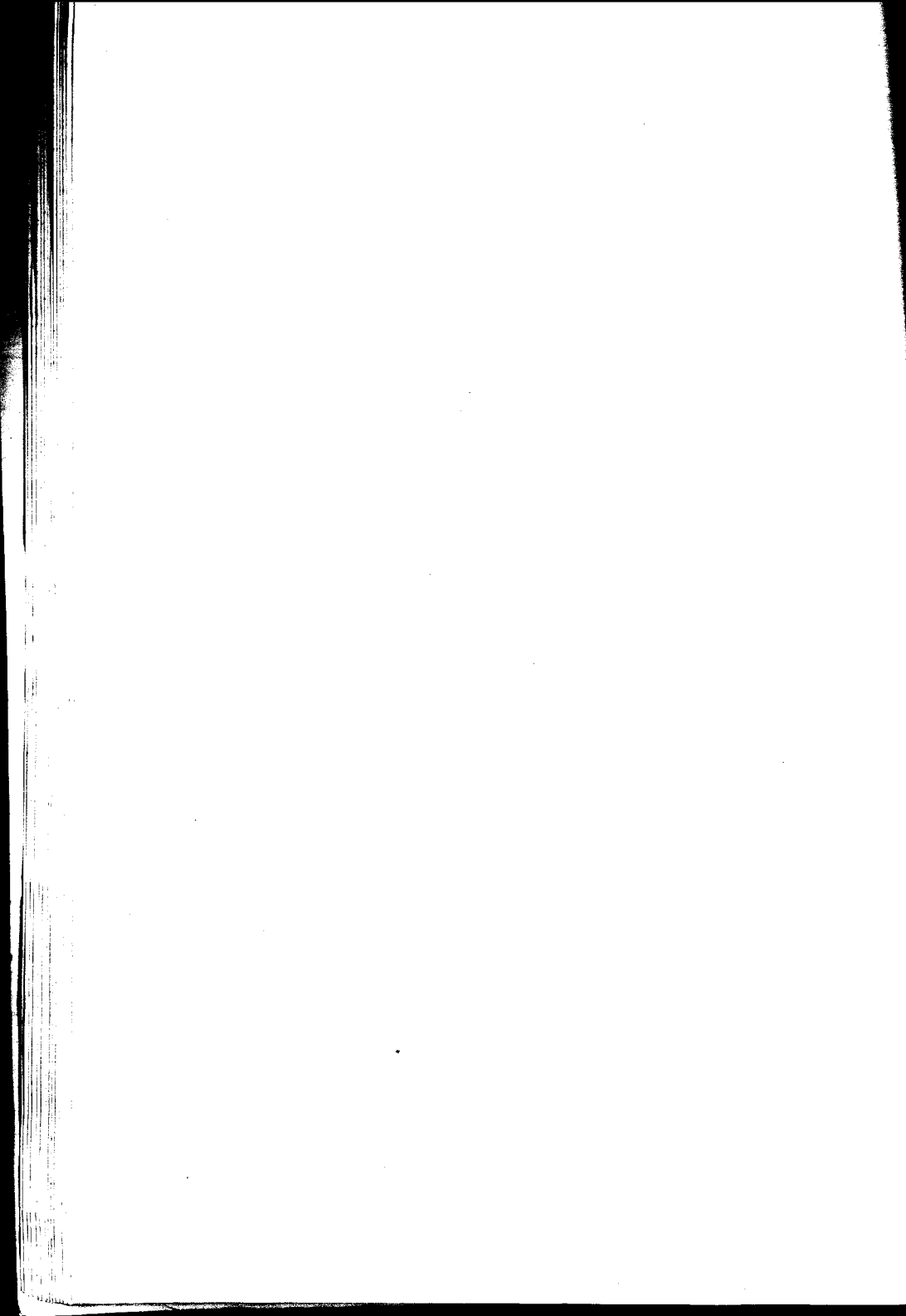
Dr. FRANCISCO L. CRAPIOLO

Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano

A MIS PADRES



A MI ABUELO



A LA MEMORIA DE MI MALOGRADO HERMANO

JOSÉ

A MIS HERMANOS

A MIS PARIENTES

AL DOCTOR FRANCISCO L. GRAPIOLO

*De quien he tenido en todo mo-
mento consejos y sabias lecciones*

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :



Con el pesar que causan las separaciones, de-
jo las aulas, en las cuales siempre, en todo mo-
mentos he recibido sabios ejemplos y no menos
sabias lecciones y consejos.

¡A todos los que así dignifican su vida en-
señando, veneración y eterna gratitud!

Tengo el alto honor de presentar a vuestra
consideración este modesto trabajo, con el cual cum-
plo con la última obligación que nos impone el
reglamento de nuestra facultad.

Debo manifestar mi más profundo agradece-
miento a los doctores M. Herrera Vegas, J. J. Vi-
ton, J. Jorge, J. Eminna, S. Dessy, y F. Schw-
zer. Agradezco igualmente las actuaciones recibi-

das de los doctores R. Rouvier Garay, L. K. Wimmer, E. Vercellino, A. G. Grapiolo V. Fossati. A mis compañeros de internado en los hospitales Italiano y San Bernardo, un recuerdo cariñoso.

HISTORIA

Durante muchísimo tiempo el tratamiento médico fué el único que se practicaba para la curación de los quistes hidatídicos.

Muchos autores creían que ciertos medicamentos podrían producir la muerte del parásito y la regresión del quiste.

Hasta hoy no se ha podido hallar un medicamento que administrado por cualquiera de las vías, conocidas hoy día, tenga una acción benéfica sobre estos quistes que estan como aislados dentro del organismo por su membrana externa o extrastificada.

Uno de los primeros tratamientos médicos instituidos contra esta afección, fué el de Laëmec, el cual propuso tratarlas por el agua de mar, aconsejando la ingestión, la inyección dentro del quiste

y los baños en esta agua—Casi nulos fueron los resultados obtenidos..

Otros autores recomendaban los vomitivos y purgantes violentos—pero conociéndose ya los peligros a que se exponían a estos enfermos (ruptura de los quistes y sus consecuencias), se dejó este tratamiento abandonado.

Luego viene la época en la cual muchos autores, pusieron en voga las sales mercuriales, entre ellos podemos citar a Frank Deloberge, Beaumes, etc.—Los resultados fueron nulos.

Hawkins fué el primero que empleó el ioduro de potasio en los quistes del hígado—Después otros autores lo emplearon y hasta llegaron a demostrar la presencia del Ioduro en los quistes que habían sido tratados durante algún tiempo por él.

La tintura alcohólica de Kaurala fué también usada ; pero sin resultados, como el ioduro de potasio.

En el año 1879, Buchterkirch, empleó el eucaliptus en inhalaciones ; Chabert, usó el aceite empi-reumático—Sin obtener ninguno de los dos autores resultados positivos con dichos medicamentos.

Se emplearon también medicaciones externas,

como ser : aplicaciones frías, emplastos, jabones, etc..

Entre los tratamientos médicos quirúrgicos debemos citar :

La electrolisis propuesta por Fagges y Durham aun cuando ya era conocida con anterioridad a dichos autores —La electrolisis dió algunos resultados positivos, pero por los serios inconvenientes que acarrea punzando los quistes, fué abandonada—Este método fué modificado por Apostolis y a pesar de ello, todos los autores que la ponían en práctica la veían fracazar.

Años más tarde, Hemot, a su vez modifica el procedimiento invirtiendo los polos y refiere haber obtenido resultado en un caso.

Los serios inconvenientes de este método obligaron a los médicos a dejarlo abandonado.

Trousseau, propone introducir en el quiste 30 o 40 agujas, colocadas cerca unas de otras, con el propósito de producir adherencias dentro del radio ocupado por las agujas—En la mayor parte de los casos dichas adherencias no se producían razón por la cual dejó de practicarse.

Jobert de Lamballe, propone introducir todos

los días, un trocar capilar en el quiste, con el objeto de evacuar el líquido. Lo único que conseguía este autor era hacer supurar los quistes.

En vista de los malos resultados obtenidos con estos diversos métodos, se idearon otros que tenían por objeto matar el quiste privándole de su líquido quístico.

En este nuevo orden de ideas, Recamier propone la punción exploradora para el diagnóstico de los tumores hepáticos, y varios autores la indicaron como curativa en los casos de quistes.

Borgherini sostiene que bastó extraer varios centímetros de líquido, en cuatro casos de quistes, para ver su curación. Este método ha sido empleado por autores argentinos, pero con resultado poco satisfactorio. La supuración en la mayoría de los casos ha sido el resultado final.

Légroux, Arau, Boinet, Robert, Moissenet, etc., aconsejan la punción evacuadora y aspiradora por medio de un trocar capilar. Los malos resultados fueron constatados por diversos autores y fué dejado en el olvido.

Dienlafoy propone la punción aspiradora y crea el aspirador que lleva su nombre, y que Gluber se

encargó de presentar en el año 1869 a la Academia de Medicina.

En el año 1872, Dienlafoy publica un caso curado en la Gazette des Hôpitaux lo que provocó la vulgarización de su método. Gluber en ese mismo año hace una comunicación a la misma Academia en la que relata el buen éxito obtenido en un caso de quiste del hígado, tratado por el método de Dienlafoy.

Este autor dice que en la mayoría de los casos basta una sola punción para ver producirse la curación de los quistes.

Pirovano que era muy partidario de este método, decía que en 45 casos, tratados por él, 35 curaron radicalmente con una sola punción, mientras que el resto recidivaron—curando tres después de una segunda y cinco después de ser operados.

En la estadística de los distinguidos maestros Herrera Vegas y Cranwell, consta la curación por el método de Dienlafoy de 28 casos, sin ninguna muerte.

A causa de los resultados inciertos, dado que el resultado alejado, en la mayoría de los casos se ignoraba y los pocos en los cuales se conocía

hubo que punzarlos por 2ª vez o intervenirlos, el método de la aspiración fué dejándose de lado poco a poco y el mismo Dienlafoy escribió en su libro de Patología íntima, en 1905, aconsejando la intervención quirúrgica en cambio de la punción. Además del inconveniente de una probable supuración o salida de líquido quístico que podría arrastrar pequeños vesículos y producir injertos, este método producía en determinadas ocasiones muertes súbitas, como han podido constatar diversos autores entre ellos, Chrauffard, que publica en la *Semaine Medicale* de 1896 uno de estos casos ocurrido después de la punción aspiradora de un quiste hidatídico del hígado.

En 1848, Owen Rees, emplea con buen resultado la punción con grueso trocar y sonda permanente. Verneuil y Labbe, dicen haber practicado un procedimiento análogo también con buen resultado.

Baine ideó, en el año 1855, el método de la doble punción.

Después apareció el método de Simón que consiste en hacer una doble punción una a corta distancia de la otra, dejando las cánulas in situ y sa-

cando los estiletes. Se dejan salir en el momento de la punción unos 100 cc. de líquido, con el objeto de evitar su ruptura en caso de supuración. Luego se fijan las cánulas a una plancha convexa hacia arriba en forma de plato y se obturan con cera.

El objeto de la permanencia de las cánulas, es el de producir adherencias que una vez producidas se procede a incindir el puente formado. Pero esta manera de obrar, como todas las más arriba mencionadas, después de muchos fracasos fueron abandonadas.

Para terminar con los tratamientos médicos de los quistes, diré algunas palabras sobre los métodos que tienen por objeto matar el quiste por la inyección en su interior de sustancias parasiticidas.

Dolbeau, Cadet, Voisin, Luton, etc., emplearon la bilis como sustancia capaz de matar los quistes. Citan casos curados.

Boinet emplea la tintura de iodo diluida en agua y adisionada de ioduro de potasio. Esta técnica ha sido usada también por Richard, Weber, Arau, Velpeau, etc., y fué debido a los frecuentes casos de iodismo observados, por lo que ha sido abandonada.

Pavy inyecta extracto de Helecho macho ; Debove usa el sulfato de cobre al 5 por ciento ; — Geo Palmer practicaba inyecciones de ácido fénico ; Chauffard usó el naftol B en la proporción de uno por dos mil.

Mesnard fué el primero que empleó el Bicloruro de Mercurio en solución al 1 por mil. Hacía extracción de casi todo el líquido y por intermedio del mismo trocar inyectaba 500cc. de solución.

Este método fué generalizado por Debove, Baccelli y Sennet, empleaban el licor de Vau Swieten

Todos estos tratamientos resultaron ser peligrosos y poco o casi nada eficaces y ante los fracasos obtenidos todos los autores fueron aconsejando la intervención quirúrgica y es gracias a élla que hoy vemos muy rebajada la cifra elevada del porcentaje de mortalidad observada en la época en la que la cirugía, por diversas razones, no intervenía.

En la actualidad y desde hace relativamente pocos años, todo caso de quiste, es operado—razón por la cual los tratamientos médicos no se citaban sino como hechos históricos, hasta que a mediados del año próximo pasado vuelven a surgir a la memoria del mundo médico aun cuando sin funda-

mento, a propósito de un trabajo presentado por Kolbe a la Sociedad de Patología comparada de París en la sesión del 10 de Febrero de 1914.

Este autor pretende matar estos parásitos y, producir la absorción aséptica de los quistes por medio del neosalvarsan, no ya empleando la vía intestinal o la punción, sino la vía endovenosa.

Todos estos distintos métodos médicos y médicos quirúrgicos que acabo de enumerar se refieren a los quistes del hígado, pudiéndose con pequeños variantes, generalizarlos a los quistes de los demás órganos de la economía.

HECHOS EN QUE FUNDA KOLBE SU TRATAMIENTO

M. Kolbe después de demostrar los peligros de la equinococosis, hace presente que existe una terminación favorable, aunque rarísima, por reabsorción aséptica y espontánea del quiste; Kolbe expone que el ideal sería de llegar a provocar por un método sencillo este proceso o todavía de destruir el embrión exacanto antes del período quístico.

Y bien: este autor, fundado en la acción que ha demostrado tener el arsenobenzol en algunas enfermedades parasitarias como ser: la espirilosis, la tripanosomiasis, la filariosis, etc., etc., cree que en los casos de quistes hidatídicos también debe tener su acción esterilizante y va aún más lejos, pensando, que este medicamento podría ser inyec-

tado en los animales portadores o no de estos parásitos, curando los primeros e inmunizando a los segundos.

Kolbe para dar fundamento a sus concepciones publica dos casos tratados por el arsenobenzol, en la clínica de Roux de Lausanne y refiere que hecha la inyección y abiertos los quistes ocho días después, se encontró el líquido turbio y diversas vesículas con aspecto necrosado.

Weinberg rechaza de manera categórica esta concepción de Kolbe, diciendo que esas perturbaciones se encuentran generalmente en todos los quistes, aun en los no tratados por el neosalvarsán, y agrega que la acción de éste no se ha manifestado, desde el momento que los quistes no han sufrido disminución en su volumen.

Es a raíz de la publicación de Kolbe, que Dévé y Payenneville, después de discutir y poner en tela de juicio las ideas de este autor, hacen experiencias en conejos, para comprobar la pretendida acción del neosalvarsán.

Estos autores inoculan subcutaneamente en dichos animales y en el mismo día 1/2 c.c. de arenilla quística. Al día siguiente le inyectan por vía

endovenosa neosalvarsán ; al conejo A, 0.01 centg. por kilo de peso ; al conejo B. y C., 0.03 centg. por kilo de peso ; al conejo D, 0.06 centg. por kilo de peso : estas inyecciones se repiten por la misma vía y a la misma dosis respectiva, a los cuatro y ocho días de la primera.

Los cuatro conejos son sacrificados a los cuarenta días de la inoculación, encontrándose en todos ellos pequeñas nódulos en los puntos inoculados, que una vez examinados macro y microscópicamente, resultaron ser quistes hidatídicos en perfectas condiciones para su desarrollo ; demostrando con estas experiencias, que la acción del neosalvarsán sobre los quistes no existe y que la grefe hidatídica es perfectamente posible, a pesar de la alta dosis empleada.

EXAMEN DE LOS QUISTES TRATADOS Y DE SU CONTENIDO EN EL MOMENTO DE SER OPERADOS.

A los cuatro casos tratados en el servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano,, bajo la inteligente dirección del doctor Francisco L. Grapio-
lo, debemos agregar dos casos más tratados por el profesor doctor Fernando Schweizer, en el servicio de Pediatría del profesor doctor A. M. Centeno y cedidos galantemente por aquél.

De estos seis enfermos, tan solo tres fué posible operar.

El resultado es el siguiente : (observación 1ª, 2ª y 5ª).

Periquística --- La periquística en los tres casos tenía su aspecto normal, su grosor variaba entre

2 y 3 milímetros. En ningún caso había formado adherencias en la pared.

Membrana generativa — Esta membrana se presenta con su blancura mate normal y con su característica, elasticidad en cuanto es desprendida en trozos.

Nada podemos hallar en ella que nos pueda llamar la atención.

Vesículas hijas — Las vesículas las había en los casos de la 1ª y 2ª observación; en el caso de la quinta no existía ninguna. Hemos podido constatar que se presentaban con distintos aspectos y de muy diverso tamaño.

Una buena parte de ellas estaban abiertas y degeneradas, si se quiere, como dice Kolbe, necrosadas.

Otras, en mayor número que las primeras, estaban cerradas y sanas, pudiendo observar en su interior un líquido completamente claro y que llevaba en suspensión pequeños corpúsculos, que una vez examinados al microscopio resultaron ser hidátidos minúsculos.

Líquido quístico — El líquido quístico en el caso de la 5ª observación, se encontró con su característica habitual, «límpido como agua de roca», mientras que en los quistes de la 1ª y 2ª lo hallamos un tanto turbio, sin dejar de ser transparente. La densidad era 1016 en término medio. No contenía albúmina. Se hicieron cultivos en caldo, los cuales resultaron negativos.

El doctor Dessy hizo investigar si existía arsénico y se pudo comprobar que existían trazas mínimas de arsénico orgánico.

Ahora bien : este arsénico orgánico encontrado en el líquido de estos quistes ¿proviene del neosalvarsán inyectado ? Suponiendo que haya dializado a través de la membrana quística después de diversas transformaciones en el organismo, ¿qué acción ha tenido sobre los quistes y sobre los escolex ? En nuestros casos no ha tenido ninguna acción.

Escolex — Examinados al microscopio hemos podido observar que estaban con su doble hilera de ganchos presentando todos el aspecto de los escolex, llamados por Dévé, Ortho-escolex, es decir,

los únicos capaces de reproducir la enfermedad. Examinados largo rato se puede ver que ellos se mueven, demostrando también con esto, su vitalidad.

Tomadas dos vesículas y puestas durante una hora en una solución concentrada de neosalvarsán (0.95 centg. en 150 gms. de suero fisiológico) hemos podido observar (1) que los escolex examinados al microscopio no habían cambiado de aspecto.

Investigado el neosalvarsán en el líquido de estas vesículas, no se encontró sino bajo forma orgánica y en cantidades mínimas.

(1) La solución con las vesículas en su interior fué puesta en la estufa á la temperatura de 37°.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los quistes hidatídicos no son otra cosa que una faz del desarrollo de la tenia equinococo, parásito encontrado generalmente en el intestino delgado del perro.—Según Kolbe había que comenzar por tratar estos animales esterilizándolos con inyecciones endovenosas de neosalvarsán. —

Es este animal que eliminando los huevos en sus materias fecales, contamina las aguas, las verduras, las legumbres, etc., etc., las que, ingeridas por el hombre, sin previa cocción, le transmiten la enfermedad.

Ingeridos los huevos que son los portadores de los embriones exacantes, éstos son puestos en libertad, por la acción de los jugos intestinales, que disuelven su cutícula.

Este embrión, libre en la cavidad intestinal, se adhiere a su pared, la atraviesa, para ir a fijarse en un punto cualquiera de la economía, donde seguirá su transformación ulterior en quiste hidatídico.

¿Qué vías sigue el embrión una vez libre en la cavidad intestinal, para ir a localizarse, en no importa qué región del organismo ?

Sobre este punto la opinión de los autores no ha llegado a ponerse de acuerdo. Unos creen que una vez atravesada la pared intestinal, penetran en las radículas de la vena porta, siendo para éstos la principal vía de infección y de ahí la predilección de estos parásitos para atacar la glándula hepática, que es el órgano que marcha a la cabeza de todas las estadísticas hasta hoy conocidas.

Otros creen que las vías seguidas por estos parásitos, es la venosa y la linfática, para de ahí pasar a la circulación general, la cual sería encargada de llevarlos a las más distintas y alejadas regiones de la economía.

Algunos otros autores, los menos por otra parte, creen que estos parásitos una vez atravesada la pared del intestino, seguirían por emigración ac-

tiva hasta un punto cualquiera, donde enquistándose darían nacimiento al hidatide.

Bird dice, que en los casos de quistes hidatídicos de pulmón, que ocupan el segundo puesto en las estadísticas por su frecuencia, los parásitos llegan a él por intermedio del aire inspirado y que una vez libres de su cutícula, atravesando la pared del bronquio, llegarían al tejido pulmonar en medio del cual seguirían su desarrollo.

Pero aquí en los bronquios, las condiciones serían distintas, pues ¿qué sustancias serían capaces de disolver su cutícula?

Como se ve, esta teoría de Bird es la menos probable.

Todo esto en lo que se refiere a los casos de quistes únicos. ¿Cómo se producen los casos de quistes múltiples?

Para explicar esto, tenemos que considerar dos órdenes de hechos.—O bien se trata de embriones ingeridos al mismo tiempo o en ocasiones distintas y que siguiendo una cualquiera de las vías antes mencionadas, para desarrollarse en órganos más o menos alejados uno de otro y presentándose de la misma edad o de edades distintas, o bien

los quistes múltiples se desarrollan posteriormente a la ruptura de uno ya existente. —

Esta última manera de producirse, está hoy completamente demostrado que es muy posible, puesto que el injerto se produce en la mayoría de los casos.

(Experiencias de Lagos García, Dévé, etc.)

Potterat dice que los casos de hidatidosis múltiple son debidos a inóculaciones repetidas de estos embriones ; mientras que Debove pretende que son debidos estos casos a desarrollos sucesivos de embriones ingeridos en una sola ocasión, y donde algunos solamente, más precoces en su evolución, habían llegado a ser diagnosticados antes que los demás.

Para Hunter, resultarían de la ruptura de uno preexistente. Este autor ha visto un caso de hidatidosis múltiple abdominal que fué consecutiva a la ruptura de uno, único, del hígado. Pero después de todo sea tal o cual la vía que sigue el embrión para llegar a una región indeterminada, fuese único o múltiple, por invasión única o por invasiones sucesivas, siempre estaría indicado, según Kolbe, el tratamiento por el neosalvarsán ; y

en opinión de este autor, sería precisamente indicado inyectarlo cuando los embriones se hallan libres en los tejidos o en la sangre.

¿Cómo saber cuándo los embriones están todavía libres ? Ellos cuando se hallan en este estado, no dan ningún síntoma ni objetivo ni subjetivo, y en muchos casos, aun estando en su período quístico, no se hacen presentes, viviendo en la intimidad de nuestro organismo, sin producir la menor molestia ; así podemos ver en la extensa estadística de nuestros dos inteligentes maestros Herrera Vegas y Cranwell, que en 1914, autopsias practicadas por el doctor Badía en el Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública encontró 16 casos de quistes que no habían sido ni siquiera sospechados durante la vida de sus portadores.

Para subsanar este inconveniente, se debería someter a todas aquellas personas que se pueden creer sospechosas, por haber tenido contacto durante mucho tiempo con los animales que son los portadores de estos parásitos, principalmente los perros y de una manera general a éstos también, someterlos digo, a una inyección endovenosa de neo-

salvarsán, que en ningún caso, a parte de no conferirle inmunidad alguna, sería suficientemente activo para destruirlos a la dosis que este medicamento es posible administrarlo.

TRATAMIENTO

En todos los casos tratados hemos empleado el neosalvarsán por vía endovenosa, —y como para cualquier medicamento suministrado por esta vía, nos encontramos con el inconveniente, principalmente en las mujeres, de un sistema venoso poco desarrollado o que es casi nada accesible, por el espeso panículo adiposo que lo cubre, obligándonos a practicar una pequeña intervención para descubrir la vena. En estos enfermos en general y en cada caso en particular, se ha tenido todas las precauciones que requiere una inyección de neosalvarsán.--

Ante todo nos asegurábamos de la permeabilidad renal. Luego inyectábamos. En ningún caso se ha podido observar el más mínimo fenómeno que

se haya podido atribuir al neosalvarsán. Todos estos enfermos han tenido una tolerancia absoluta.

Las soluciones las preparábamos pocos momentos antes de ser inyectadas. Hemos usado soluciones diluídas, empleando para ello el suero artificial al 4.50 por mil; de manera que 0.15 centígramos de neosalvarsán estuvieran disueltas en 25 c.c. de suero. Así en la primera inyección. Operábamos de este modo, más que todo, como medida de precaución, para tener una idea más o menos exacta sobre la tolerancia del sujeto hacia el medicamento.

La segunda dosis era por lo general de 0.30 centígramos, disueltos en 30 c.c. de suero; siendo esta segunda dosis más concentrada.

La tercera dosis contenía 0.45 centígramos disueltos en 50 c.c. de suero.

En algunos casos hemos hecho una cuarta inyección y aun una quinta.

Por lo general, entre una dosis y la siguiente, dejábamos transcurrir un lapso de tiempo que en

ningún caso fué menor de ocho días ni mayor de doce.

En los dos casos tratados por el doctor F. Schweizer las dosis no han variado y han sido proporcionadas a la edad de los enfermitos.

En uno, enfermito de seis años de edad, le inyectó 0.75 centígramos de neosalvarsán, repartidos en cinco inyecciones de 0.15 cada una.

En el otro, enfermito de 11 años de edad, se le practicaron dos inyecciones de 0.30 centgs. cada una.

¿Qué modificaciones hemos podido observar en el transcurso del tratamiento, en estos enfermos, en lo que a los quistes se refiere?

En el enfermo de la primera observación, que es un sujeto bien constituido y que era portador de un voluminoso quiste de cara inferior de hígado y en el cual podíamos palpar todos los días su tumor quístico, en ningún momento hemos podi-

do notar modificaciones en lo que a su tamaño y consistencia se refiere.

Este caso fué operado por el doctor L. Lenzi varios días después de la 3ª inyección, encontrando una vez abierto, que el líquido era un tanto turbio y que varias vesículas hijas estaban degeneradas, necrosadas.

El caso de la segunda observación es un sujeto portador de dos quistes : uno desarrollado en el lóbulo medio del pulmón derecho, y el otro en el bazo ; éste, mucho más voluminoso y fácilmente palpable, se diría que ha comenzado su evolución mucho antes que el del pulmón. Este enfermo nos dice que a los 16 años adquirió la malaria estando todavía en Italia, su país natal. Su estado general es bastante precario, pues bien, en este enfermo que examinábamos todos los días su quiste abdominal, por medio de la inspección y palpación y el del pulmón cada dos o tres días por medio de la radioscopia, tampoco nos fué dado observar alguna modificación en lo que a ellos se refiere ; pero debemos decir que en este sujeto, si sus quistes han permanecido tal cual, como antes del tratamiento, en cambio su estado general ha mejorado

muchísimo, hasta el punto de ser intervenido con todo éxito de su quiste esplénico .

Un examen de sangre hecho antes de comenzar el tratamiento, dió el resultado siguiente : gl. rojos, 3.800.000 ; g. blancos, 6.200 ; hemoglobina, 77 ; P. neutrófilos, 58 ; linfocitos, 39 ; el resto normal.

El 23 de enero, es decir, después de la 3ª inyección de neosalvarsán, se repite el examen, dando el siguiente resultado, que comprueba el mejoramiento de su estado general : g. rojos, 4.500.000 ; g. blancos, 4.000 ; hemoglobina, 99 ; p. neutrófilos, 62 ; linfocitos, 30 ; el resto bien. Como se puede ver, este examen es sensiblemente normal.

En la tercera observación, se trata de una mujer bien constituida, que está afectada por un quiste en su pulmón derecho ; se la somete al tratamiento, se examina su quiste cada dos o tres días radioscópicamente. Diez días después de su última inyección se le da el alta por pedido de ella. (25 de abril de 1914). Egresada del hospital muy mejorada de su estado general, siguiendo bien hasta el 16 de julio del mismo año, que vuelve a ingresar

al servicio, por haber tenido dos días antes una vómica como de unos 200 gs. de un líquido claro, conteniendo, según propia expresión de la enferma, trozos de tejidos blancos.

En esta enferma pudimos observar por medio de la radioscopia, en el transcurso de dos meses, la desaparición progresiva y casi completa de su gran caverna quística, si se me permite la expresión ; no creemos que en esto haya tenido nada que ver la pretendida acción del neosalvarsán, pues hay muchos casos en los que sin haber tenido intervención este medicamento, han curado después de su vómica.

En la cuarta observación se trata de una mujer que está afectada en ambos pulmones, teniendo un quiste abierto en los bronquios en el izquierdo y uno cerrado en el derecho.

En este caso tampoco se ha podido anotar alguna modificación bajo la influencia del tratamiento.

En los dos casos del servicio del profesor Centeno, el Dr. Schweizer tampoco ha notado ninguna modificación.

El enfermito de la 5ª observación, afectado de sífilis hereditaria con fenómenos tardíos y que presentaba un tumor al hígado y que en un principio se creyó que fuese una lesión específica, se le hizo un tratamiento mixto, es decir, se le inyectó biioduro de mercurio por vía venosa y cinco inyecciones de 0.15 centigramos de neosalvarsán cada una. En vista que su lesión persistía a pesar del tratamiento, se pensó en un quiste hidatídico y se decide, en consecuencia, operar.

Intervenido : operador profesor doctor Herrera Vegas ; ayudante doctor C. Lugones. Resulta ser un quiste hidatídico, de cara inferior de hígado ((lóbulo derecho)) del tamaño de una naranja grande, el cual presentó todos los caracteres de un quiste fértil, limpio, sin vesículas hijas, con líquido límpido, membrana germinativa de un blanco mate, etcétera.

El caso de la 6ª observación, también tratado por el doctor Schweizer, es una niña de 11 años que ingresa al servicio con una hidatidosis peritoneal ; hecho el diagnóstico, se hace operar ; se extraen varios quistes y se le hacen con intervalo de

ocho días, dos inyecciones de neosalvarsán, de 0.30 centigramos cada una. La afección siguió su curso a pesar del neosalvarsán, y fallece poco tiempo después.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital Italiano. -- Fecha de entrada : 26 de diciembre de 1914.

R. L., 35 años, argentino, casado, con domicilio en Rosario.

Diagnóstico -- Quiste hidatídico del hígado, cara inferior, lóbulo medio.

Antecedentes hereditarios -- Sin importancia.

Antecedentes personales -- Dice haber padecido de sarampión a los 12 años ; niega haber sufrido de enfermedades venéreas. No es bebedor ; es regular fumador. Su esposa ha tenido ocho hijos, que viven y están sanos. Esta, no ha tenido abortos.

Enfermedad actual -- Data desde hace doce años ; comenzó a quejarse de un dolor que locali-

za en el hipercondrio izquierdo. Este dolor no era continuo, sino que aparecía en ocasión de algún esfuerzo o movimiento brusco. Poco tiempo después notó que dicha región aumentaba de volumen, este aumento se traducía por una elevación del reborde costal y una buena parte del epigastrio. A la palpación era de consistencia dura. Se hizo ver con un facultativo, quién le practicó una punción, extrayéndole 25 cc. de líquido claro, incoloro. Refiere el enfermo que después de la punción, estuvo bien, no sintiendo ninguna molestia por espacio de seis años.

Después de esa época vuelve a sentir nuevamente dolores y abultamiento de esa misma región, pero que en ningún momento le molesta para continuar sus tareas, hasta hace 15 días encontrándose sobre una parva de avena, al querer levantar un eje de carro, sintió un fuerte dolor debajo del reborde costal, sobre la línea mamilar izquierda, que le obligó a suspender su trabajo, permaneciendo cinco días imposibilitado para cualquier movimiento, por cuyo motivo resuelve ingresar en este hospital.

Conserva su apetito, mueve su vientre todos los

días. No ha adelgazado. orinas normales en su cantidad y coloración.

Estado actual . Estado general bueno. El desarrollo de sus sistemas óseo y muscular normal. Pannículo adiposo regularmente abundante, piel blanca.

Cabeza : Craneo regular, cabello negro, abundante, ojos medianos, pupilas iguales, reaccionando a la luz y a la acomodación.

Conjuntiva palpebral, rosada : nariz, oído y boca, bien.

Cuello : No se ven latidos ni se palpan ganglios.

Torax : Bien conformado. Organos torácicos, normales.

Abdomen : Se nota un abultamiento que ocupa todo el epigastrio, el hipocondrio izquierdo y levanta un tanto el reborde costal. A la palpación se tiene la sensación de un tumor de superficie lisa, de bordes redondeados, de consistencia dura, que sigue los movimientos respiratorios. No se nota fremito hidatídico. La percusión nos da una zona de matitez hídrica ocupando las regiones abultadas ya mencionadas y que se continúa con la del hígado.

El espacio de Traube da una faja de sonoridad tan solo en la parte más alta.

El hígado esta en sus límites normales, el bazo no se palpa, el resto del abdomen, normal.

Miembros : bien.

Sistema nervioso : idem.

Tratamiento — Hecho el diagnóstico de quiste de hígado se instituye el tratamiento por el neosarsan, practicandosele cuatro inyecciones en la fecha y dosis siguientes :

El 31 de Diciembre de 1914, 0.15 centig.; el 7 y el 14 de Enero de 1915, 0.40, 0.70 respectivamente; inyectando una última dosis de 0.35 centig. el 21 del mismo mes.

En total, 1,60 gramos de neosalvarsán en el transcurso de 22 días.

Reacción de Wassermann : Negativa.

Suero reacción hidatídica : Positiva.

Examen de sangre : Gl. rojos, 4 millones; gl. blancos, 4 mil; Hemoglobina, 95; polinucleares neutrófilos, 58; linfocitos, 40; eusinófilos, 2; mononucleares grandes, 2; transición, 2.

Examen de orinas : Lo único que llama la atención : trazas de albúmina, no dosables.

Examen radioscópico : Nada que llame la atención en el torax. Sombra quística abdominal.

El 14 de febrero de 1915, pasa al servicio de cirugía, sala 4, cama 7, para ser intervenido.

El 20 del mismo mes es operado : Operador Prof. Dr. L. Lenzi : Ayudante, Prof. Dr. E. A. Galli ; anestesia intratecal con 0.15 cent. de novocaina.

Curado por segunda intención.

OBSERVACION II

Hospital Italiano.

Fecha de Ingreso : 10 de Diciembre de 1914

C. P., 50 años, casado, italiano, con domicilio en Buenos Aires.

Diagnóstico — Quiste hidatídico de pulmón derecho y del bazo. Malaria crónica.

Antecedentes hereditarios -- Sin importancia.

Antecedentes personales -- Niega enfermedades de la infancia, a los 16 años tuvo malaria. A los 30 guardó cama a causa de una bronquitis. Es casado, su mujer ha tenido doce hijos, de los cuales seis viven y estan sanos ; el resto falleció en sus primeros meses de edad. Es regular bebedor y fumador. Niega enfermedades venereas.

Enfermedad actual — Refiere el enfermo que desde hace ocho meses se siente débil, sin voluntad para el trabajo, ha guardado cama durante unos dos meses; dice haber tenido y tiene tos con expectoración mucopurulenta, conserva su apetito, no ha enflaquecido, es constipado, orina clara y en regular cantidad.

Estado actual — Sujeto de mediana estatura, de piel blanca, panículo adiposo normal, desarrollo esquelético y muscular, bien.

Cabeza: cráneo normal, braquicéfalo, sistema piloso escaso, cara pálida, ojos medianos, reaccionan a la luz y a la acomodación, conjuntiva palpebral, pálida. Nariz grande, boca mediana, lengua saburral, húmeda, dientes mal conservados. Oídos bien.

Cuello: no se ven latidos.

Torax: enfisematoso, excursión respiratoria disminuídas, vibraciones poco acentuadas por delante y a derecha en los primeros espacios intercostales y por detras en la región escapular del mismo lado.

La percusión de esas regiones deja oír un sonido sub-mate. La auscultación nos da un soplo

expiratorio acompañado de frotos pleurales y en la vecindad se oyen rales de mediana y grandes burbujas.

Corazón : el primer tono es soplante en la punta, los demás focos son normales.

Abdomen : a la inspección ya se nota más globuloso del lado del hipocondrio izquierdo ; la palpación nos hace percibir la sensación de un tumor de superficie lisa, regularmente redondeado, que sigue los movimientos respiratorios, resistente, que hace cuerpo con el bazo.

El hígado no se palpa.

Miembros : normales.

Sistema nervioso : bien.

Tratamiento — Se instituye el tratamiento endovenoso del neosalvarsan, practicándose cinco inyecciones en la forma siguiente :

El 24 y 31 de Diciembre se inyectan 0.15 y 0.20 centíg. respectivamente ; el 7, 14 y 21 de Enero de 1915 se inyectan 0.30, 0.50 y 0.35 centíg. respectivamente.

Reacción de Wassermann. Débilmente positiva.

Suero reacción hidatídica : positiva.

Examen de sangre — El 13 de Diciembre se practica con el siguiente resultado :

Gl. rojos, 3.800.000 ; gl. blancos, 6.200 ; Hemoglobina, 77 ; valor globular, 1.01 ; pol. neutrófilos, 58 ; linfóctios, 39 ; monucleares grandes, 1 ; fr. transición, 3.

Observaciones : marcada poikilositosis.

El 23 de Enero un segundo examen nos da :

Gl. rojos, 4.500.000 ; gl. blancos, 4000 ; Hemoglobina, 99 ; pol. neutrófilos, 62 ; eosinófilos, 2 ; linfóctios, 30 ; monucleares grandes, 2 ; transición, 3.

Observaciones : gl. rojos normales.

Examen de orinas — En diversos exámenes que se practicaron, se encontró trazas de albúmina el resto de sus componentes fué normal.

Examen de esputos — No se han encontrado bacilos de Koch, ni fibras elásticas.

Examen radioscópico — La radioscopia confirma la existencia de un quiste en el pulmón derecho, lóbulo medio, corazón y grandes vasos normales.

El 23 de Febrero de 1915, pasa al servicio de

cirugía para ser intervenido. Operador, Prof. Dr. Luis Lenzi ; Ayudante Dr. Masia. Anestesia intratecal por novocaina (0.15).

Curado por prima.

OBSERVACION III

Hospital Italiano.

Fecha de ingreso : 28 de Febrero de 1914.

A. L., 29 años, casada, italiana, con domicilio en Buenos Aires.

Diagnóstico — Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Refiere la enferma haber sido siempre sana hasta hace tres años que padeció de colitis.

Regla por primera vez a los 11 años, sus reglas han sido normales hasta los 10 meses, fecha en que comenzó su enfermedad actual, aunque le aparecen dos veces por mes siendo muy abundante y dolorosa. Ha tenido cuatro hijos, tres viven y son sanos, el

otro murió, ignora la causa que produjo su muerte ; no ha tenido abortos.

Enfermedad actual — Comienza hace diez meses, con tos, fiebre, dolor difuso en el hemitórax derecho, con esputos sanguinolentos a la mañana, que según dice la enferma, en ciertas ocasiones era sangre pura. Consultó un médico, que instituyó un tratamiento, con el que mejoró ; sintiéndose relativamente bien hasta hace 20 días, en que comienza a sentirse molesta, con fiebre, con dolor intenso en la región supra escapular derecha, que se extiende hacia abajo por la cara interna del brazo, hasta el codo y hacia arriba, ocupando la mitad derecha del cuello, hasta el maxilar inferior. Apetito disminuido, constipada orinas concentradas.

Estado actual — Mujer de buena constitución física, de desarrollo esquelético normal ; panículo adiposo abundante ; estado general, bueno.

Estado actual : Conformación regular, braquicefálica ; cabello castaño abundante ; ojos medianos, con pupilas iguales y reaccionando a la luz

y acomodación. Nariz, oídos y boca normales, lengua saburral, dentadura descuidada.

Cuello : Nada de anormal.

Torax : Bien desarrollado. Corazón bien. Excursión respiratoria y vibraciones poco pronunciadas en la parte posterior y derecha del torax ; en el resto normales. La percusión de esa misma región nos da una sonoridad sub-mate que no varía con los cambios de posición de la enferma. La auscultación nos deja oír una respiración un tanto alejada, con disminución del murmullo vesicular y algunos rales de mediana y grande burbuja.

Abdomen : Flácido ; ligeramente doloroso a la palpación ; se observa en su piel las vesgetures producidas por las diversas distensiones gravísimas. No se ven venas ; no se palpa hígado ni bazo..

Miembros normales.

Sistema nervioso : Bien.

Tratamiento — Neosalvarsán por vía endovenosa a dosis repetidas y progresivamente crecientes en la forma siguiente :

El 13 y 20 de marzo, se inyectan 0.15 y 0.30

respectivamente; el 2 y 15 de abril, se inyectan 0.45 y 0.60 respectivamente.

Reacción de Wassermann — Negativa.

Suero-reacción hidatídica — Francamente positiva.

Examen de sangre — gl. rojos, 4 millones; gl. blancos, 8.800; hemoglobina, 80; p. neutrófilos, 85; linfocitos, 13; mononucleares grandes, 2; transición, 1; obs. gl. rojos, normales.

Examen de orinas — Se encuentran trazas de albúmina, 20.5 de urea y el resto normal.

Examen radioscópico — Se observa examinando el hemitorax derecho, una sombra que a partir del borde inferior de la segunda costilla, desciende hasta el borde superior de la sexta.

Mediastino: Corazón curvas diafragmáticas y pulmón izquierdo, bien.

La enferma pide el alta el 25 de abril de 1914; sale bastante mejorada; reingresa al servicio el 20 de julio del mismo año.

Ingresa de nuevo con malestar general, con

escalofríos ; temperatura alta y al mismo tiempo un dolor punzante en la parte superior y posterior derecha, al nivel de la cuarta costilla.

Esta sintomatología ha comenzado hacerse sentir desde el día 15. Refiere la enferma que el 17 tuvo una vómica intensa, inesperada, vomitando cerca de 200 gms. de un líquido claro, mezclado con trozos de tejidos blancos, según la expresión de la enferma.

Al día siguiente de esta vómica, dice haberse sentido más aliviada en lo que respecta al dolor.

Hoy su estado general es satisfactorio y se queja que su dolor aún no ha desaparecido ; que su tos es muy frecuente, acompañada de abundante expectoración muco-puscolenta y a veces con estrías de sangre.

Refiere que desde hace cuatro días, por el más mínimo movimiento siente fatiga y que por la noche no puede conciliar el sueño.

El estado actual de sus órganos torácicos es el siguiente : corazón, un soplo en el 1.º tiempo que se propaga hacia la axila y con el máximo de intensidad en la punta.

Pulmones : Excursión y vibración bien ; la per-

cusión en la parte superior y posterior derecha del torax, no da ya una submatitez, sino un sonido casi normal. La auscultación nos da una respiración bastante ruda con algunos rales húmedos a burbujas medianas.

Examen radioscópico — Nos permite ver en el lóbulo medio del pulmón derecho una masa redondeada del tamaño de un huevo de gallina. Se sigue observando a la enferma radioscópicamente, de ocho en ocho días, asistiendo de este modo a la desaparición progresiva de su periquística.

Examen de esputos — Se encuentran pequeños trozos de membrana, ganchos, etc.

OBSERVACION IV

Hospital Italiano.

L. M. A., 40 años, casada, italiana, con domicilio en Bragado.

Diagnóstico — Equinococosis pulmonar.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Niega enfermedades de la infancia. Regló por primera vez a los 12 años, siendo sus menstruaciones normales hasta la fecha. Se casó a los 24, ha tenido doce embarazos, de los cuales nueve hijos están vivos y sanos; dos fallecieron, uno de crup y el otro murió al nacer, ignorando la causa; el noveno embarazo fué un aborto de tres meses.

A los 37 años padece de neumonía; en 1912 ingresa al servicio de cirugía de mujeres, aconse-

jada por un médico, para ser operada de su quiste al pulmón derecho ((no fué operada).

Enfermedad actual — Acusa un dolor en la parte anterior y derecha del torax, al nivel del tercer espacio intercostal. Este dolor comenzó hace un mes. Acusa también tos con expectoración sangui-nolenta, cefaleas intensas y casi continuas. Vómica de 250 gramos. Conserva su apetito. No ha adel-gazado ; es constipada. Orina normal en coloración y cantidad.

Estado actual — Mujer de constitución esquelé-tica normal, con panículo adiposo escaso, con masas musculares poco desarrolladas ; piel de coloración trigüeña ; no se ven cicatrices en ella.

Cabeza : De conformación regular, cabellos es-casos, ojos negros, pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Nariz y boca de ta-maño regular ; sobre el labio inferior se ven al-gunas excoriaciones ; dentadura descuidada, con ca-ries de 2º y 3er. grado, lengua saburral, con pe-queñas requebrajaduras.

Cuello : Se palpan algunos ganglios linfáticos

sub-maxilares. Las fosas supraclaviculares algo escavadas. Se ven latir las carótidas.

Torax : Espacios intercostales y fosas infraclaviculares escavadas ; ángulo de Louis proeminente.

Excursiones y vibraciones respiratorias, normales.

La percusión nos da un sonido sub-mate, en las regiones infraclavicular e infraespinosas derecha e izquierda. A la auscultación del hemitorax derecho, se puede notar en dichas regiones respiración ruda, con algunos frotos pleurales y rales de mediana burbuja. En el hemitorax izquierdo se pueden percibir rales a grandes burbujas y que desaparecen haciendo toser a la enferma.

Corazón : Límites normales, no se observa el choque de la punta ; sus tonos son netos ; su ritmo es regular.

Abdomen : Poco abultado, de paredes flácidas, con abundantes cicatrices en los flancos y parte inferior, indoloro a la palpación ; hígado y bazo, no se palpan.

Miembros : Inferiores, un tanto vasicosos.

Sistema nervioso : Bien.

Tratamiento — Se prescribe creosina Bocio, tres cucharadas por día ; se instituye el tratamiento por el neosalvarsan endovenoso, en la forma siguiente : 27 de septiembre, 4 y 12 de octubre, se inyectan 0.15, 0.30, y 0.45, respectivamente.

La enferma continúa en el servicio hasta el 22 de noviembre del mismo año, fecha en la que pide el alta ; sale muy mejorada de su dolor y con sus tos bastante disminuída en su frecuencia.

Sus quistes no han sufrido ningún cambio notable, así lo confirma un último examen radioscópico que se le practica. No fué operada.

Reacción de Wassermann — Positiva.

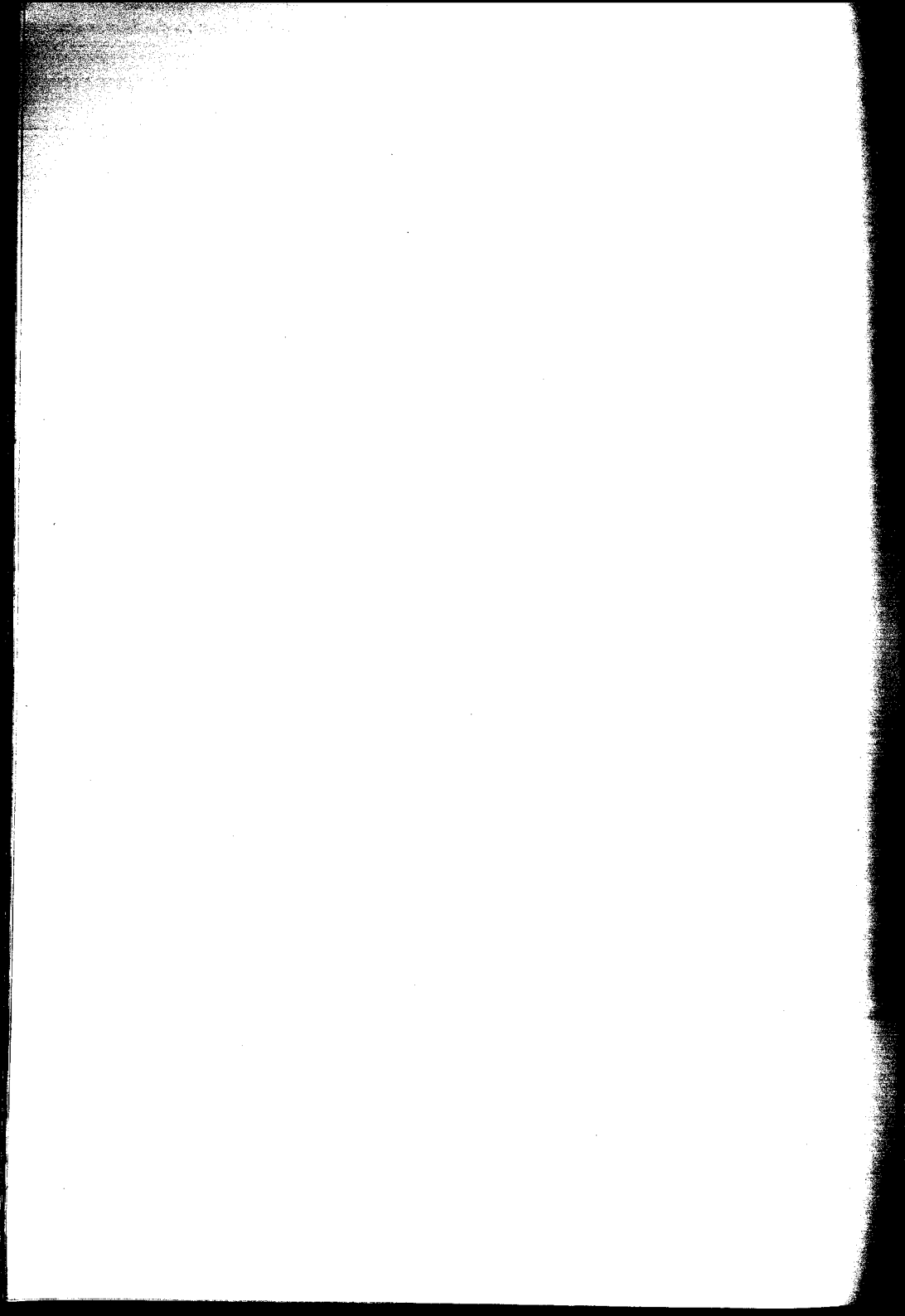
Suero-reacción hidatídica — Positiva.

Examen de esputos — Ganchos y trozos de membrana.

Examen de orina — Trazas de albúmina.

Examen radioscópico — Hemitorax derecho : se puede ver una sombra del tamaño de una gruesa naranja que se extiende del borde inferior de la segunda costilla, hasta el superior de la quinta.

Hemitorax izquierdo — Se observa en él una sombra más pequeña que la del lado derecho y que al mismo tiempo no es tan nítida.



OBSERVACION V

Hospital Nacional de Clínica. -- Servicio del
Profesor A. M. Centeno.

Fecha de ingreso : 13 de diciembre de 1913.
-- L. B., 6 años, argentino, con domicilio en Tres
Arroyos.

Diagnóstico -- Heredo-sífilis tardía y quiste
hidatídico de hígado.

Antecedentes -- Es segundo hijo, nacido a término, después de un parto algo largo. El niño nació con buen aspecto. Al poco tiempo, tuvo coriza. Fué criado a pecho durante los siete primeros meses, después con leche de vaca. En su primera infancia padeció de afecciones gastro-intestinales. A los cuatro años tuvo nueva afección febril, que duró alrededor de tres meses, incluso la convalecencia ;

fué, según los médicos que lo asistieron, una fiebre tifóidea. Hace un año, con motivo de estar afectado de sarampión, notó la madre que el niño tenía el vientre abultado. Hace seis meses se le notó tumefacción de la tibia derecha y finalmente, desde hace 20 días comienza su padecimiento ocular. El niño ha sido siempre de aspecto algo delicado. Tiene un hermano menor que ha padecido de trastornos gastro-intestinales, habiendo sido criado con leche de vaca. El padre es sano así como la madre, cuyo primer embarazo fué un aborto. Ha tenido tres hijos, que viven.

Estado actual — Niño de desarrollo inferior al correspondiente a su edad, piel blanca, sana, presenta una cicatriz de quemadura en la cara anterior del muslo derecho; ganglios palpables, micro-poliademia; esqueleto proporcionado, presenta tibias espesadas en las diáfisis con predominio en su lado derecho donde la palpación resulta dolorosa en su cara interna; proeminencias frontales ligeramente marcadas.

Ojos: Izquierdo, queratitis interticial.

Nariz: No hay nariz de Fournier.

Boca : Boca normal.

Torax :No hay rosario costal.

Reborde costal más levantado del lado derecho.

Abdomen : Llama la atención la región del hipocondrio derecho, donde se palpa a tres traveses de dedo, por debajo del reborde costal el hígado, que es móvil a la inspiración, siendo difícil palpar su borde inferior ; la cara ántero superior, muy convexa, lisa, dura y algo dolorosa.

Bazo : No se palpa.

El resto del abdomen, normal.

Suero-reacción hidatídica : Negativa.

Reacción de Wassermann -- Positiva.

Orina — Albúminos 0.50 % ; Urobilina, vestigios.

Tratamiento -- Inyección endovenosa de Bi-ioduro de mercurio de 0.01 cet. cada dos días ; a la tercera inyección desapareció el dolor de la tibia.

Hígado, en el mismo estado.

Es dado de alta el 24 del mismo mes, algo mejorado.

Enero 26 de 1914, reingresa al servicio.

Las deformaciones óseas persisten indoloras.

En el ojo derecho, la córnea está totalmente infiltrada con congestión periquerática en el ojo izquierdo hay una mácula central.

El hígado pare estar algo disminuído de volumen; sin embargo, conserva la convexidad de la cara ántero-superior, es denso y desigual.

Como la palpación fuese difícil, recurrimos a la anestesia.

Abril 15: Se han hecho 15 inyecciones de 0.0075 de Biioduro, solución acuosa, y cinco de un centígramo.

Las deformaciones óseas no se han modificado, su palpación no es dolorosa.

El tumor del hipocondrio derecho hace saliencia en la pared, es duro, indoloro, muy superficial, tanto que puede haber duda si se trata de hígado o de pared; es que parece indiscutible, es que está o de pared; lo que parece indiscutible, es que está

Borde inferior redondeado, se marca netamente al nivel del ombligo en la línea mamilar, pero si se pretende marcarlo hacia el flanco, la determinación es mucho menos precisa.

No es posible introducir los dedos entre el tumor y el reborde costal.

La superficie del tumor es dura y granulosa.

Mayo 9 : Se practica una inyección de Nutina Noguchi subcutánea en el antebrazo derecho.

Mayo 10 : Hay una pápula rojiza pálida, más pequeña que una arveja.

Mayo 11 y 12 : La pápula persiste en el mismo estado.

Mayo 13 : La pápula persiste perfectamente neta y su palidez es evidente.

Mayo 14 : Está un poco más pálida.

Mayo 15 : El color de la pápula es rojizo.

El 7, 14, 21, 28 de Mayo y 4 de Junio, se practica una inyección endovenosa de 0.15 cents. de neosalvarsán en solución fisiológica, respectivamente.

Junio 3 : Examen de sangre, con el siguiente resultado : gl. rojos, 3.700.000 ; blancos, 8.200 ; Hemoglobina, 70 ; V. globular, 0.94 ; p. neutrófilos, 66.33 ; eusinófilos, 0.33 ; linfocitos, 0.31 ; transición, 2 ; obs : glóbulos rojos, normales.

Julio 10 : Resuélvese una laparotomía exploradora, la cual pone en evidencia, confirmando el

diagnóstico, un quiste hidatídico de cara inferior de hígado, del tamaño de una naranja grande.

Se incinde la periquística, se extrae la membrana germinativa, se sutura y cura por primera intención.

OBSERVACION VI

Hospital Nacional de Clínicas. — Servicio del profesor A. M. Centeno.

Fecha de ingreso : 21 de abril de 1913.

F. C., argentina, 11 años, con domicilio en Buenos Aires.

Diagnóstico — Hidatidosis peritoneal.

Antecedentes . La acompaña el padrastro y no sabe dar datos sobre los primeros años de la niña, pues él la conoció al casarse con la madre de ella, cuando tenía seis años la enfermita ; sólo sabe que padeció de escarlatina.

Refiere que ha tenido frecuentes trastornos gastro-intestinales, manifestándose por vómitos y diarrea frecuentes ; mucho más frecuentes desde hace

unos dos meses, coincidiendo con un aumento de volumen de su vientre que se inicia en esa época, acompañado de agudas puntadas al abdomen, particularmente durante la noche.

Siempre ha sido delgada, habiéndose acentuado aún más con esta afección.

Hoy la trae al hospital, porque el volumen de su vientre ha aumentado considerablemente; la diarrea es más profusa y los dolores se repiten con más frecuencia.

Estado actual -- Niña que no representa su edad; de piel blanca, enflaquecida, mucosas rosadas, ganglios palpables, ligeramente hipertrofiados.

Llama la atención el volumen de su vientre, que ensancha la base del torax; la piel del vientre es delgada; dejando ver por transparencia las venas ingurgitadas, sobre todo en la parte media y superior.

Perímetro abdominal al nivel del apéndice xifóideo, 71 centímetros; al nivel del ombligo, 67; la palpación del abdomen es dolorosa, sobre todo en el hipogastrio, fosas ilíacas y flancos y permite apreciar en toda la porción infraumbilical una

serie de pequeñas tumefacciones, más o menos redondeadas, de superficie lisa, de tensión variable, desde una arveja, hasta una nuez, algunas son alargadas, duras.

En menor número se palpan en el resto del abdomen. La percusión da matitez en todo el vientre, con excepción del epigastrio.

No se aprecia la sensación de «niege». No hay ascitis. Hígado y bazo no se palpan, debido a la tensión de las paredes.

Tórax : Ensanchado en su diámetro transversal, es simétrico ; respiración a tipo costal superior. Límite neuromo-hepático : cuarto espacio. Espacio de Traube : libre. Área y tonos cardíacos, normales ; la punta late en el cuarto espacio ; no se ve ni se palpa. Pulso regular, igual, siendo el número de pulsaciones, 96 como término medio.

Bases pulmonares, bien ; respiración vesicular en ambos lados, sin ruidos añadidos.

23 abril, dermorreacción, negativa.

25 abril, dermorreacción, nuevamente negativa.

Examen de sangre — gl. rojos, 3.500.000 ;
gl. blancos, 11.000 ; Hemoglobina, 65 ; R. glo-

bular, 1 x 318; V. globular, 0.92; Pol. neutrófilos, 73.66; eusinófilos, 3.33; linfocitos, 21.66; transición, 1.33; gl. rojos normales.

Examen de urina — Vestigios de albúmina.

Abril 30: Laparotomía — Se ve una buena cantidad de quistes hidatídicos de diversos tamaños, algunos con pus.

Examen del pus — Se observan abundantes polinucleares semidestruidos y mucho detritus celulares, regular cantidad de glóbulos rojos.

En la investigación bacteriológica se ve un diplococo, encapsulado que toma el Gram.

Con intervalo de ocho días se le practican dos inyecciones endovenosas de neosalvarsán de 0.30 centigramos cada una.

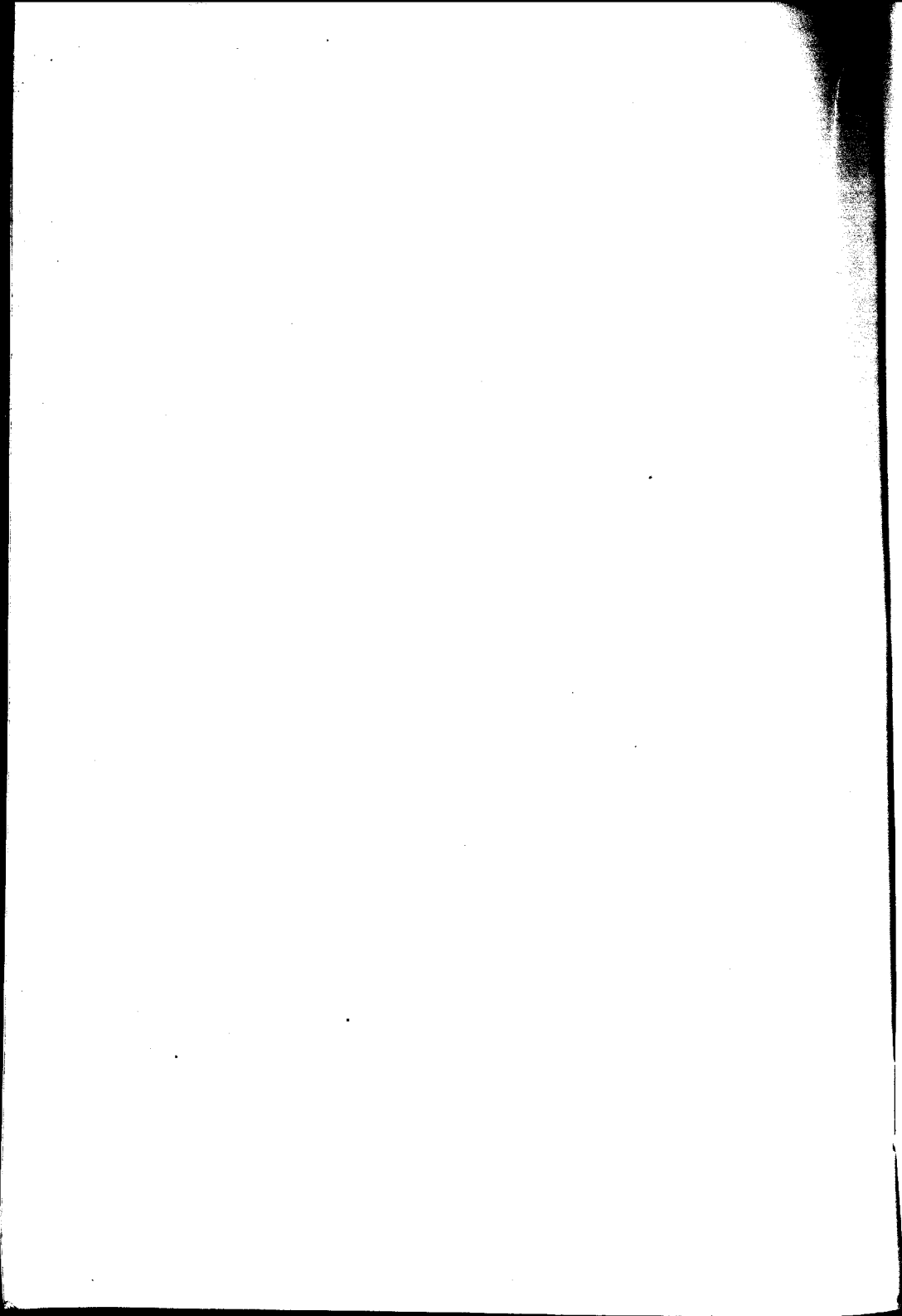
CONCLUSIONES

1°—Los quistes hidatídicos tratados con el neosalvarsán, no se han modificado.

2°—El neosalvarsán no impide el desarrollo de los quistes jóvenes.

3°—Este medicamento no dializa a través de las envolturas quísticas.

4°—y última, no aconsejamos tratar los quistes hidatídicos por el neosalvarsán.



BIBLIOGRAFÍA

Herrera Vegas y Cranwell — Los quistes hidatídicos en la República Argentina.

Pedro Belou — Tratado de Parasitología.

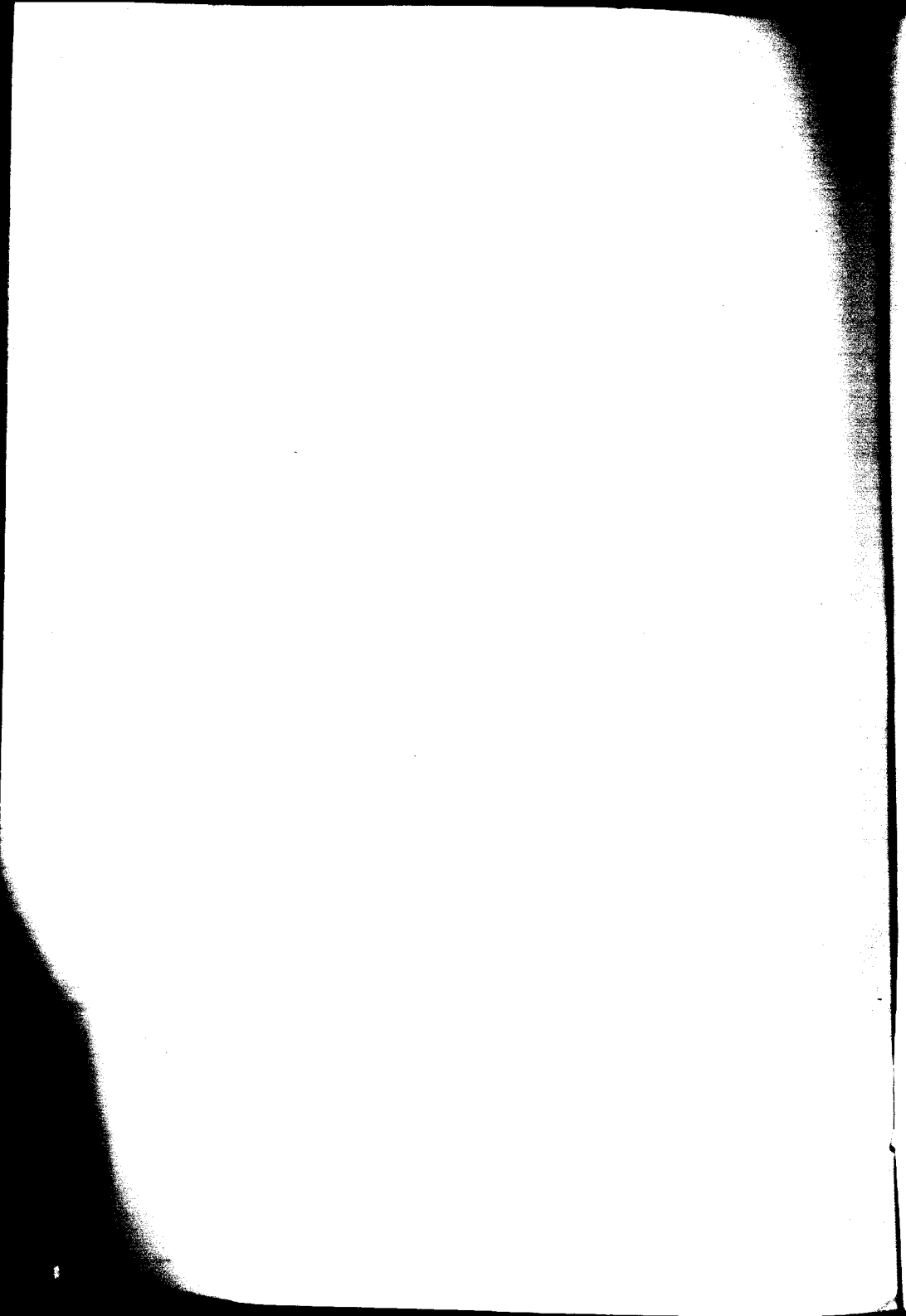
Carlos Lagos García — Tesis del Doctorado.

La Semana Médica — Año 1914, pág. 223.

La Semana Médica — Año 1896, pág. 265 y 1902, pág. 305.

La Presse Medicale — Año 1914, pág. 147.

Société de Biologie — Año 1914, pág. 648.



Buenos Aires, Mayo 28 de 1915.

Nómbrese al señor Académico, doctor Baldo-
mero Sommer, al profesor titular doctor Justiniano
Ledesma y al profesor suplente doctor José More-
no, para que, constituídos en comisión revisora, dic-
taminen respecto de la admisibilidad de la presen-
te tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenan-
za sobre exámenes ».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 7 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado
la aceptación de la presente tesis, según consta en
acta núm. 12983 del libro respectivo, entréguese
al interesado para su impresión, de acuerdo con la
Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El neosalvarsan puede ser eficaz en los casos de hematozoarios.

B. Sommer.

II

Evolución de los compuestos orgánicos arsenicales.

J. Ledesma.

III

Contraindicación de la salvarsanoterapia.

J. Moreno.



