

Año 1916

Núm. 3194

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento local de las adenitis tuberculosas

POR LOS RAYOS RÖNTGEN

TESIS

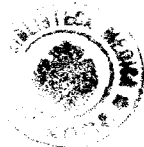
PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

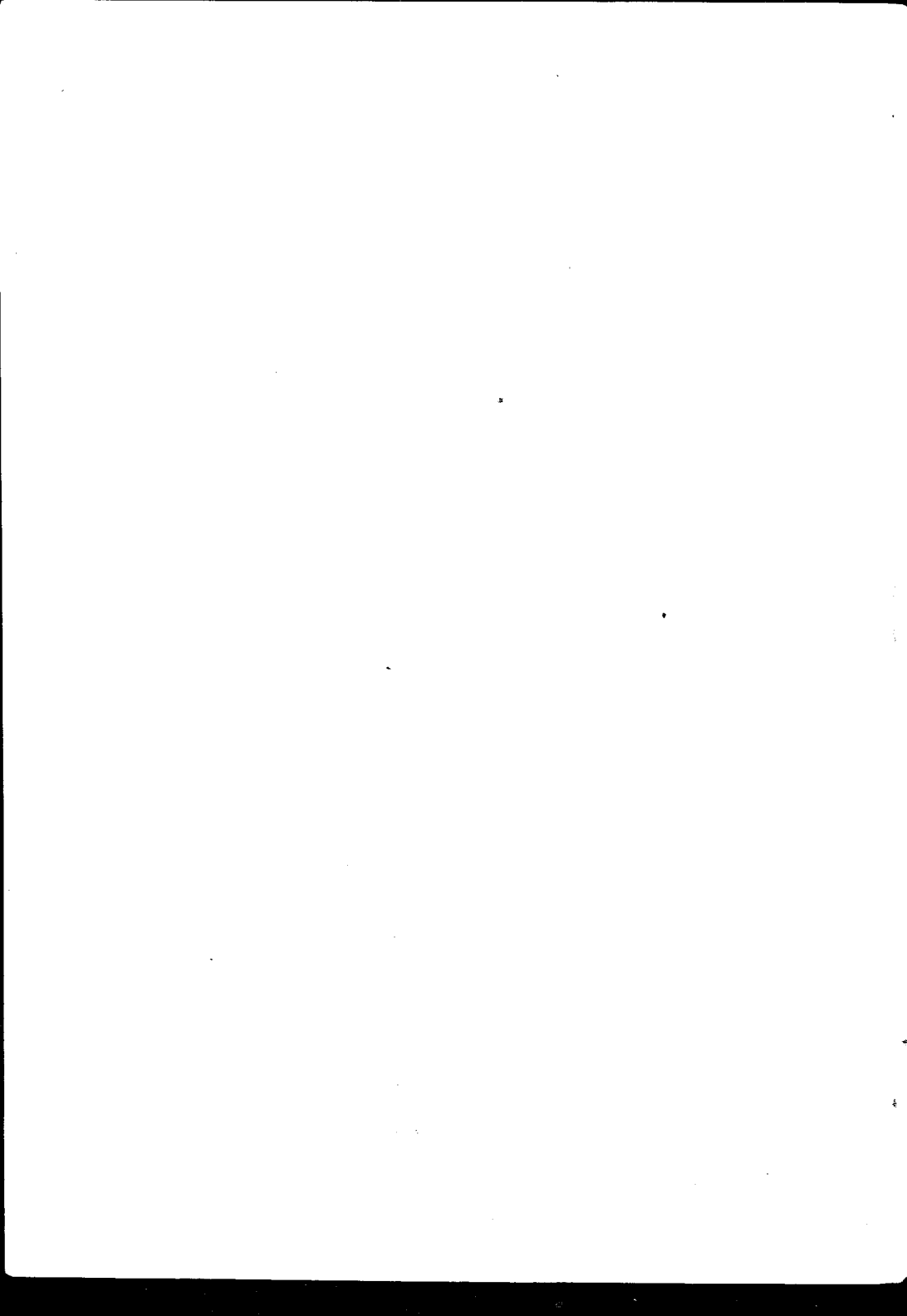
OTILIO S. DASTUGUE

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BÜFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



Mis. B. D. 5



Tratamiento local de las adenitis tuberculosas

POR LOS RAYOS RONTGEN

Año 1916

Núm. 3194

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento local de las adenitis tuberculosas

POR LOS RAYOS RÖNTGEN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OTILIO S. DASTUGUE

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES



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

Artículo 102 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

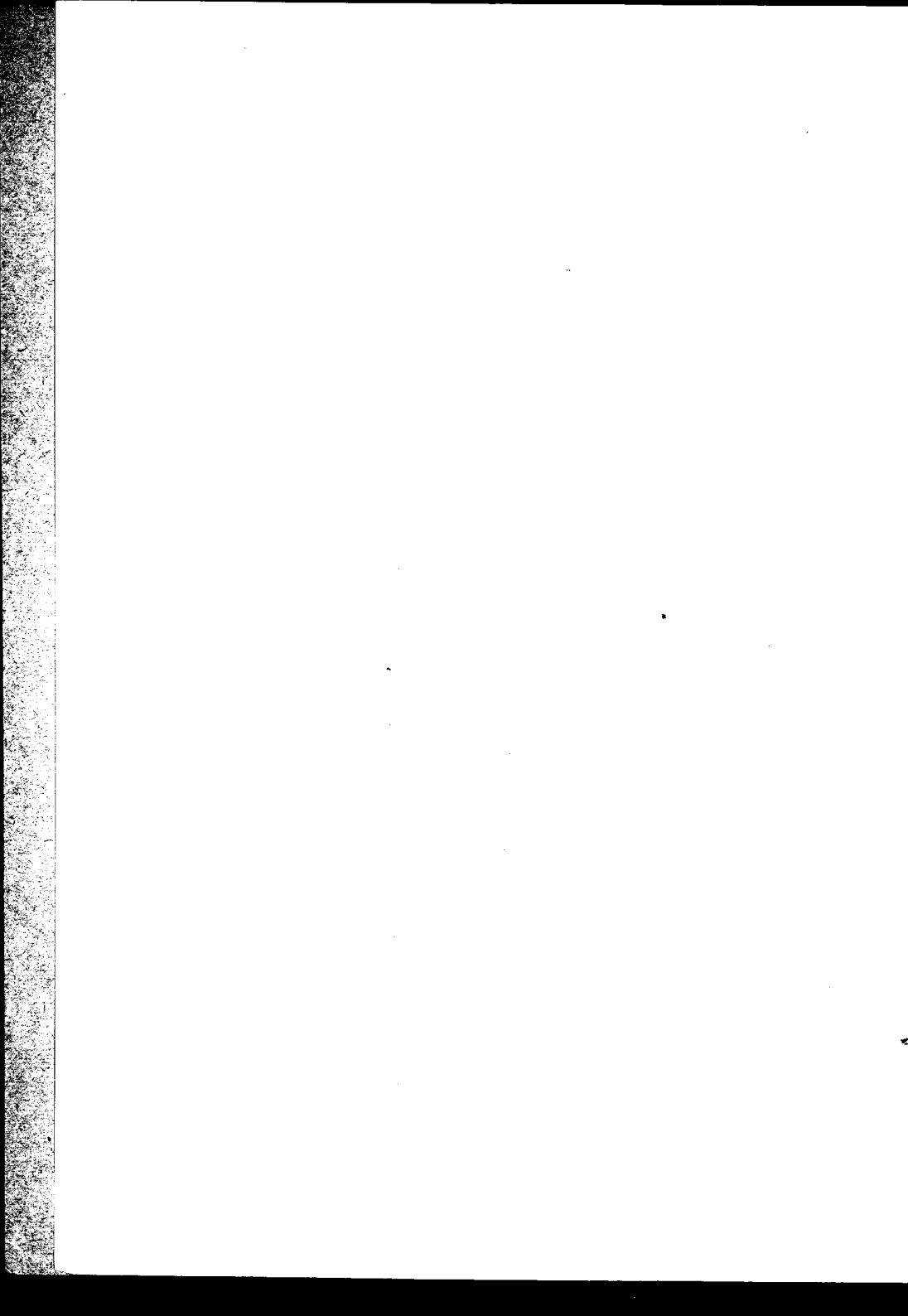
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. > > EUFEMIO UBALLES
2. > > PEDRO N. ARATA
3. > > ROBERTO WERNICKE
4. > >
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. TELEMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSIO DE CASTRO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO ÚBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GARASTOU (Facultad de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

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

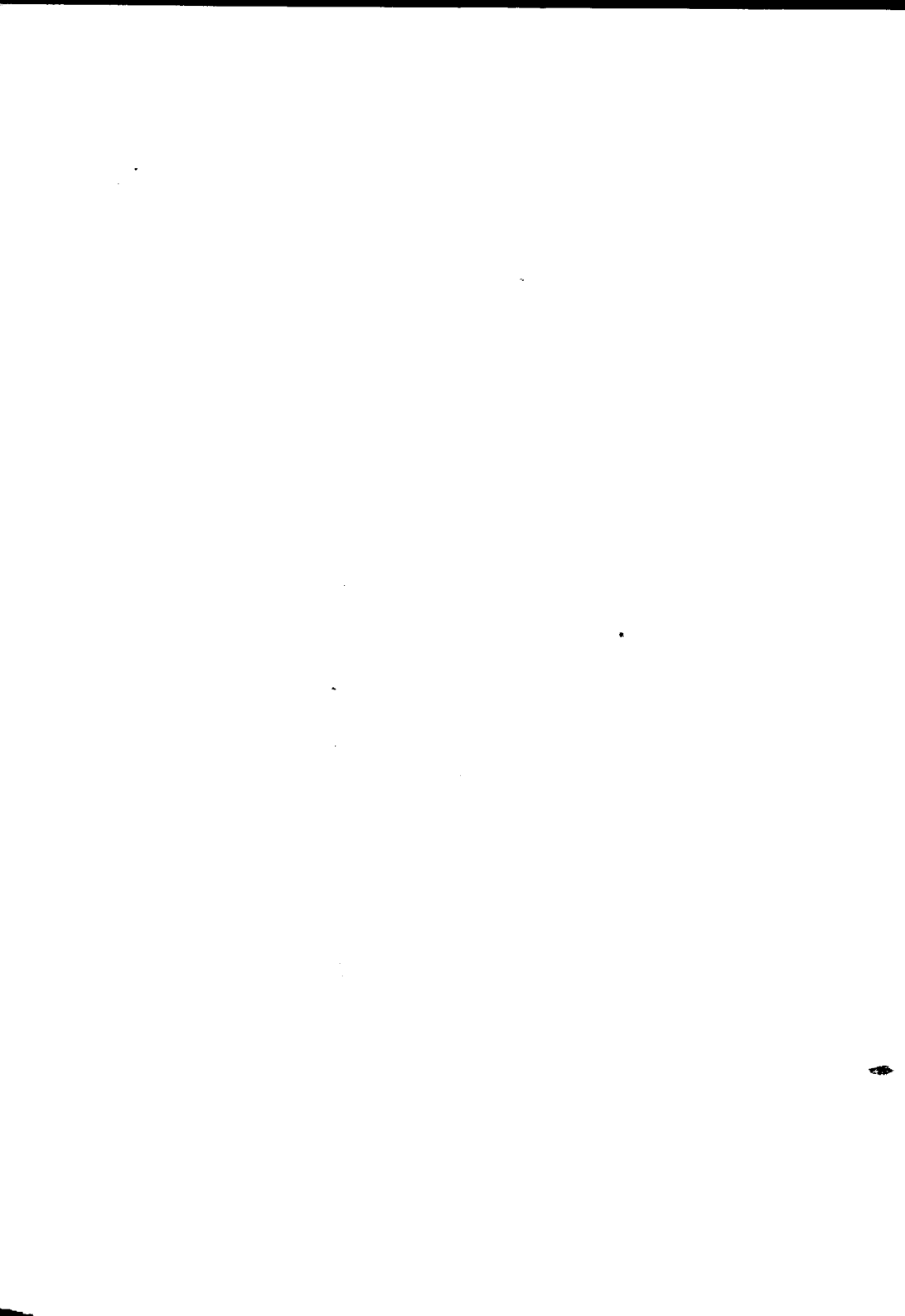
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
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
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» Vacante
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
	„ JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria.....	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALTRRALDE
Clínica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LOBET
Clínica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMÍN T. SOLARI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	GERMAN ANSCHUTZ
Anat. Patológica.....	BENJAMING LARCE
Materia Médica y Terapia.....	FELIPE JUSTO
Medicina Operatoria.....	MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	CARLOS BONORINOUDAONDO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	ALFREDO VITON
» Epidemiológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
» Oftalmológica.....	ANGEL H. ROFFO
» Oto-rino-laringológica.....	JOSE MORENO
Patología interna.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica Quirúrgica.....	CARLOS ROBERTSON
» Médica.....	FRANCISCO P. CASTRO
» Pediátrica.....	CASTELFORT LUGONES
» Ginecológica.....	NICOLAS V. GRECO
» Obstétrica.....	PEDRO L. BALINA
Medicina legal.....	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCO DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHETRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIMÉ SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	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
Farmacognosia y posología razonadas....	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

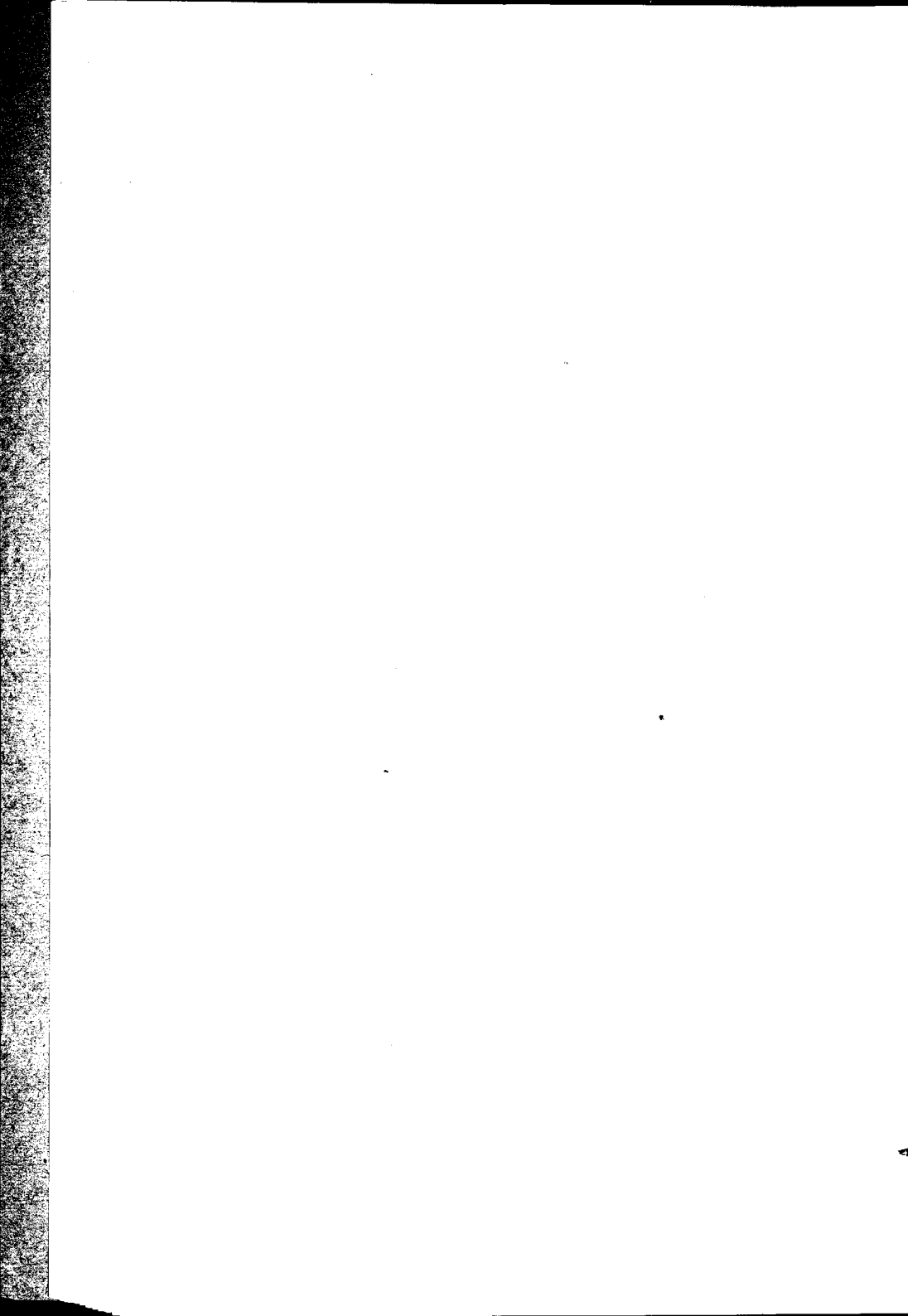
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
.. TOMÁS S. VARELA (2º año)
.. JUAN U. CARREA (Protesis)

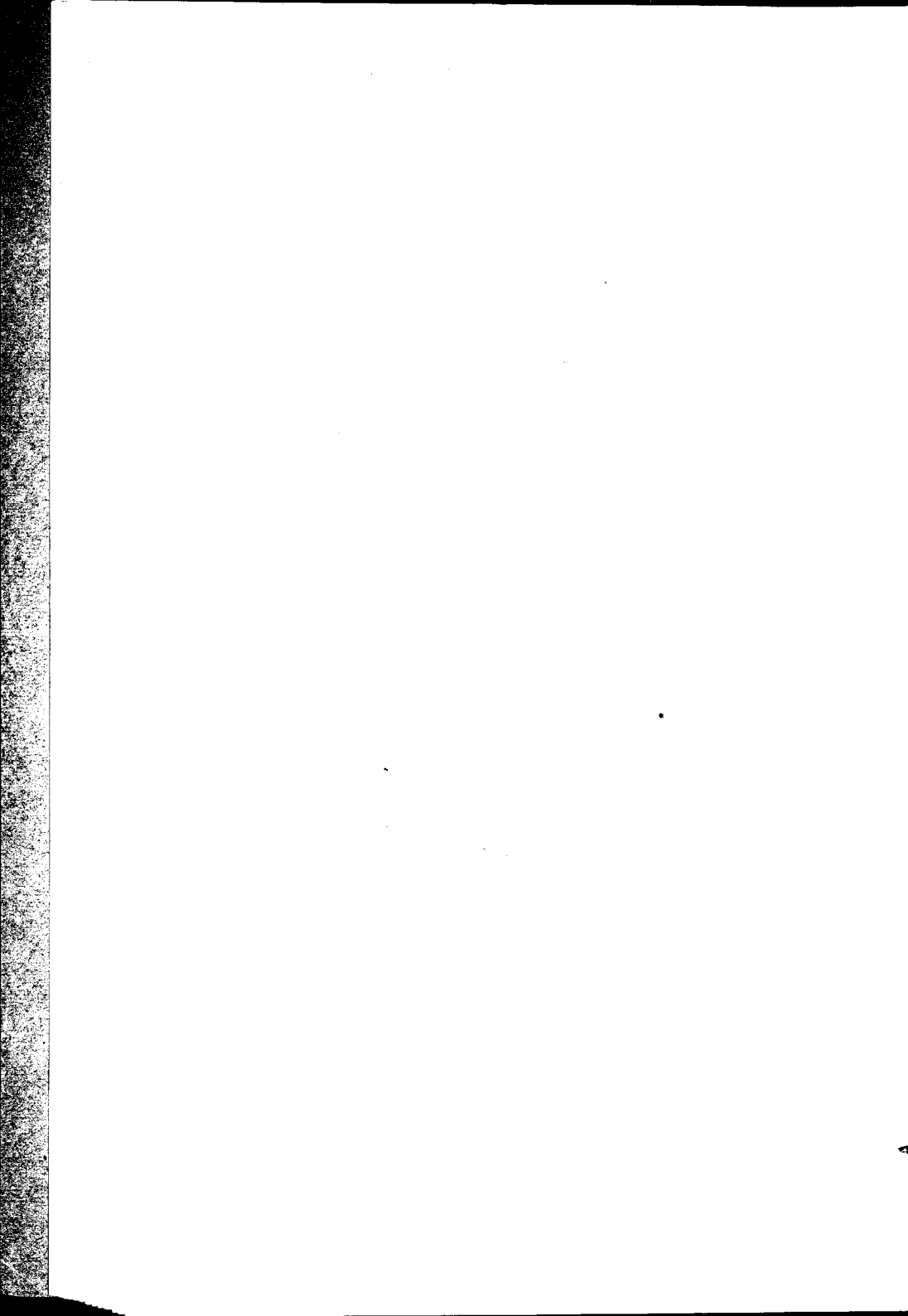
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura	DR. UBALDO FERNANDEZ



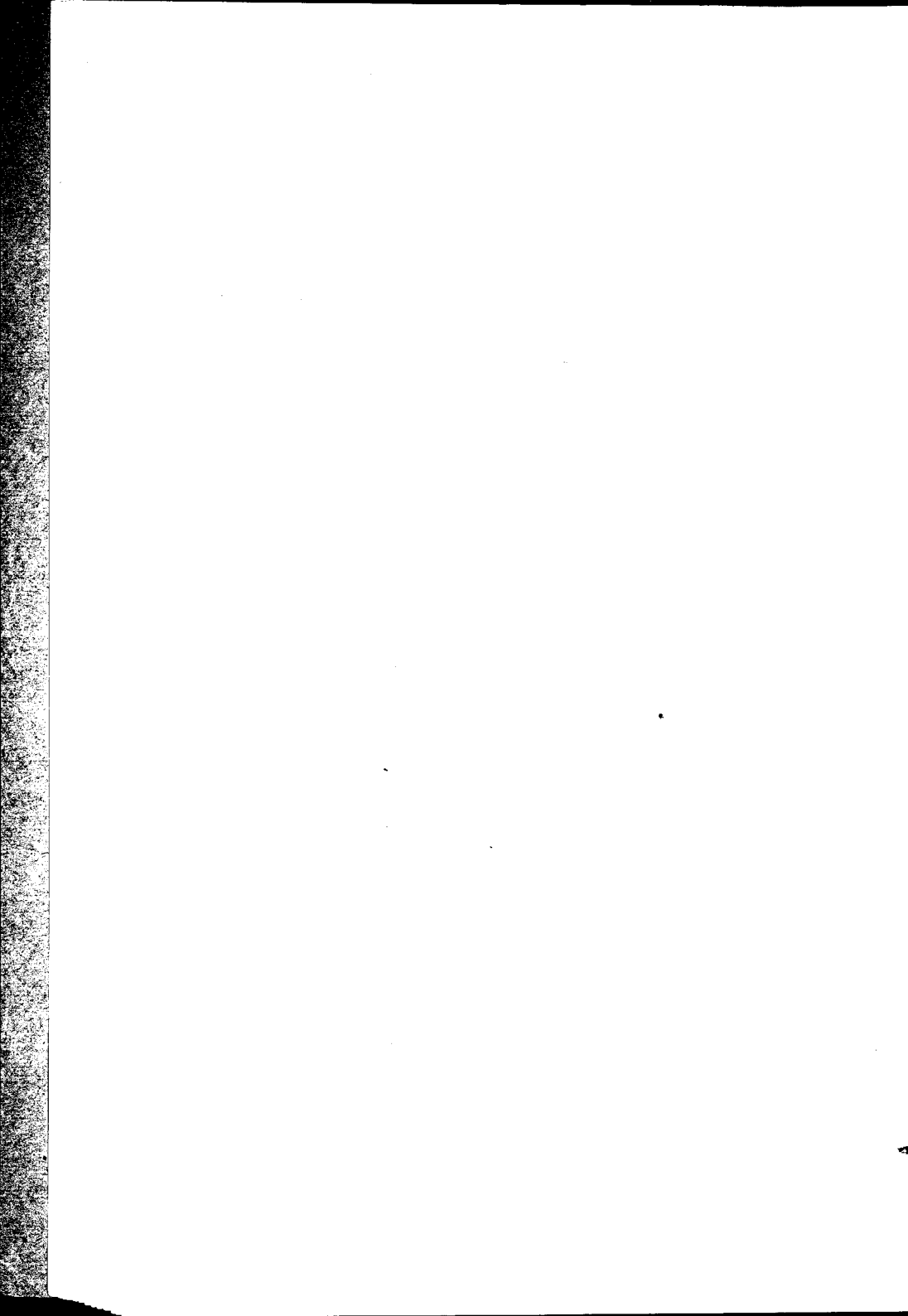
Padrino de tesis:

Doctor ANTONINO De NUCCI



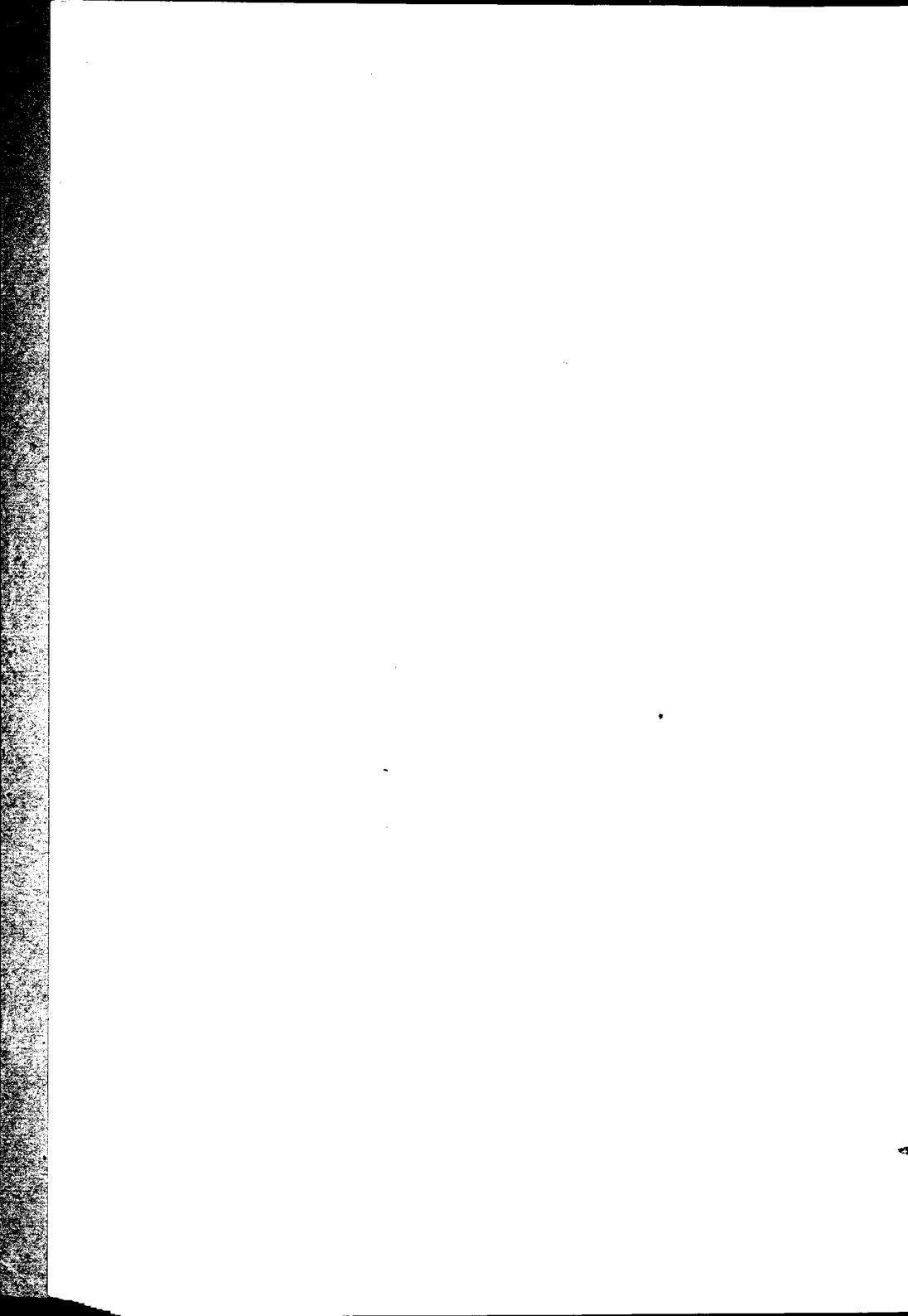
A MI PADRE

DOLOROSO RECUERDO



A MI MADRE

INMENSO CARIÑO



A LOS PROFESORES, DOCTORES:

LUIS AGOTE
Y ALFREDO LANARI



A LOS MIOS

Y AL SEÑOR

MATIAS SABATÉ

A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Tengo el agrado de someter a vuestra distinguida consideración este trabajo que finaliza mi paso por las aulas universitarias.

De vosotros he aprendido, y si en él halláis algún valor, él será fruto de vuestras enseñanzas y complacido os hago la ofrenda.

De entre los diferentes agentes que los modernos progresos de la física ponen en nuestras manos, ninguno sin duda alguna ha llegado a una generalización tan marcada ni a una diversidad de usos tan grande en medicina, como los rayos X.

Dejando a un lado su utilización cada día más vasta en el campo de la investigación clínica y no teniendo en cuenta sino su aplicación como agente terapéutico, sorprende ver ensancharse día a día su campo de acción, abarcando una serie tan grande de afecciones que se puede decir no hay aparato

alguno en la economía sobre el cual ellos no tenían alguna influencia.

Y si a primera vista no se explica cómo un mismo agente pueda ser útil en afecciones tan diversas, un mejor conocimiento de su acción fisiológica sobre todos los tejidos del organismo justifican su empleo y proporcionan muchas veces al médico un motivo más de nobles y legítimas satisfacciones.

Las lesiones tuberculosas no han podido escapar a este gran tratamiento, y así vemos que desde el año 1902, los rayos Röntgen extienden sus vastos límites, para demostrar que las tuberculosis de la piel, de las mucosas, de los ganglios, de los huesos, de las articulaciones, pueden ser tratadas con ventajas por los rayos X, sobre cualquier otro tratamiento.

Habiendo observado durante los años de practicante, muchos casos de adenitis tuberculosas, en niños y jóvenes, y como la terapéutica usada es de resultados tan precarios, que debido a los buenos consejos del doctor De Nucci y a la galante amabilidad del profesor doctor Lanari, es que he elegido este tema, para mi tesis: de lo cual no me arrepiento por el resultado obtenido en las distintas formas en que se presenta esta enfermedad. Según las observaciones de enfermos que he seguido, me

parece ser la radioterapia el tratamiento de elección en la tuberculosis ganglionar, unas veces sola, otras combinada a la helioterapia y al régimen dietético, dejando para los casos en que fuese imposible la aplicación de rayos, la intervención de la cirugía, que no cuenta en su haber ni un mejor resultado estético ni una seguridad mayor para prevenir recidivas.

Antes de entrar en materia, quiero dejar constancia de mi agradecimiento :

Al doctor Antonino de Nucci, que me dispensa el gran honor de acompañarme en este instante severo que termina una vida y marca una nueva : la vida del estudiante y la vida del profesional ; profundo agradecimiento.

Al profesor doctor Alfredo Lanari, radiólogo y electroterápico que ha sobresalido por sus excepcionales condiciones de laboriosidad y dedicación al estudio, llegue mi sincero reconocimiento.

Al profesor doctor Luis Agote, el hombre modesto y de vastos conocimientos, cuya preparación científica es timbre de honor para nuestra escuela, eterna gratitud.

A los doctores Rafael A. Bullrich, Antonio Podestá, Ernesto V. Merlo, Raul Novaro, F. de la Torre y demás personal técnico del Instituto Mo-

delo de Clínica Médica, mi gratitud por las atenciones de que he sido objeto.

A mi hermano Aníbal, la satisfacción grande de poder ofrecerle este trabajo y el reconocimiento eterno a su fraternal dedicación.

A mis compañeros de estudios los doctores Raul Vaccarezza, Julio Seeber, Wenceslao Cabral, Alfonso Grianta y Martín Miranda, el testimonio perenne de mi afección sincera y los votos constantes para una gran felicidad profesional.

HISTORIA

El tratamiento por los rayos X de los ganglios tuberculosos marca una de las etapas de extraordinaria evolución en la radioterapia.

Es a los americanos : Williams en Boston y Pusey en Chicago, a quienes debemos el uso de la radioterapia en los infartos ganglionares de origen tuberculoso y que siguen empleándose desde el año 1902.

Antes de 1902 se creía que los rayos X sólo podían actuar sobre la piel y que el tejido subcutáneo no sufría ninguna influencia ; por ésto es que los rayos X se hallaban reservados solamente para las afecciones cutáneas. Después de un tiempo se observó que los rayos Röntgen no sólo actuaban sobre la piel, sino también, sobre las glándulas genitales, que son los órganos más sensibles.

Ya en 1902, decía Williams en su obra : « Enlarged cervical glande (tuberculous), even when of

great size, respond surprising by well to the treatment by the X rays, and of course no sear is left, as is the case after operation »; que traducido nos decía : «Ganglios cervicales alargados (tuberculosos) aun cuando de gran tamaño, responden de una manera sorprendente al tratamiento de los rayos X, y por supuesto no queda cicatriz como en el caso de una operación ».

Poco después otros médicos americanos : Phandler, Rodman, Varney, etc., publicaron observaciones que vinieron a demostrar estos hechos.

Pero, no se le dan importancia a estas comunicaciones, hasta que Heinecke, en Leipzig, publica sus resultados sobre las acciones de los rayos X en las experiencias efectuadas sobre tejidos linfoides de pequeños animales ; al mismo tiempo que Senn, en Chicago (1903), publicaba sus curiosas constataciones sobre la radioterapia en la leucemia y en la pseudo-leucemia.

A partir del año 1905, el estudio de la radioterapia en la linfomatosis se hace muy activo en Europa, sobresaliendo Francia por los trabajos de Barjon, Belot, Bergonié, Bécclère, Redard, etc. Hay que tener en cuenta, que la radioterapia ganglionar entra a formar parte de los tratamientos médicos, ocho años más tarde que su aplicación en la depilación.

En 1905, en el Congreso de Fisioterapia de Liege, Desplats de Lille, comunica el buen resultado que obtuvo, en los enfermos atacados de adenitis que fueron tratados por los rayos Röntgen. Luego viene la tesis Roederer (1906), sobre la radioterapia en la tuberculosis ganglionar, articular y ósea, en donde se describen treinta y cinco casos, curados por los rayos X.

Más tarde, Barjon publica el resultado obtenido de la radioterapia, en distintas formas de tuberculosis localizadas y aconseja emplear este tratamiento en las adenitis de origen bacilar.

En fin, en el último Congreso Internacional de Fisioterapia en 1910, Kienboch hace una relación minuciosa de los resultados obtenidos por medio de la radioterapia en los linfomas de origen tuberculoso y Barjon comunica sus nuevas observaciones, siguiendo el tratamiento de los rayos X en las adenitis supuradas, ulceradas o fistuladas; por lo que dichos autores reconocen como método de elección la radioterapia.

Hoy día con las numerosas observaciones reunidas por los distintos radioterapéuticos, permiten considerar a la radioterapia como el procedimiento ideal, para el tratamiento local de las adenitis de origen tuberculoso.

Ella es opone en efecto, a los procedimientos

quirúrgicos por la perfección de los resultados que se obtienen ; a la ausencia de alteraciones indelebles de los tegumentos cutáneos, molestos desde el punto de vista estético y perjudicial para ciertos sujetos, y a la supresión de recidivas por una acción extendida a todo el territorio ganglionar interesado.

RESULTADOS CLÍNICOS

La radioterapia puede intervenir en cualquier momento, con gran provecho, durante la evolución de una adenitis tuberculosa; ya en 1910, decía el doctor Barjon, en contra de la opinión de los cirujanos, que antes de hacer la extirpación de los ganglios tuberculosos supurados, debía usar la radioterapia y se basaba en el resultado obtenido en el tratamiento de más de doscientos casos, cuyo fin fué la curación completa.

GANGLIOS SIMPLES

Los ganglios tuberculosos a forma monoganglionar, con crecimiento sub-agudo o crónico, muy frecuente en los niños (escrofulosos) y en los individuos jóvenes, con apariencia de muy buena salud, desaparecen o disminuyen rápidamente, después

de una exposición enérgica a los rayos X, sobre todo si son de crecimiento reciente.

Esta acción no se manifiesta, lo más a menudo, sino al cabo de algunos días, pero puede continuar sin notarse hasta después de algunas semanas; entonces constataremos que la tensión de la superficie del tumor disminuye, que éste se ablanda y que se hace movable.

En los casos que los ganglios fuesen múltiples, reunidos en una masa voluminosa por una vaina de periadenitis, después de unas secciones de rayos Röntgen los veremos disociados, gracias a la desaparición de aquella vaina; la palpación los descubre separados y permite constatar sus dimensiones y volúmenes; que lento, pero progresivamente, van disminuyendo, hasta reducirse por lo general a un núcleo pequeño, duro y escleroso; resto del solo vestigio de la hipertrofia ganglionar.

Hay ciertos autores que dicen, que una sola aplicación de rayos X ha sido suficiente para hacer desaparecer o reducir a su tercera parte el volumen de una masa ganglionar (caso de Hendrix), al cabo de ocho días; pero como creen Bécclère y Holznecht, no se trataría de ganglios tuberculosos, pues es característico que estos infartos ganglionares necesitan como minimum 8 a 12 secciones para su desaparición; estos mismos autores dicen que por

el número de aplicaciones hechas hasta obtener la desaparición de un ganglio, se puede hacer el diagnóstico diferencial de su origen, sirviendo la radioterapia como piedra de toque para ayudar al diagnóstico.

Ciertos radiólogos, entre ellos Bergonié, pretenden que no se obtiene jamás la desaparición completa de las adenopatías tuberculosas y por lo tanto, manifiestan su incurabilidad por los rayos X. Sin duda, es muy raro que uno observe un retorno integral, como se halla en el estado normal; casi siempre quedan pequeños núcleos esclerosados, residuo cicatricial de la afección primitiva. Pero esta transformación fibrosa, ¿no es sinónimo de la curación? ¿Acaso las lesiones tuberculosas que hayan sufrido una transformación fibrosa, no se consideran curadas? Lo mismo pasa con la tuberculosis ganglionar.

Es cierto que se observan a menudo recidivas, que podrían ser evitadas irradiando bastante tiempo la región a tratar y no sólo atacar los ganglios hipertrofiados, como se hace generalmente.

Cuando se actúa en rosarios de pequeños ganglios, muy movibles, duros, situados en la región cervical y caracterizando la micropoliadenitis, la radioterapia no consigue modificarlas, pero sí, impide el aumento de su volumen.

GANGLIOS SUPURADOS

Cuando la radioterapia obra sobre ganglios supurados podremos obtener uno de los dos resultados siguientes : su desaparición o sino que se nos abra a través de la piel, comunicándose con el exterior.

Con respecto a las diferentes formas de ganglios supurados, cada autor tiene una división distinta, según su criterio ; creo, que la más racional, es la que sigue nuestro profesor doctor Lanari, que es la de Barjon, con pequeñas modificaciones. Divide la supuración ganglionar tuberculosa en dos clases, que son :

1^a—Supuración ganglionar cerrada.

2^a—Supuración ganglionar abierta.

La primera la constituyèn dos grupos. Primer grupo : ganglios tuberculosos fluctuantes, no existiendo inflamación, ni rubor, ni adherencias de los ganglios de la piel, no hay temperatura ; son los que Barjon llama abscesos fríos. Segundo grupo : ganglios fluctuantes con pocas adherencias, piel roja e inflamada, más o menos tensa y presta para abrirse, acompañada de un poco de temperatura ; son los que Barjon llama abscesos calientes.

A la segunda clase de supuración, corresponden tres grupos. Primer grupo : ulceración consecutiva

de la abertura de un absceso ganglionar con supuración persistente, con costras superficiales, con grietas más o menos profundas, con lesiones de vecindad de la piel, que toma un aspecto lúpico ; segundo grupo : viejas fístulas ganglionares, por supuración persistente ; tercer grupo : ulceración fagedénica, consecutiva a la ablación de los ganglios supurados.

SUPURACION GANGLIONAR CERRADA

1° *Abscesos fríos* — En los casos de adenitis llamados por Barjon «abscesos fríos», donde no existe temperatura ni dolor ; pero sí existe fluctuación ganglionar sin coloración de la piel, son los casos más favorables y desaparecen rápidamente bajo la acción de los rayos X, combinados con punciones evacuatrices del pus.

La evacuación puede ser practicada por la aspiración con una jeringa munida de una aguja de bastante calibre para que los grumos de pus no la obturen e impidan su salida ; si ésto ocurre se puede hacer uso de un pequeño trocar o de una pequeña incisión con el bisturí si el pus es muy grumoso.

Según Barjon, después de cada absorción del

pus, recomienda hacer un lavaje antiséptico. Se puede hacer uso de la tintura de yodo pura que es muy buena, no es dolorosa y actúa enérgicamente como desinfectante; sólo tiene el inconveniente de formar grumos con el pus y luego no se puede aspirar con la jeringa; por eso se prefiere usar antes aceites que diluyan el pus: aceite yodofórmico al 5 por ciento, aceite creosotado al 10 por ciento o gomenolado al 20 o 50 por ciento y luego la tintura de yodo. Los lavajes deben repetirse hasta que desaparezca el pus. Después de cada lavaje se hace una aplicación de rayos Röntgen de 5 H., a través de un filtro de aluminio de un milímetro de espesor.

Aunque la supuración haya desaparecido, es bueno seguir algunas aplicaciones más; la curación se hace sin ninguna cicatriz y con un resultado perfecto.

2º *Abcesos calientes* — En este caso el ganglio supurado ha provocado una inflamación más o menos viva. La piel es adherente, el ganglio está fijo en la profundidad o unido a otros ganglios vecinos que supuran aisladamente. La piel es roja, espesa, infiltrada, edematosa sobre los bordes, pronta a ulcerarse por su centro. Toda la región está inflamada y caliente.

Estos casos son menos favorables que los anteriores, pero se pueden obtener resultados excelentes. Primero hay que hacer una punción con una jeringa.

Si el pus es muy espeso no pasa por la aguja, se retira ésta y por el orificio que ha dejado se puede hacer salir el pus comprimiendo por la base del ganglio; este pequeño orificio, debido a la elasticidad de los tejidos, aumenta de volumen y se ven salir masas de pus, luego se hace un lavado con tintura de yodo o con aceites antisépticos.

Si la punción no es suficiente, lo mejor es hacer una pequeña incisión con el bisturí, comprimir y colocar una pequeña mecha de gasa el menos tiempo posible (tres días) para evitar una cicatriz aparente. En fin, cuando es imposible vaciar el ganglio, hacer una incisión grande, pero en este caso tendremos una cicatriz visible.

Después de cada punción se harán irradiaciones, pero no cuando haya mucho pus, pues serán inútiles. Los resultados estéticos variarán con las necesidades que hubo para sacar el pus. En el caso de gran incisión, la cicatriz será más aparente, pero nunca toma el aspecto queloideano, gracias a las irradiaciones consecutivas que aceleran la cicatrización e impiden formar los brotes exuberantes de

la epidermis que a menudo hacen salida y dan color rojo a la piel.

En resumen, en la supuración cerrada, la punción capilar combinada con la radioterapia, es el método de elección.

SUPURACION GANGLIONAR ABIERTA

Por medio de los rayos X, conseguimos también en esta forma de adenitis tuberculosa excelentes resultados, haciendo desaparecer la supuración, las ulceraciones o fístulas que hubiesen, llegando rápidamente a la cicatrización, cuando se han agotado todos los tratamientos terapéuticos; pero en cuanto a la estética, quedará siempre una cicatriz.

1º *Ulceración consecutiva a la abertura de un absceso ganglionar* — Comúnmente son las lesiones más rebeldes; la úlcera no es simple, y no se halla bien delimitada. Se observa sobre todo, en jóvenes pálidos, delgados (escrofulosos); los ganglios cervicales y submaxilares, generalmente supuran, se observan lesiones en todos los períodos: ganglios en vías de supuración, otros fistulizados, otros ulcerados, otros recubiertos de costras. En fin, en la vecindad o a la distancia hay lesiones superficia-

les que invaden la piel y que toman un aspecto semejante al lupus. Todas estas lesiones, junto con las cicatrices antiguas que existen con bordes rojos, se extienden por todo el cuello.

Aunque antiguas, confluentes y de aspecto repugnante, pueden todavía ser tratadas de una manera útil y obtener resultados inesperados. Las irradiaciones son muy eficaces ; muchos enfermos llegan al consultorio en estas condiciones y después de un tratamiento largo y paciente, curan y salen con un aspecto bastante aceptable.

Junto al tratamiento radioterápico hay que hacer otro de propiedades antisépticas. Desinfectar las ulceraciones con tapones de algodón embebidos en agua oxigenada, tratar de quitar todas las costras, barnizar largamente toda la región con tintura de yodo, tratando de hacer penetrar el pincel en todas las anfractuosidades. Este tratamiento será renovado cada vez que se haga una aplicación de rayos, que excitará y hará cicatrizar las lesiones, llegando a hacer desaparecer las supuraciones sin formación de cicatrices queiloideas, y si alguna se hubiese formado antes de empezar el tratamiento, desaparecerá bajo la influencia de los rayos X.

2º *Viejas fistulas ganglionares con supuración persistente* — Se ven enfermos con una supuración

ganglionar debida a que el ganglio ha sido abierto quirúrgicamente o se ha abierto solo; se cura bastante rápidamente; pero él persiste en la profundidad; es un pequeño núcleo duro que se descubre por la palpación, del cual parte un pequeño trayecto fistuloso que se abre en la piel. Estas fistulas suelen durar varios años, ningún tratamiento local ni ninguna clase de inyecciones las modifican ni las llevan a la cicatrización, en cambio con siete u ocho irradiaciones se puede obtener este resultado.

Cuando la cicatrización tarda un poco, lo mejor es hacer algunas inyecciones de tintura de yodo que contribuyen a apresurarla. La cicatriz es ordinariamente poco visible.

El doctor Barjon describe varios casos de fístulas de dos y tres años* de antigüedad, que con cinco aplicaciones de rayos, han desaparecido sin volverse a notar.

3º Ulceración fagedénica consecutiva a la ablación de ganglios supurados — Es digno de mencionar el caso del doctor Poncet: Se trata de un enfermo de 33 años operado de adenitis inguinal doble, por este cirujano; antes había sufrido de adenitis cervical que supuró, pero curó bien. Después de la ablación de los ganglios, la cicatriz em-

pieza a formarse bien, pero nunca llega a ser completa, y debido a la influencia de la marcha, se forman varias ulceraciones que van aumentando de extensión. Como resistieran a todo tratamiento terapéutico, es remitido el enfermo al servicio del doctor Barjon.

En esta época una de las ulceraciones medía 14 centímetros de largo por 4 de ancho, sus bordes eran irregulares, tallados a pique y de un aspecto fagedénico. Se le hace una sección de rayos X y a los cuatro días se constata una modificación considerable; la cicatrización empieza por los bordes y las úlceras toman mejor aspecto. Después de la sexta sesión la cicatrización es completa. El resultado obtenido es maravilloso y sobre todo de una rapidez inesperada.

He pasado rápidamente en revista los resultados obtenidos por los rayos Röntgen en las diferentes formas de la tuberculosis ganglionar aislada o generalizada, y deduzco por los hechos observados que el empleo de esta medicación no es solamente justificada, sino formalmente indicada.

Debido a su acción específica sobre los tejidos linfoides, debe dársele la preferencia a este

método de tratamiento, pues es el que mejor resultado ha dado hasta hoy.

La radioterapia no ocasiona ningún accidente de origen general ni local, como pasa muy a menudo con las inyecciones intraganglionares de arsénico, los emplastos que no tienen otro efecto que lesionar la piel sin obrar sobre los ganglios subyacentes, etc.

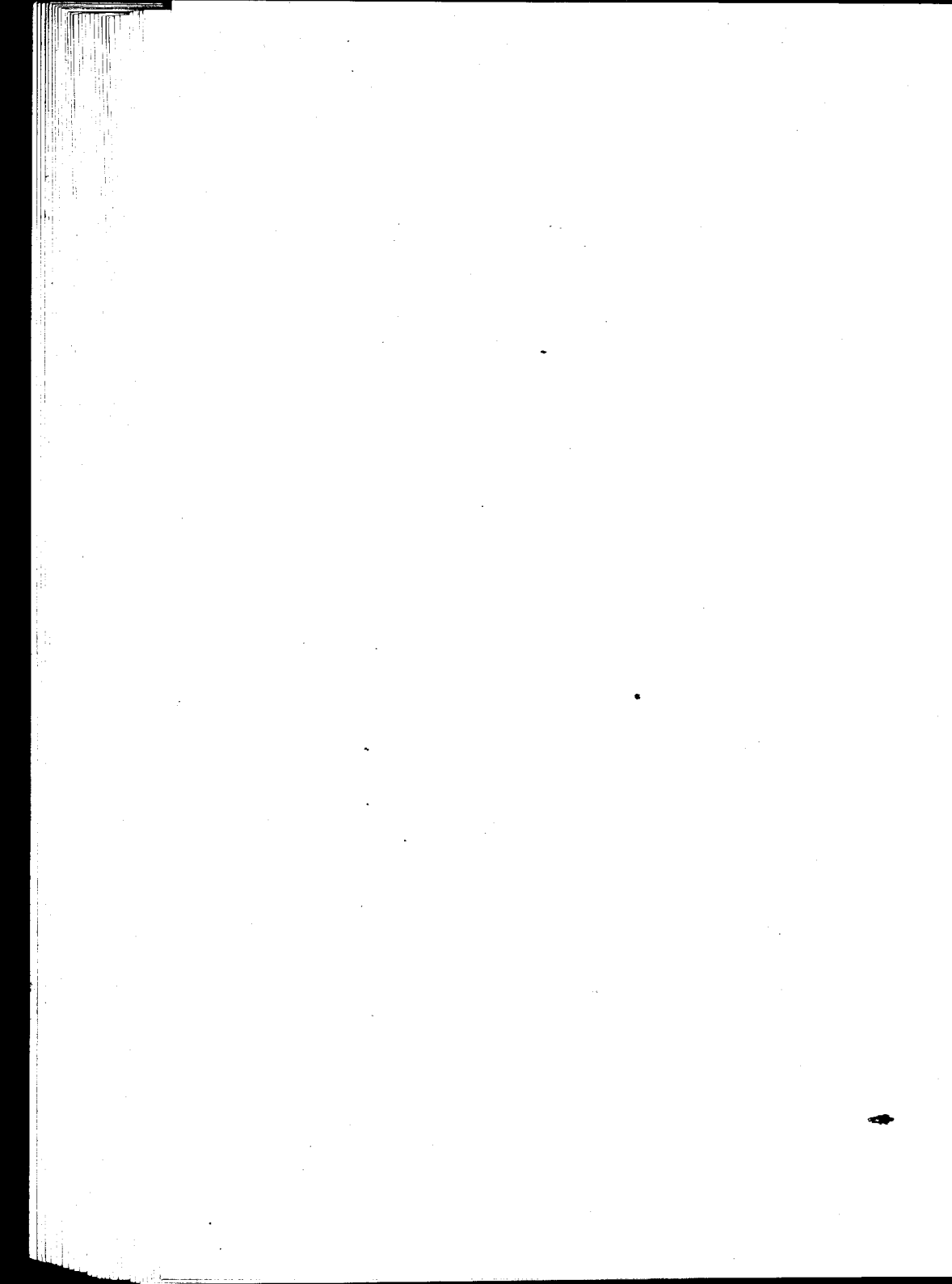
Si alguna vez se observa radiodermatitis o pigmentación cutánea debida a los rayos X, es que el operador no se ha sujetado a las reglas y técnicas que expondré más tarde. Desde el punto de vista del estado general, Valobra observó en dos casos elevación de la temperatura del paciente, más tarde Kienböck observó lo mismo; pero los dos autores están conformes en que se siga el tratamiento y sólo indican la disminución de la dosis cuando exista fiebre. Igualmente la radioterapia es preferible a la intervención quirúrgica, que necesariamente, deja una cicatriz bastante aparente, presentando algunas veces un reborde queiloideo de un efecto poco estético, sobre todo cuando se trata de señoritas.

Sin ser una operación inofensiva, cuando se trata de adenopatías cervicales, sin estar al abrigo de recidivas, es muy frecuente ver, que a la extirpación de un ganglio, sigue el infarto de todos los

de la región y como consecuencia otras intervenciones, que tal vez no hubiesen tenido que llevarse a cabo, si se hubiera tratado por rayos X.

En los casos inoperables, ganglios intra-torácicos, el tratamiento radioterápico es el único que puede actuar eficazmente.

Pero, en enfermos que padecen de adenitis tuberculosas, no es sólo la radioterapia la que debe obrar, sino que irá acompañada de un tratamiento general, como ser : tónicos, sobrealimentación y helioterapia, y si fuese posible, seguir el tratamiento en las orillas del mar que reúne todas estas condiciones.



Algunas observaciones hechas en el Hosp. de Clínicas en el servicio del Profesor Dr. Lanari

Seremos breves en todos aquellos detalles de historia que no atañen esencialmente al objeto de nuestra tesis.

HISTORIA I

C. P., de 17 años, dependiente de almacén, soltero, español.

Antecedentes hereditarios — Padres vivos y son sanos, manifiesta que un tío ha padecido de la misma enfermedad, durante varios años, luego le recetaron campo y curó definitivamente al cabo de tres años de residencia en las sierras.

Antecedentes personales — Durante el primer año de su vida fué muy débil, creyendo la familia que no podría sobrevivir.

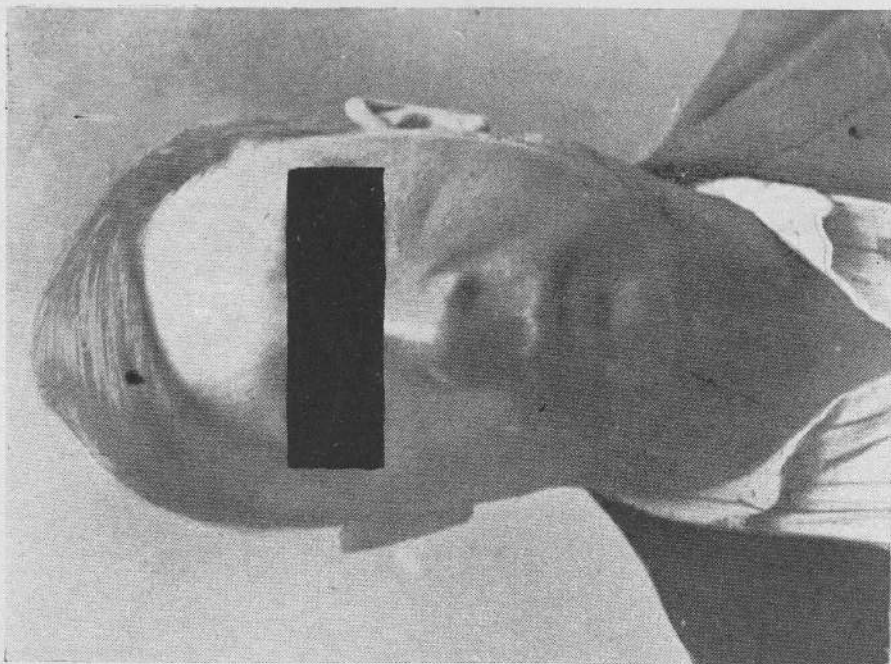
A los dos años tuvo sarampión que curó bien.

A los cinco años ganglios en el cuello que no le provocaron ningún dolor, pero como viese que aumentaban de tamaño, consultó un médico que le aconsejó baños de mar, a los siete meses curó, dice que sólo quedaron unas pequeñas bolitas. A los siete años vuelve a notar que los ganglios antes desaparecidos empiezan a crecer de nuevo; consulta otra vez al médico y le recomienda baños de mar, que se los hace desaparecer de nuevo.

A los ocho años padece de coqueluche que curó sin haber tenido ninguna complicación.

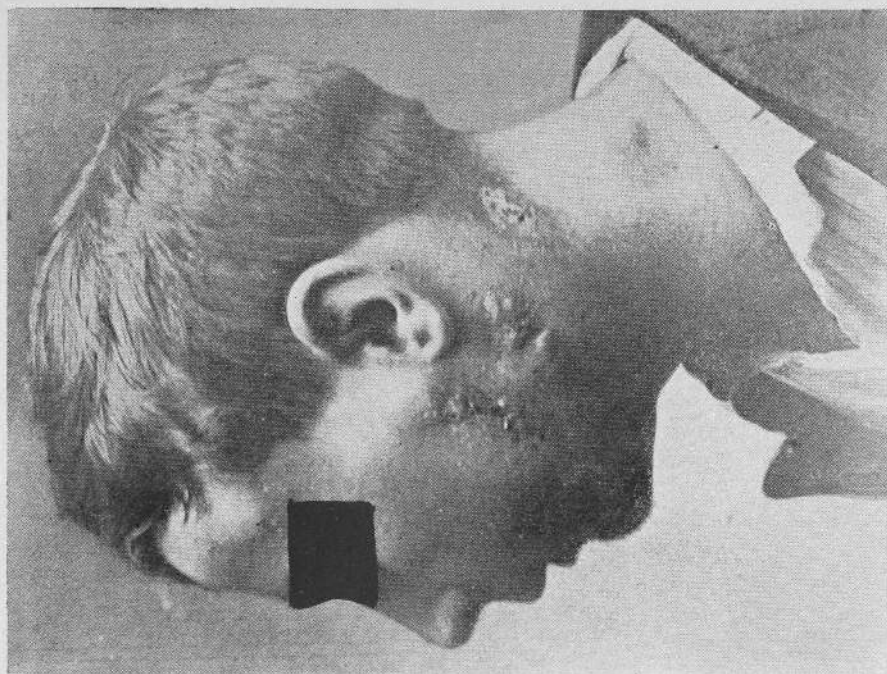
Enfermedad actual — Hace dos años que llegó a Buenos Aires, y en seguida de su arribo a ésta, notó en el costado izquierdo del cuello (no fija bien la región), una pequeña bolita, que era movable, luego reconoció que al lado de ésta había otras más y que iban aumentando de volumen, por lo que se decidió a consultar un facultativo, quien intervino extrayendo cinco ganglios; dos del tamaño de una nuez y tres más pequeños, en julio de 1914. Es dado de alta a los 25 días de la operación.

A las seis semanas vuelve a consultar al médico porque otros ganglios se hallan hipertrofiados; se hace una punción con una jeringa y se extrae cierta cantidad de pus, por lo que se resuelve de nuevo intervenir; es dado de alta en enero de 1915,

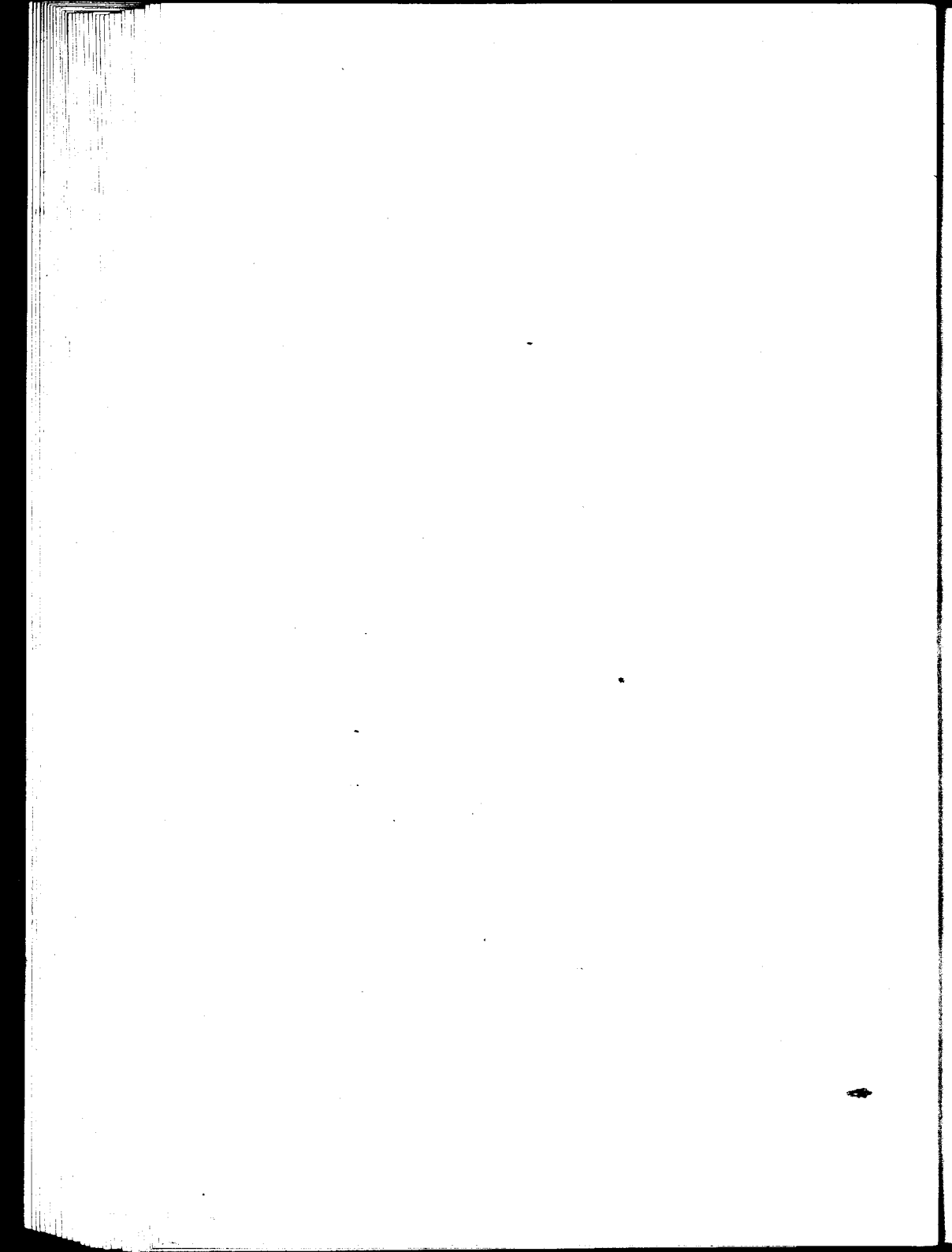


Fotografía N. 1

Antes del tratamiento



Fotografía N. 2



pues ya no se nota nada en su cuello, salvo las cicatrices debido a las intervenciones anteriores.

Estado actual (febrero 6) — Sujeto bien constituido, buen panículo adiposo, no hay deformaciones esqueléticas, tiene buen apetito.

Se presenta al servicio, aconsejado por un médico que fué consultado; por un abultamiento que ocupa el lado izquierdo del cuello, abarcando las regiones externo-cleido-mastoidea, parotídea y algo de la supra-clavicular y además fuertes dolores en las cicatrices anteriores.

Se le hace un examen clínico de sus órganos respiratorio, circulatorio y digestivo y se encuentran normales.

Examinado el tumor del cuello a la palpación presenta una resistencia leñosa, no se deprime aunque tiene cierta movilidad.

Por prescripción del profesor doctor Lanari se le hace una aplicación de rayos X de 5 H. y se saca una fotografía, recomendándole que vuelva a los 20 días (fotografías 1 y 2).

Febrero 26: Se le hace otra aplicación y manifiesta el enfermo que se encuentra lo mismo.

Marzo 14: Dice que los dolores de las cicatrices han desaparecido, el tumor conserva el mis-

mo tamaño, pero su consistencia no es tan dura como al principio.

Abril 3 y 27 : Se le hacen aplicaciones de 5 H.

Mayo 16 : El tumor ha disminuído de tamaño, molestando muy poco al enfermo ; se le saca otra fotografía (fotografía 3) y se le hace otra aplicación de rayos.

Junio 4 : No siente molestias ni dolores, el tumor ha desaparecido casi completamente, pero su consistencia es muy blanda, dando la sensación que existe pus muy líquido.

Junio 7 : Se hace una punción con una jeringa y se extrae 8 cms³. de pus, luego se hace un lavado con aceite gomenolado.

Junio 26 : Se le hace una irradiación con 5 unidades, no se percibe el tumor a simple vista, se nota otro ganglio pequeño reblandecido.

Junio 29 : Se extrae por una pequeña incisión un poco de pus.

Julio 18 : A la palpación no se nota ningún ganglio ; se le hace otra aplicación de rayos.

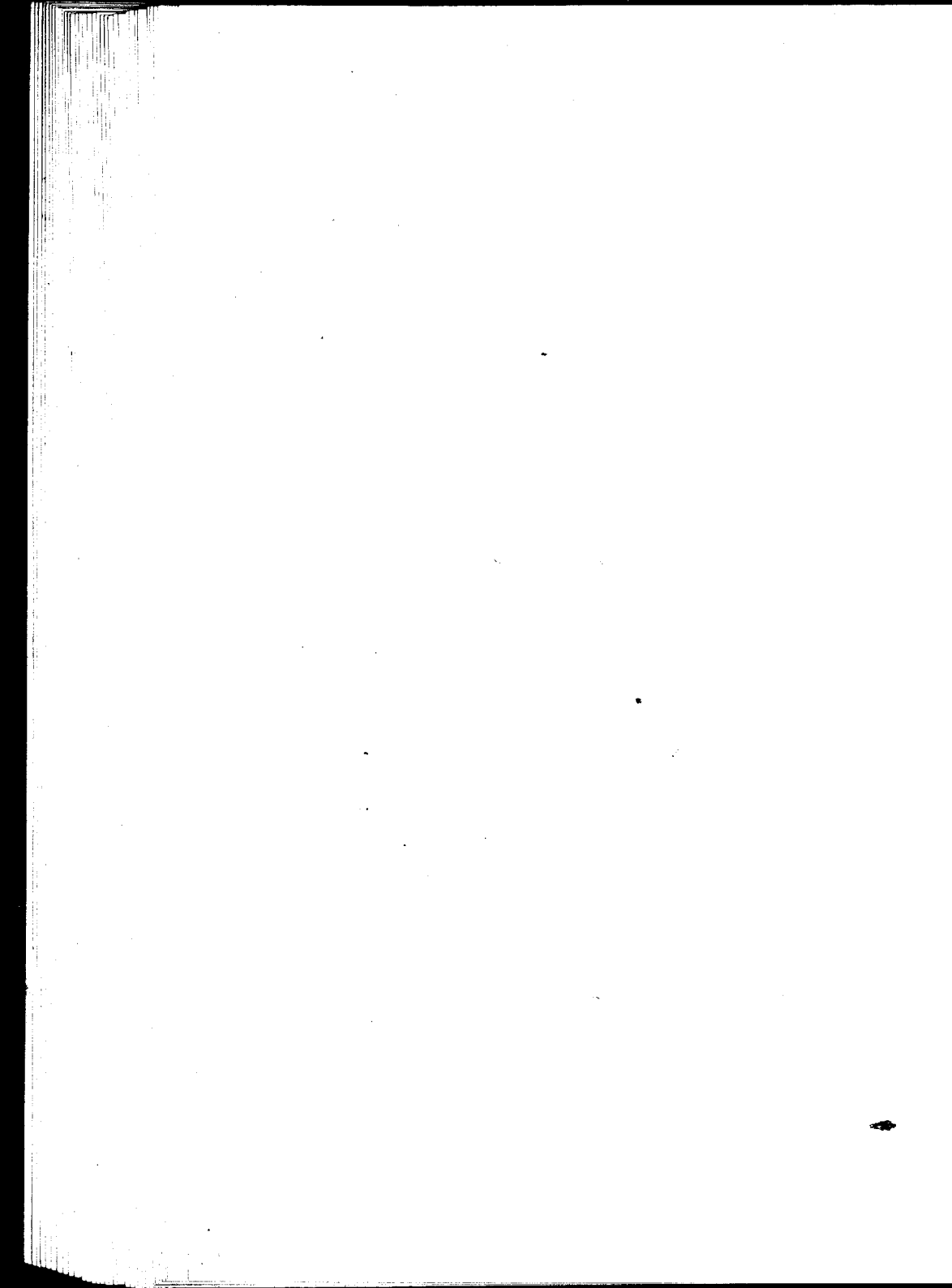
Agosto : Se hacen dos aplicaciones de rayos X.

Septiembre 2 : Como no se nota ningún ganglio desde el mes de julio, es dado de alta en esta fecha.



Fotografía N. 3

Durante el tratamiento



HISTORIA II

J. L., 18 años, mucama, soltera, argentina.

Antecedentes hereditarios — Padres muertos, no conoce las enfermedades que las ocasionaron, pero dice que la madre estuvo mucho tiempo enferma atacada de tos. Un hermano muerto tuberculoso.

Antecedentes personales — Unica enfermedad que ha padecido es sarampión a los 5 años, se resfría con mucha facilidad, no ha padecido de tos. Regló a los 14 años y sigue normalmente.

Enfermedad actual — En julio de 1914, notó que en el lado izquierdo del cuello aparecía un bultito del tamaño de una bolita que se movía entre los dedos.

Se le aconsejó helioterapia y se le suministraron tónicos durante tres meses; manifiesta la enferma que, a pesar de seguir estas indicaciones, el tumorcito iba en aumento por lo que resolvió ver otro médico, que le aconsejó radioterapia. Después de haber sido tratada durante catorce sesiones de 5 H. cada una, el tumor queda reducido al tamaño de un garbanzo y se le da el alta en diciembre de 1915.

Estado actual — La enferma se nos vuelve a presentar el 5 de febrero, por un nuevo tumor que ve que aumenta de tamaño, pero no ya en la región lateral izquierda del cuello, sino en la región parotídea derecha.

Examen clínico, nada de anormal, sólo dice la enferma haber adelgazado algo, sin poder precisar la cantidad.

A simple vista se ve el tumor del cuello que levanta los tegumentos, es indoloro y no le molesta; a la palpación uno se encuentra con una masa dura del tamaño de un huevo de paloma, que se encuentra libre; pues se desliza con facilidad al tratar de tomarlo.

El profesor doctor Lanari aconseja hacer radioterapia y se le hace una aplicación de 5 H. con filtro de 1 m.m. de aluminio.

Vuelve al servicio a los 17 días y se le hace otra aplicación de 5 H. y sigue concurriendo. En la tercera aplicación se nota que el tumor empieza a ablandar por su centro.

Mayo 12: Se hace la séptima aplicación con la misma intensidad que las anteriores y ya el tumor casi no existe, pidiendo la enferma el alta, pero por pedido del autor de la tesis sigue tratándose y el tumor queda reducido a una pequeña bolita.

que sólo se nota a la palpación y de consistencia dura.

Agosto 22 : El tumor ha quedado reducido al tamaño de un garbanzo, es duro, movable e indoloro. Se le hace una aplicación de 4 H. y se le da el alta.

HISTORIA III

N. A., argentina, 19 años, soltera, q. d.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto hace 14 años, ignora la enfermedad, madre muerta hace un año y medio, después de haber sufrido mucho tiempo no sabe qué enfermedad. Un tío ha padecido de un tumor blanco en una rodilla y después de cuatro años ha curado bien, según manifiesta la enferma.

Antecedentes personales — En la primera infancia coquelumche, a los 7 años sarampión ; dice que desde chica pasa casi íntegro el invierno resfriada. Regló a los 13 años, que las reglas fueron de cuatro días hasta hace un año y medio que van disminuyendo y en la actualidad no alcanza a tenerla un día.

Enfermedad actual — Hace nueve meses y medio que notó en la región lateral derecha del cuello, a la altura del ángulo del maxilar inferior, una dureza que se movía entre los dedos del tamaño de una bolita y que era indolora. Como viese que aumentaba de volumen decidió ver un médico que le recetó aceite de hígado de bacalao. Después de dos meses más y como el tumor le molestase, consultó otro médico que le recomendó radioterapia.

Estado actual (enero de 1916) — Enferma bien desarrollada, buen panículo adiposo, no hay deformaciones esqueléticas.

Examen clínico: nada de anormal.

En la región lateral derecha del cuello se observa un gran abultamiento, siguiendo la dirección del músculo externo-cleido-mastoideo, de 7 cm. de largo por 4 de ancho, recubierto por una piel algo enrojecida. Este tumor a la palpación nos da una resistencia muy dura, es inmóvil e indoloro y que por su tamaño causa molestia a la enferma (fotografía 4).

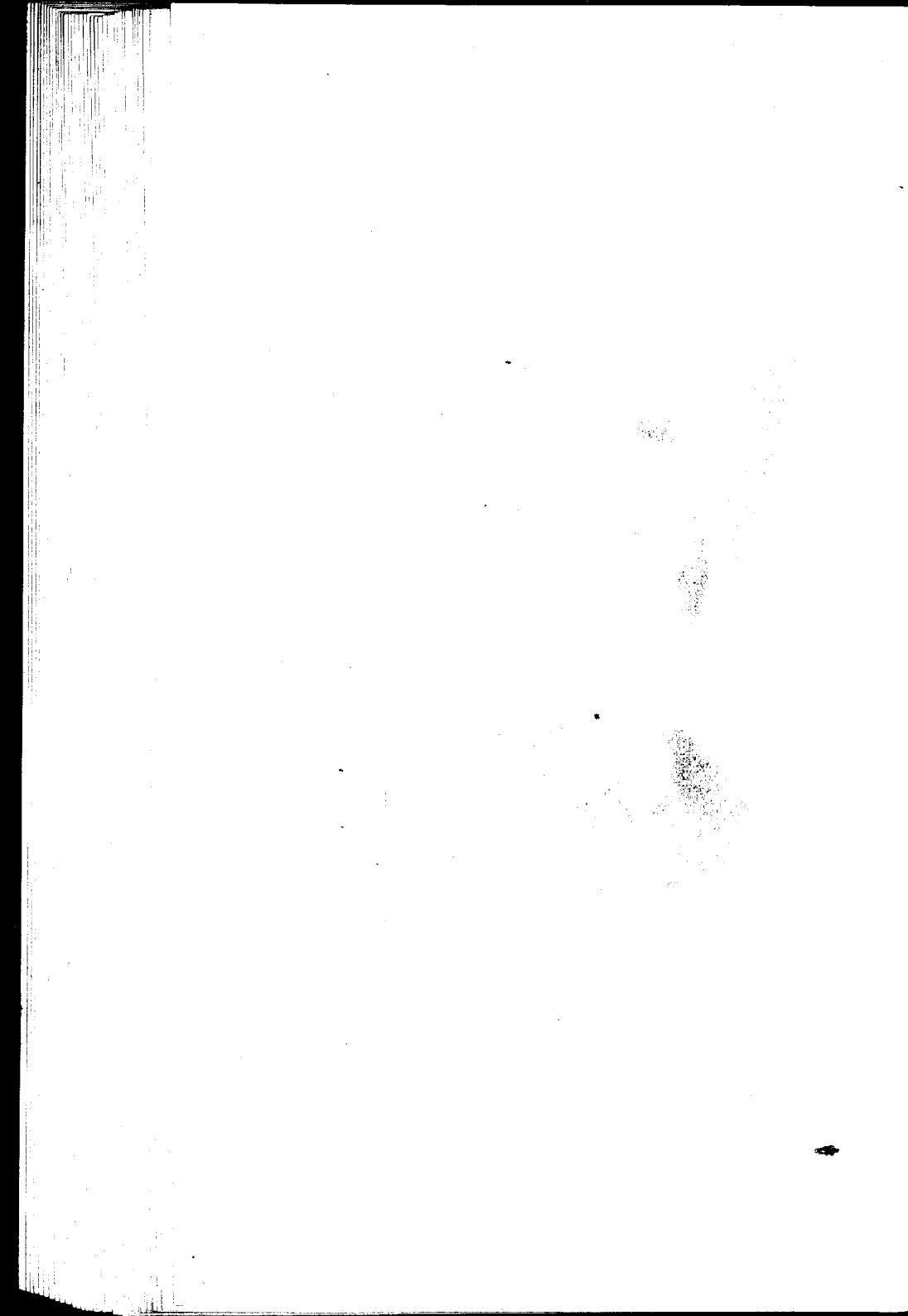
Se le hace una aplicación de rayos X de 5 H., que se le repite a los 18 días después.

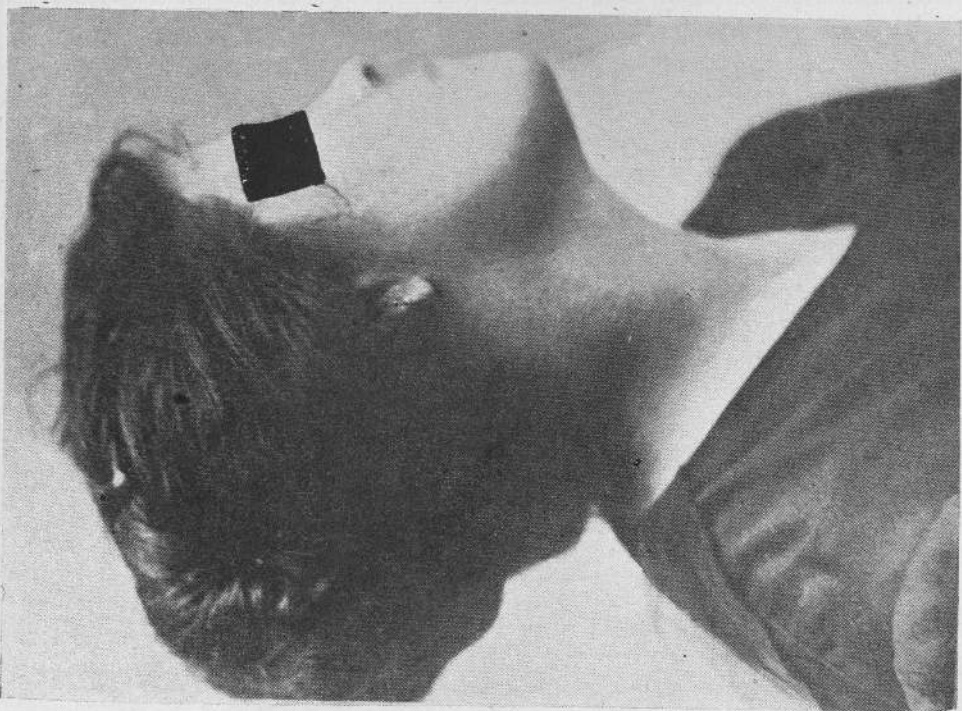
Febrero 24: Palpando el tumor notamos que ha empezado a ablandarse en su centro; pero la piel se ha puesto más roja que antes, que hay tem-



Fotografía N. 4

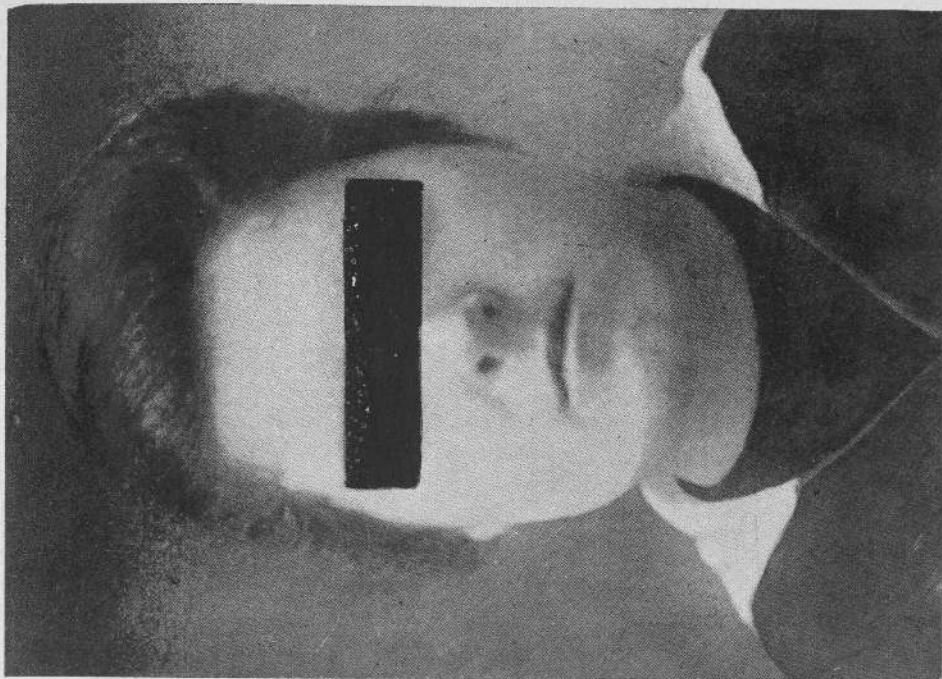
Antes del tratamiento





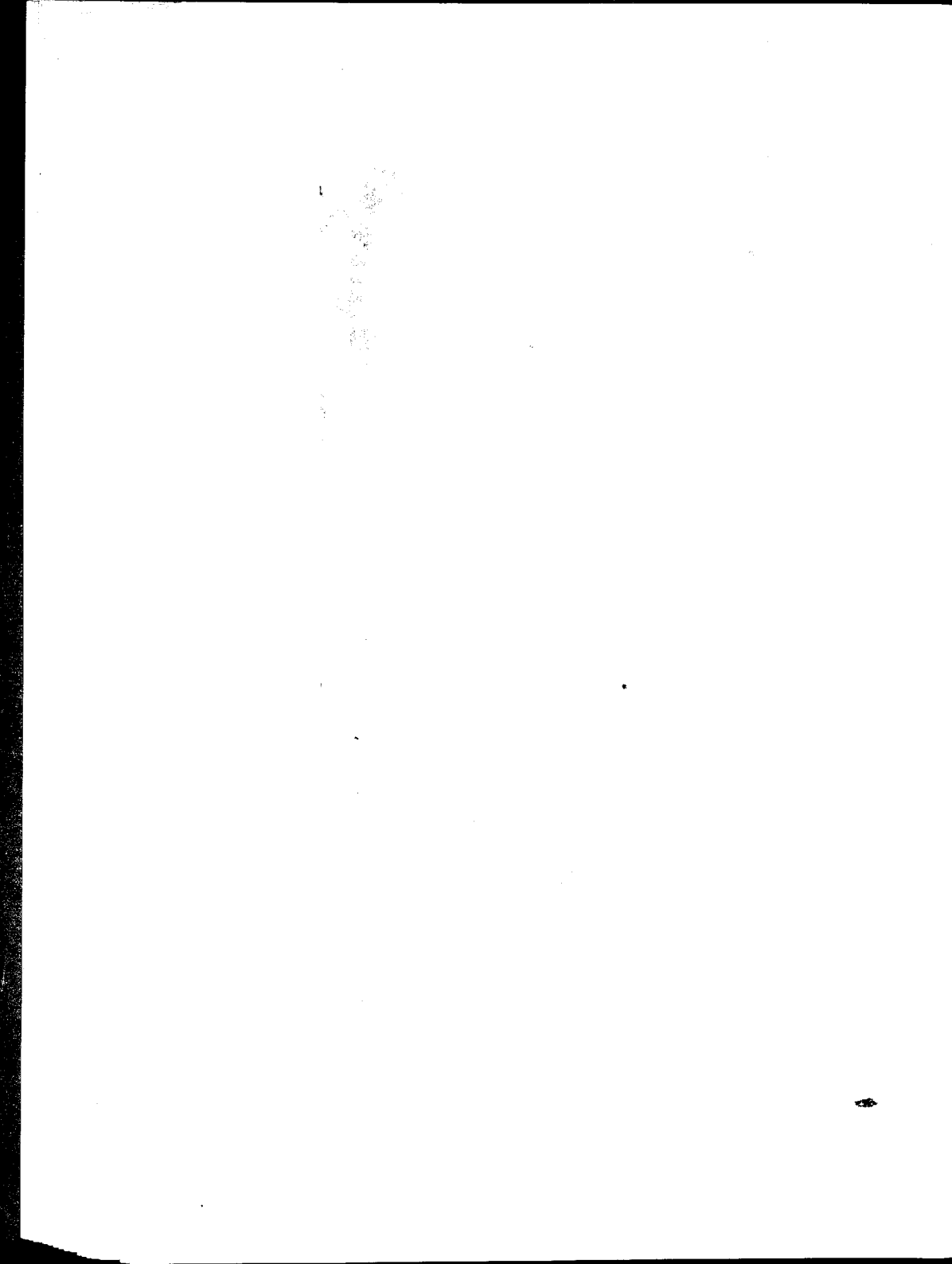
Fotografía N. 5

Durante el tratamiento



Fotografía N. 6

Después del tratamiento



peratura local acompañada de dolores bastante intensos. Se hace una punción con una jeringa y no se consigue extraer nada. Se hace una nueva aplicación de 5 H.

Marzo 12 : El tumor tiene el mismo volumen, pero es mayor la superficie reblandecida, se extrae por medio de una jeringa un poco de pus y se le siguen haciendo otras aplicaciones de rayos.

Mayo 30 : El tumor ha disminuído más de la mitad de su volumen y ha desaparecido el dolor y la rubicundez de la piel ; se sigue el tratamiento. La enferma ha aumentado seis kilos de peso. (fotografía 5).

Junio 18 : Presenta de nuevo la piel roja un poco dolorida ; a la palpación hay sensación de líquido. Se trata de hacer una punción con una jeringa, pero sin ningún resultado.

Junio 20 : Como se nota que la piel está por ulcerarse se le hace una pequeña incisión, por donde sale una cantidad de pus, se le hace un lavaje con aceite gomenolado.

Julio 11 : Ha desaparecido el tumor y la rubicundez de la piel, la incisión ha curado muy bien, no existen dolores. Desde el principio del tratamiento hasta la fecha ha aumentado en su peso 16 kilos. (fotografía 6).

Julio 28 : Se hace una aplicación de 5 H.

Agosto 19: A la inspección no se nota nada de anormal. A la palpación se descubre un pequeño núcleo duro, que es indoloro y se halla libre. Se siguen haciendo aplicaciones de 5 H.

HISTORIA IV

M. D. A., 30 años, casada, argentina, q. d.

Antecedentes hereditarios — Madre muerta de peritonitis, no sabe de qué origen; padre sano. Tiene un tío que ha padecido de la misma enfermedad, pero que ha curado en la actualidad; tiene un hermano que sufre desde hace siete años de adenitis ganglionar y ha sido operado dos veces, pero de nuevo le han vuelto a aparecer, acompañado de lesión del vértice izquierdo.

Antecedentes personales — Sarampión y difteria en la primera infancia. Regló a los 17 años, casó a los 24 años, habiendo tenido un hijo que nació a término y es sano. Manifiesta la enferma que desde el parto hasta la fecha nota que ha enflaquecido bastante sin poder decir la cantidad de kilos.

Enfermedad actual — Hace dos años y medio que notó en la región supra-clavicular derecha una

pequeña elevación de la piel, que al tacto daba la sensación de una bolita que se movía entre los dedos y que no estaba fija a la piel.

Se le recetaron tónicos y algunos medicamentos, y dice la enferma que creyó había desaparecido del todo, abandonando el tratamiento.

Hace unos ocho meses que volvió a notar, la bolita anterior, volviendo en seguida al tratamiento de antes, pero como notase que en lugar de disminuir iba en aumento consultó otro médico que le aconsejó aplicaciones de radioterapia.

Estado actual — Enferma en regular estado de nutrición, pobre en panículo adiposo, mucosas bastante anémicas, no hay deformaciones óseas.

Examen clínico: nada de anormal.

A la inspección se observa en el lado derecho del cuello un abultamiento del tamaño de una mandarina, la piel en esa región color normal (fotografía 7).

A la palpación observamos que el tumor es indoloro, de consistencia dura y que está adherido a la piel, no pudiéndolo separar del sitio.

Se le somete al tratamiento de radioterapia aplicando en cada sesión 5 H.; después de la tercera aplicación notamos que el tumor ha disminuído de tamaño y que se ha ablandado.

Junio 3 : El tumor se ha reducido al tamaño de una avellana.

Junio 22 : A la palpación profunda notamos una pequeña dureza del tamaño de un garbanzo que es movable e indolora. Se le aplican rayos.

Julio 18 : No se nota nada ni a la inspección, ni a la palpación, se le hace otra aplicación (fotografía 8).

Agosto 19 : Se hace una nueva aplicación y se le encarga que vuelva después de un mes.

HISTORIA V

M. V., 18 años, argentino, soltero, empleado.

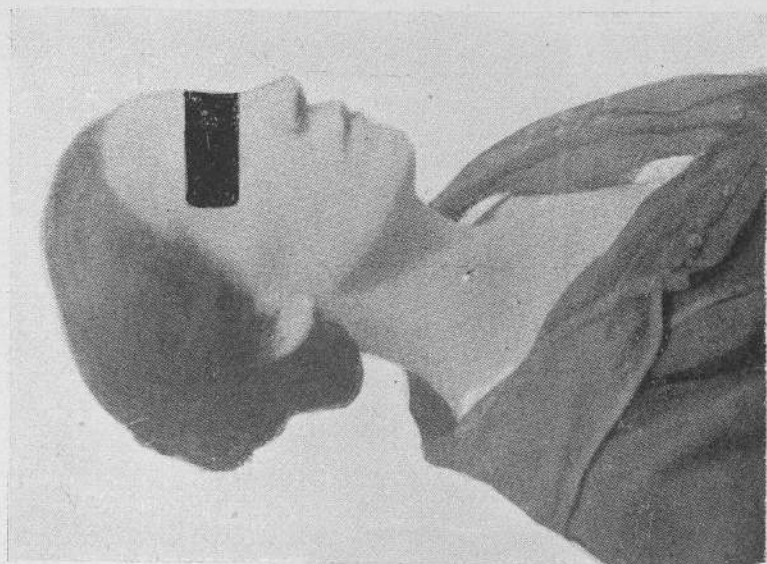
Antecedentes hereditarios — Padre muerto hace cinco años, no sabe de qué enfermedad ; madre viva y es sana. Un hermano muerto a los 14 años, no precisa la causa. Una tía ha padecido de adenitis, que desaparecía la inflamación ganglionar cuando seguía el tratamiento médico que consistía en baños de mar, para reaparecer de nuevo en cuanto volvía a la ciudad ; dice que desde hace tres años después de haber sido tratada con rayos X no le han aparecido más.

Antecedentes personales — A los 5 años sarampión y a los 7 tos convulsa que curó bien, has-



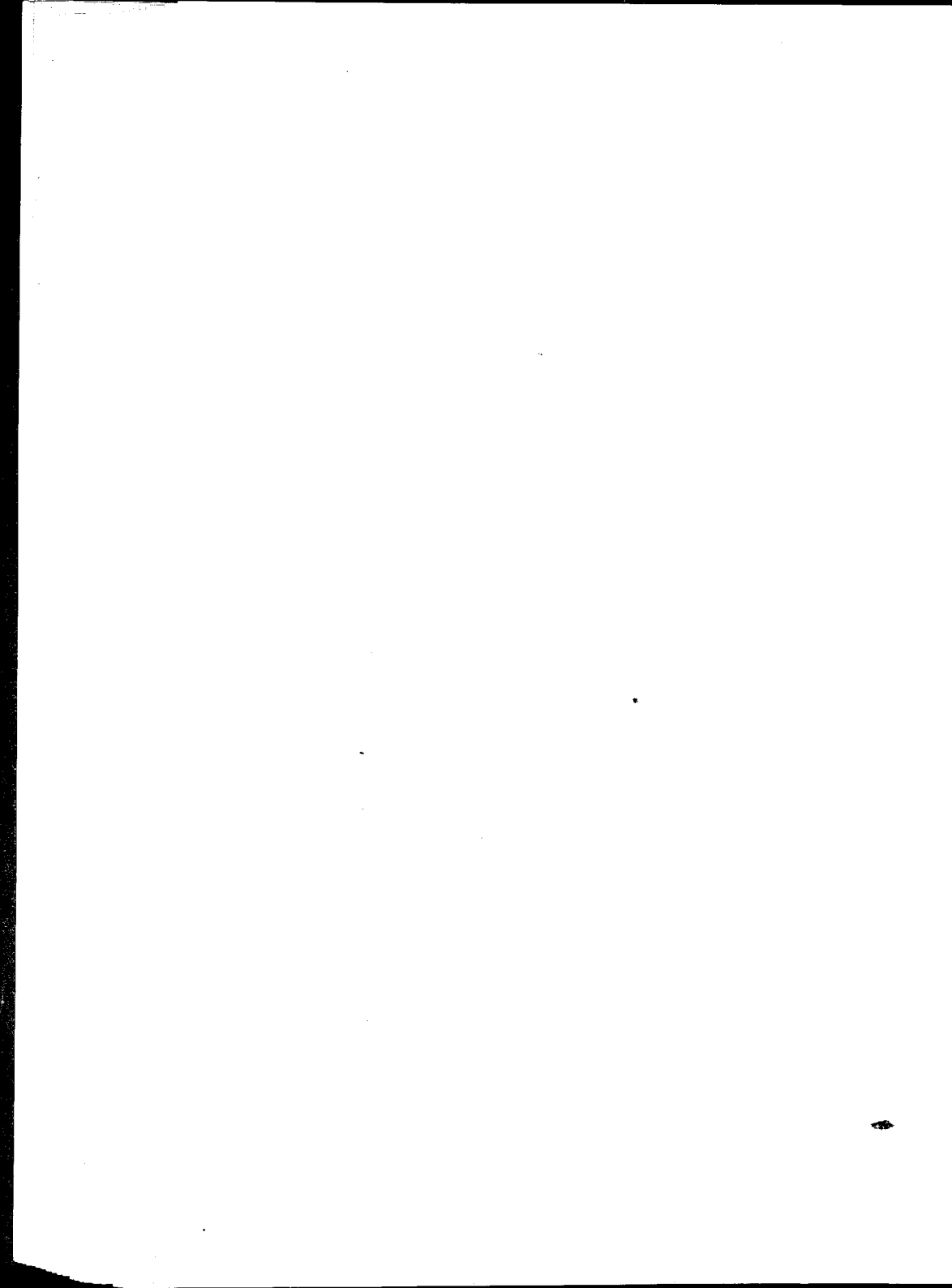
Fotografía N. 7

Antes del tratamiento



Fotografía N. 8

Después del tratamiento



ta la enfermedad actual no ha padecido de nada más.

Enfermedad actual — Hace cinco años que notó en las regiones laterales del cuello unas pequeñas bolitas, que no le molestaban, pero que iban aumentando de volumen progresivamente, sobre todo la del costado derecho, por lo que resuelve consultar un facultativo, quien le receta un remedio por gotas y una pomada para el cuello; después de seguir el tratamiento durante ocho meses, el mismo médico le aconseja que venga a este servicio para ser tratado con rayos X.

Estado actual (diciembre de 1915) — Sujeto en buen estado de nutrición. no hay deformaciones esqueléticas; examen clínico y radioscópico, no se observa nada de anormal.

Observando el cuello se rota en la región lateral derecha un tumor del tamaño de una mandarina que a la palpación nos da una resistencia dura, es móvil e indoloro. En el lado izquierdo, notamos al tacto que existen 5 o 6 ganglios del tamaño de una bolita y que tienen las mismas cualidades que las anteriores.

Por orden del profesor doctor Lanari se le hace una aplicación de rayos X de 5 H., con filtro de aluminio, en el costado derecho del cuello y se

le indica que vuelva a los dos días para hacer otra aplicación en el costado izquierdo ; estas aplicaciones siguen efectuándose cada 18 o 20 días.

Marzo de 1916 : El tumor del costado derecho ha disminuído a la mitad de lo que era, la cadena ganglionar que se notaba en el costado izquierdo ha desaparecido y no se palpa ningún ganglio.

Mayo 29 : Después de doce aplicaciones de rayos en el lado derecho del cuello, sólo se notan dos o tres ganglios del tamaño de una avellana, que son muy duros y que están libres, se le sigue tratando, aunque ya se encuentra casi curado.

Junio 16 : Se le hace una irradiación.

Julio 2 : Una nueva aplicación.

Julio 23 : Se le hace otra aplicación y se le da de alta.

HISTORIA VI

D. E. I., argentina, estudiante.

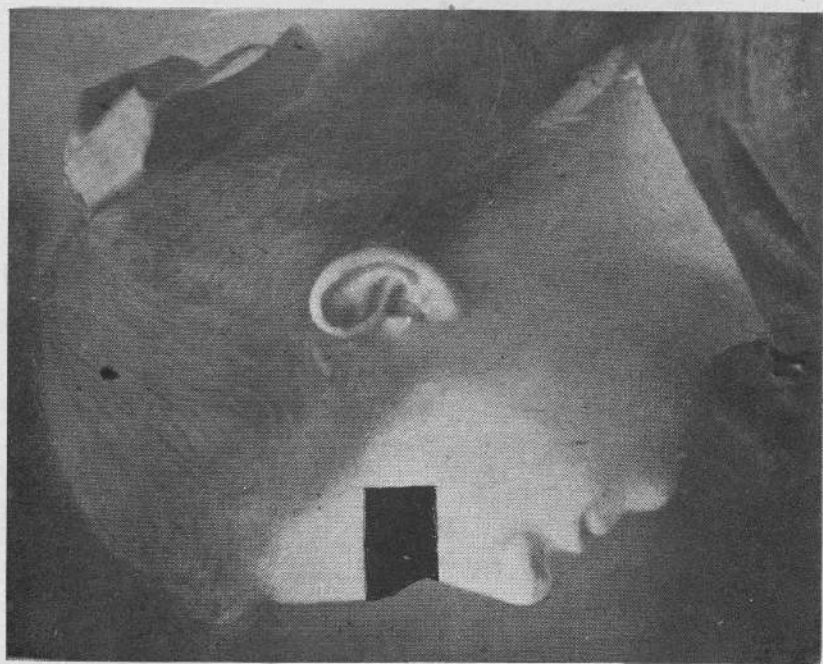
Antecedentes hereditarios — Madre muerta hace siete años, padre vive y dice ser sano. Dos hermanos muertos por bacilosis pulmonar, cinco restantes son sanos.

Antecedentes personales — A los dos años ha presentado ataques que se le repitieron hasta cum-

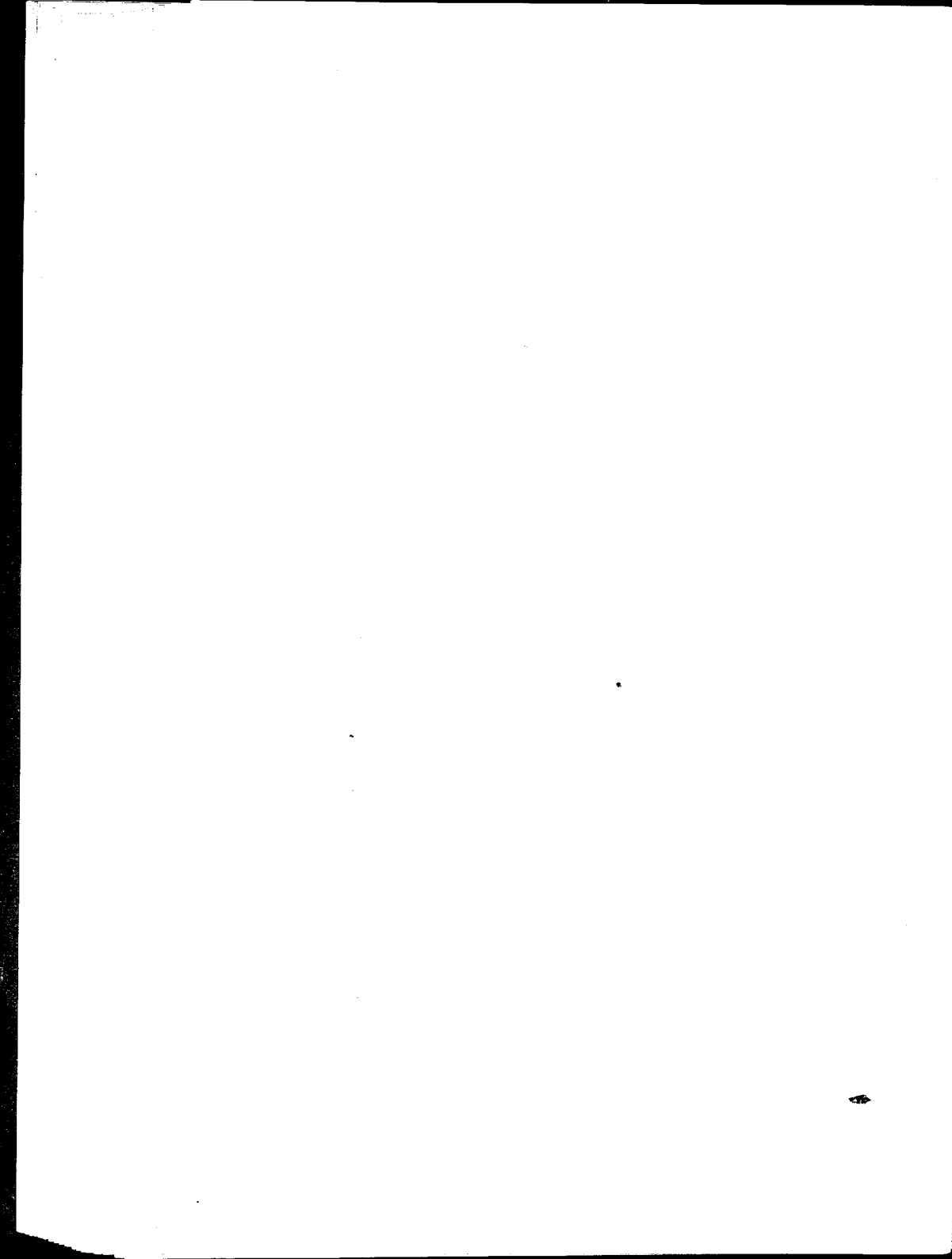


Fotografía N. 10

Antes del tratamiento



Fotografía N. 9



plir cinco, de la forma epiléptica. A los seis años sufrió de fiebre que le obligaron guardar cama durante 55 días, al cabo de los cuales curó. Después ha padecido de coqueluche y sarampión.

Enfermedad actual — Hace un año y medio que le notaron en la región parotidea izquierda un abultamiento que no le dieron importancia por no molestarle a la enferma. Hace seis meses vieron que en el costado derecho del cuello, región parotidea, se formaba un tumor en la misma forma que el del lado opuesto; pero, diferenciándose del anterior en que éste crecía mucho más rápido, por lo que resuelven traer a la enferma al hospital.

Estado actual (enero de 1916) - Enferma con buen desarrollo de tejido adiposo, no existen deformaciones. Examen clínico y radioscópico, nada de particular. Se queja desde hace un mes y medio de un dolor localizado en la columna vertebral a la altura de la unión de la primera con la segunda vértebra dorsal; además tiene tos con algo de expectoración. Se mandan los esputos al laboratorio, y nos manifiestan que no hay bacilos de Koch.

En el cuello observamos: en el lado derecho, un tumor del tamaño de un huevo de gallina, duro y no movible; en el lado izquierdo otro de meno-

res dimensiones del tamaño de una nuez (fotografías 9 y 10).

Se le hace una aplicación a cada lado del cuello de 5 H. con filtro de un m.m. de aluminio y se le receta para la tos.

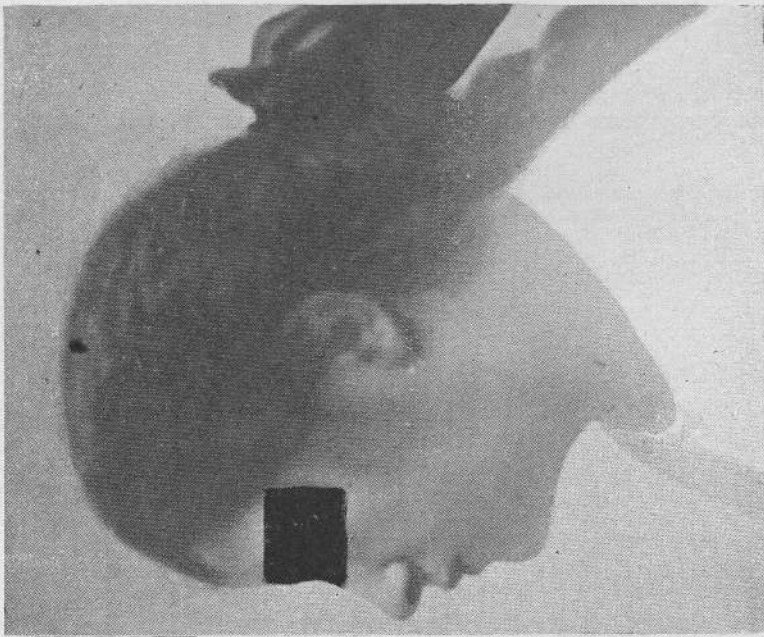
Marzo de 1916: La tos ha desaparecido, lo mismo que el dolor de la columna. Los tumores del cuello han disminuído de tamaño, el del lado derecho presenta una consistencia más blanda y ahora se le puede mover algo. Se le siguen haciendo aplicaciones de rayos X con la misma intensidad de antes, separadas con intervalos de 17 a 20 días.

Junio 3 de 1916: Los ganglios del costado izquierdo han quedado reducidos al tamaño de un garbanzo, con una consistencia muy dura y son indoloros a la presión; los del lado derecho todavía se notan a la palpación, teniendo un tamaño de una bolita; se ve una franca mejoría.

Junio 26: No se nota nada en el cuello; la enferma ha aumentado 9 kilos. Se le irradia.

Julio 17: Han desaparecido a la palpación todos los ganglios. Se le hace otra aplicación (fotografías 11 y 12).

Agosto 5: No se descubre nada de anormal. Es dada de alta.

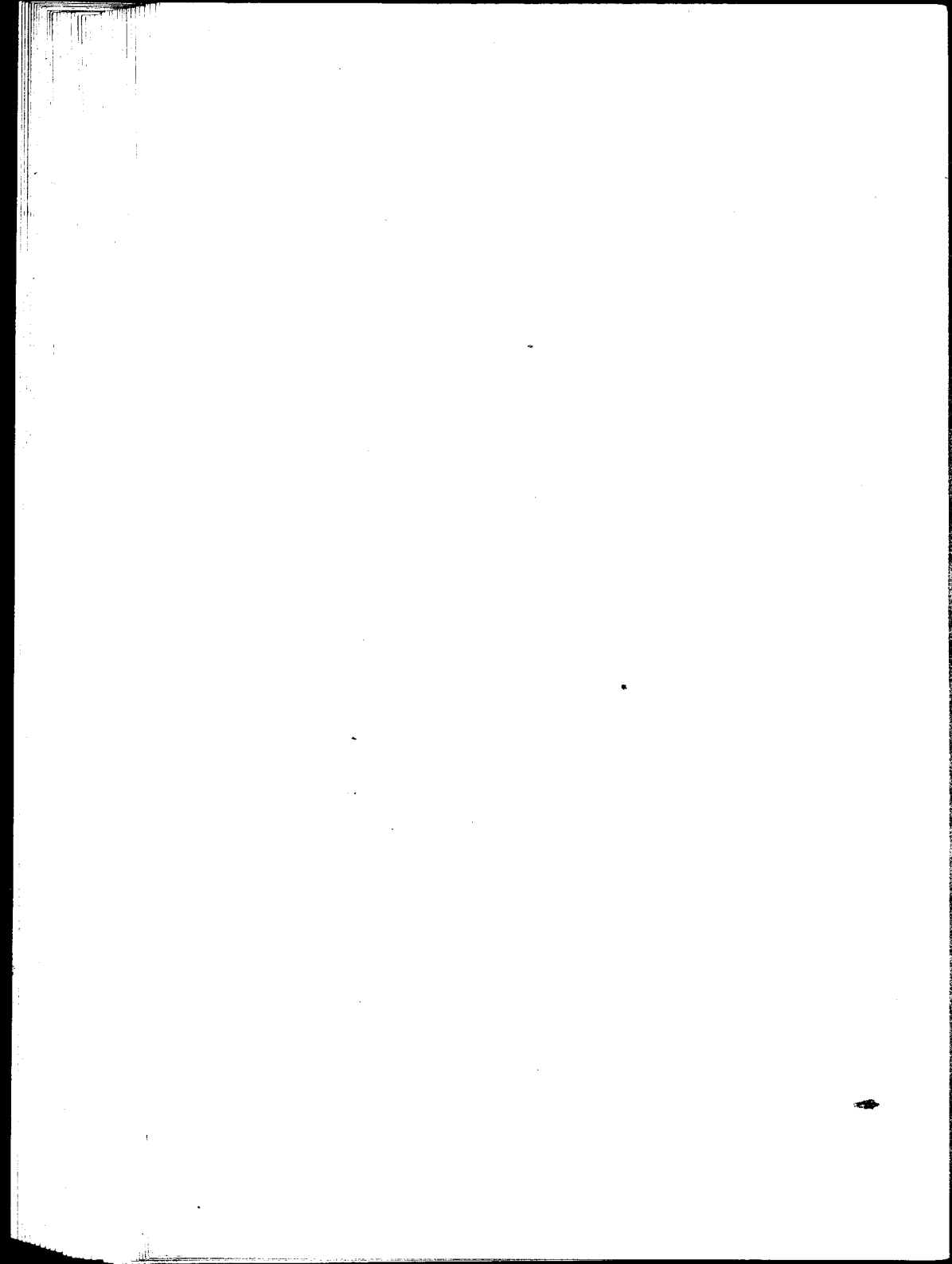


Fotografía N. 11

Después del tratamiento



Fotografía N. 12



HISTORIA VII

M. D. de G., 25 años, argentina, casada, q. d.

Antecedentes hereditarios — Sin ninguna importancia.

Antecedentes personales — A los dos años sarampión, a los 4 años coqueluche. A los 10 años le hicieron extirpación de amígdalas; manifiesta que antes de ser efectuada esta operación, se resfriaba muy a menudo, lo que no pasa desde esa fecha.

Ha sufrido hasta los 16 años de fuertes dolores gástricos. Menstruó a los 16 años y siguen normales hasta la fecha. Se casó a los 21 años, habiendo tenido un aborto y un hijo que tiene tres años de edad que es sano.

Enfermedad actual — Hace tres años que notó en la región supra-clavicular derecha, una bolita que se deslizaba bajo la presión de los dedos. Como viese que iba aumentando, a los dos meses consultó un médico, quien le hizo varias aplicaciones de corriente de alta frecuencia en esa región; como viese que seguía aumentando de tamaño hasta ser igual a una mandarina, se decidió venir a este servicio en noviembre de 1914, donde se le hacen

seis aplicaciones de rayos X. Manifiesta la enferma que después de la sexta aplicación el tumor se había reducido al tamaño de una nuez, y creyó innecesario seguir concurriendo al hospital.

Estado actual (noviembre de 1915) — Enferma en regular estado de nutrición, mucosas bastante anémicas. Examen clínico y radioscópico nada de anormal.

Se nota en la región supra-clavicular derecha un tumor del tamaño de un huevo de gallina, de consistencia dura y que le produce dolores en esa región.

En noviembre de 1915, se le hace una aplicación de rayos X de 5 H. con filtro de aluminio.

En febrero de 1916 se le hace la sexta aplicación y manifiesta la enferma que ha desaparecido por completo el dolor; el tumor tiene el tamaño de una nuez.

Mayo de 1916: A la inspección ya no se nota el tumor y a la palpación nos encontramos con una esferita del tamaño de una bolita, de consistencia dura y que escapa de los dedos al querer ser tomada.

Junio: Se le hacen dos aplicaciones.

Julio 20: Tanto a la inspección como a la pal-

pación no se nota nada, se le hace una nueva aplicación y se le recomienda que vuelva a los 30 días.

Agosto 22 : Manifiesta la enefrma que se encuentra muy bien. Se hace un examen prolijo y no se descubre nada, por lo que es dada de alta en este día, habiéndose hecho una nueva aplicación de 4 H.

HISTORIA VIII

N. D., 11 años, argentino, estudiante.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión siendo muy chico (no sabe a qué edad), a los tres años fué atacado de escarlatina, que le obligó guardar cama durante setenta y cinco días, al cabo de los cuales curó. Hasta cumplir nueve años, manifiesta la familia que fué muy débil, que siempre estaba decaído, no teniendo voluntad ni para jugar con sus compañeros; alarmados porque el niño había perdido siete kilos de peso en tres meses, resuelven ver un médico, quien le aconseja que lo lleven al campo, que haga ejercicio y le receta un tónico. Después de estar seis meses en las sierra de Córdoba, el niño se repuso aumentando 10 kilos.

Enfermedad actual — Hallándose en el campo notó que en la región lateral derecha del cuello había unas bolitas que eran movibles, que iban aumentando de volumen, por lo que fué traído a Buenos Aires y consultado un médico quien indicó una intervención, que se llevó a cabo en marzo de 1915; se le extrajeron tres ganglios, dos del tamaño de un huevo de paloma y uno más chico. En mayo de 1915, se le da el alta y se le aconseja que vuelva al campo, lo que hace en seguida, quedando hasta enero de 1916.

Estado actual (enero de 1916) — Enfermo en buen estado de nutrición, con buen apetito y bastante fuerza; se hace un examen clínico y otro radioscópico sin hallar nada de anormal.

Viene al consultorio mandado por el profesor A. para que se le hagan aplicaciones de rayos X.

Examinado el cuello se nota en la región supra-clavicular derecha, una cicatriz con bordes rojos, con dolores a la presión superficial y si ésta se hace profunda se ve salir por tres puntos situados encima de la cicatriz, pus. Dice el enfermo que desde la operación siempre manchó sus gasas, lo mismo que ahora, pero la secreción del pus, en estos últimos días va en aumento.

Enero 1916: Se le hace la primera aplicación de rayos con cinco H.

En abril de 1916 se le hace la quinta aplicación, con la misma intensidad, los dolores que se notaban antes, cuando se ejercía cierta presión sobre la cicatriz han desaparecido lo mismo que el pus y a la palpación profunda se descubren cuatro núcleos pequeños, duros e indolores.

Junio 8: Se le hace por novena vez aplicación de rayos. Como han desaparecido los trayectos fistulosos, el pus y la rubicundez de la piel, es dado de alta, no sintiendo ninguna molestia desde el mes de abril.

HISTORIA IX

A. H., argentino, soltero, 20 años, empleado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No ha padecido de ninguna enfermedad, hasta los 18 años, que tuvo un chancro en la base del glande, seguido de adenitis ganglionar, que desapareció al cabo de un mes. Se le diagnosticó sífilis, siguiendo tratamiento con pomada mercurial durante tres meses, al cabo de

los cuales lo abandonó por no sentir nada que le molestase.

Enfermedad actual — Manifiesta que hace un año y medio, notó en ambos lados del cuello unas bolitas móviles del tamaño de un garbanzo, que luego creyó que habían desaparecido. Hace seis meses que esos pequeños núcleos van aumentando de volumen sin causarle ninguna molestia y recién hace quince días que se presentó a un médico para ser examinado, quien le aconsejó tratamiento con rayos X.

Estado actual (diciembre de 1915) — Sujeto robusto, peso 86 kilos, no existen deformaciones, fuerzas bien conservadas, examen clínico nada de anormal, examen radioscópico algunos ganglios pequeños, peribrónquicos. Reacción Wassermann muy netamente positiva.

A la inspección se observa a ambos lados del cuello, masas que hacen prominencias hacia el exterior. A la palpación se nota que son cadenas ganglionares hipertrofiadas, duras a la presión, que están fijas e indoloras.

Se le aconseja seguir tratamiento antisifilítico y se le hace la primera aplicación de rayos X, en diciembre 4 de 1915, con 6 H. y filtro de aluminio de 1 m.m. de espesor.

Diciembre 29 : Se presenta de nuevo el enfermo quejándose, porque los ganglios han aumentado de volumen, molestándole en el momento de la deglución, sobre todo si son sustancias sólidas. La piel del costado izquierdo del cuello se ha puesto roja, hay dolor espontáneo en toda la región, los ganglios no tienen la dureza que presentaban en el examen anterior. Se le hace una aplicación de 5 H.

Enero 5 : Vuelve el enfermo porque el dolor en la región izquierda no le permite dormir, tiene 37°2 de temperatura, la piel tiene un tinte rojo subido, a la palpación se nota una ola líquida. Se le hace una punción y se extraen 18 cm³. de pus. Se le hace un lavaje del ganglio con aceite gome-nolado.

Enero 15 : En la región lateral derecha hay un ganglio que se ha reblandecido, es bastante doloroso ; se hace una punción extrayéndose 5 cm³. de pus, sin quitar la aguja se le inyecta 3 cm³. de glicerina yodofórmica.

En la región de la izquierda, no hay dolor ; la piel está normal, se le hace una aplicación de 5 H.

En este momento se nota en las regiones axilar derecha e izquierda, varios ganglios, que no le producen molestias, son del tamaño de un garbanzo, se le hace una aplicación de 5 H. con filtro.

Febrero 5 y 24 : Se le hacen aplicaciones en el cuello y axilas.

En los meses de marzo y abril se siguen haciendo irradiaciones de 5 H.

Mayo 2 : Los ganglios axilares han desaparecido, en el cuello, se nota en el costado izquierdo, que era el más voluminoso, que han disminuído de tamaño los ganglios y que se hallan libres, pudiéndoseles separar. En el costado derecho, la mejoría es más pronunciada.

En los meses de mayo, junio y julio, se siguen haciendo aplicaciones con intervalos de 18 a 22 días.

Julio 28 : En el costado derecho del cuello, a la inspección ya no se nota nada, lo mismo que en el izquierdo, en aquel se descubre a la palpación siete bolitas del tamaño de un garbanzo, que son muy movibles e indoloras ; en el izquierdo todavía se descubre a la palpación dos ganglios del volumen de una avellana, son duros, movibles e indoloros. Se le hace una aplicación en cada lado del cuello de 5 H.

Agosto 22 : Los dos ganglios del costado izquierdo están reducidos a dos núcleos pequeños y muy duros. En el costado derecho del cuello no hay nada de anormal.

TÉCNICA

El principio fundamental en que se basa el tratamiento de la adenitis tuberculosa, consiste en hacer absorber en las regiones enfermas una dosis elevada de rayos, sin alterar la integridad de los tegumentos.

Contrariamente a la opinión de Bergonié, quien pretende que las radiaciones más eficaces parecen ser aquellas que producen una inflamación marcada de la piel, la mayoría de los radioterapéuticos (Béclère, Kienböck, Belot, Barjon, Redard, Barret, y entre nosotros el profesor doctor Lanari), recomiendan evitar a toda costa las reacciones inflamatorias de los tegumentos, que comprometen el resultado estético definitivo y obligan la suspensión del tratamiento.

Ciertos autores han creído, que tratando los ganglios tuberculosos por la radioterapia, los bacilos quedaban en libertad y pasaban al torrente circula-

torio, produciendo una tuberculosis miliar generalizada; pero hoy la mayoría sostiene que ésto no puede pasar, pues el bacilo ha perdido mucho de su virulencia y no es capaz de producir una granulía.

Lo común es usar rayos penetrantes, números 7 u 8 del radiocromómetro de Benoiat, que corresponden a 5 H. de la escala de Holzknocht. La ampolla está colocada a una distancia de 20 o 30 centímetros de la piel, pudiéndose reducir esta longitud en los casos de ganglios superficiales y limitados a una región poco extendida. Se usa en estos casos un filtro de aluminio de un m.m. de espesor.

Un filtro de 5 m.m. de espesor podrá ser ventajosamente utilizado, cuando se desea obrar sobre ganglios profundos, tales como en las adenopatías tráqueo-bronquiales, siendo las irradiaciones muy prolongadas, para tener la dosis normal, como lo demostró Belot, que era necesario una hora para obtener sobre los tegumentos una dosis de 5 H.

Es de muy buena práctica, siempre que sea posible, atacar los ganglios en todas las direcciones, como le llaman Barbarin y Bruneau de Laborié, «en forma de fuegos cruzados».

Cuando se tratan ganglios tuberculosos no es bueno limitar muy exactamente el ganglio, pues pueden existir en esa región infartos que la palpación no ha descubierto y que se desarrollarán ulterior-

mente, por lo que es conveniente extenderse un poco más de los límites que nos suministra la palpación.

Siempre que se trate de adenitis tuberculosa en jóvenes o adultos y que la piel de la región esté normal, podemos aplicar 5 H.; no pasa lo mismo cuando se trata de chicos o niños que debemos dar principio con tres o cuatro H. y seguir con estas dosis según la edad y el estado del paciente. Muchos autores emplean dosis menores, haciendo reducir el espacio que media entre una y otra aplicación (7 a 10 días).

Cuando se usan 4 o 5 H., el tiempo entre dos irradiaciones nunca debe ser menor de 15 días, para una misma región, pues podría producir la radiodermitis.

La técnica que seguimos en el servicio del Hospital de Clínicas, bajo la dirección del profesor doctor Lanari, es la siguiente :

1º Empleamos rayos de una dureza media o mejor todavía, radiaciones duras, es decir, rayos números 6, 7 o por encima, medidos por el radiocromómetro de Benoist o bien por la escala de Holzknecht medimos el tiempo que necesita el tubo para darnos 5 H.

2º La ampolla la colocamos a 15 cm. del tumor, con un localizador de vidrio de plomo, salvo

que la región sea muy extensa, en cuyo caso no lo usamos.

3° Usamos un filtro de aluminio, de vidrio o de cobre.

4° Siempre que sea posible irradiamos por el mayor número de lados de la región a tratarse.

5° Por regla general, nosotros elegimos para las irradiaciones de una región, la dosis superficial máxima (llamada también dosis normal, dosis de eritema o de depilación). Si la acción de esta primera dosis se muestra insuficiente al cabo de tres o cuatro semanas, aplicamos una segunda dosis máxima.

6° Siempre que sea posible damos la dosis íntegra en una sola sesión; si ésto no fuere posible por cualquier razón, la completamos en los días siguientes.

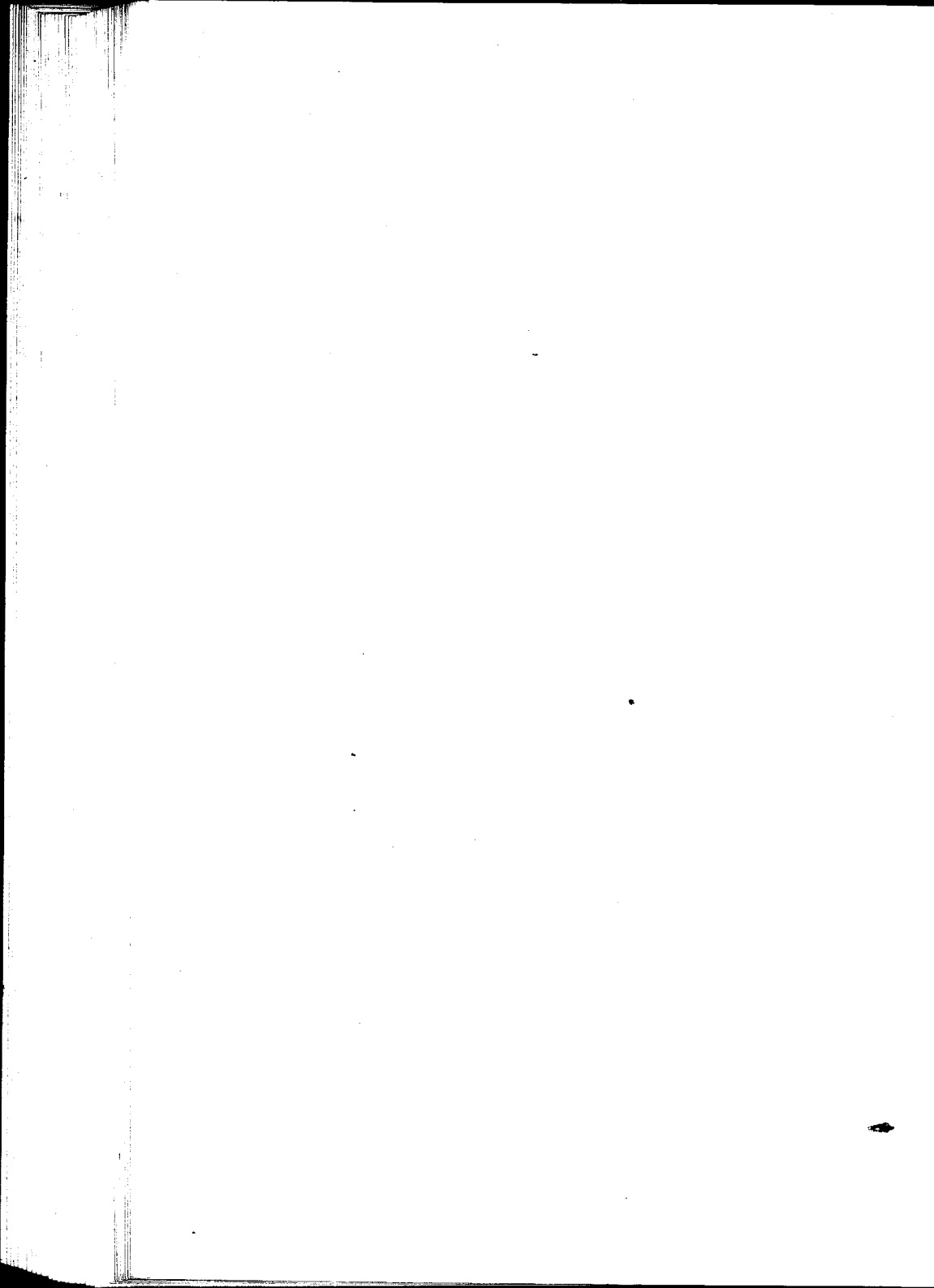
7° Determinar bien la dosis normal (5 H.).

8° Tratamos de limitar bien la región que se va a irradiar, ésto no quiere decir que sólo trataremos el tumor, sino también que pase un poco a la vecindad, para poder atacar ganglios que pueden existir en esa región.

9° Hacemos un examen clínico y radioscópico, para ver si hay ganglios mediastínicos o abdominales y poderlos tratar.

10. Durante el tratamiento y antes de cada

aplicación controlamos la regresión de los ganglios, a fin de saber el momento en que aquellos han desaparecido y evitar una exposición muy repetida de la piel a los rayos X. Esta inútil prolongación del tratamiento traería el inconveniente de provocar la atrofia de los tegumentos, dando ella misma la formación de telangestias siempre muy ingratas (radio-dermitis).



MECANISMO DE LA ACCIÓN

En lo que concierne al modo de actuar los rayos Röntgen sobre los ganglios tuberculosos, es necesario, primero, examinar la acción posible de las radiaciones sobre la causa de la afección: el bacilo de Koch. La acción bactericida debe ser eliminada.

Kienböck demostró que las radiaciones con dosis terapéuticas no comprometen la vida del bacilo y calculó que la dosis mortal es cuatro veces mayor que la dosis normal (5 H.). Como se comprende, esta dosis mortal no puede usarse sin tener grandes trastornos para la piel que recubre la región a tratarse.

Es por una acción directa sobre el tejido linfoideo que se puede explicar la influencia de la radioterapia sobre la tuberculosis ganglionar. Este hecho, fué demostrado y confirmado en 1903 por Heinecke, en Leipzig, después de muchas experiencias

sobre animales. En los animales muertos, dos horas después de haber sido expuestos a pequeñas radiaciones, él encontraba modificaciones muy netas en los corpúsculos de Malpighi, en los ganglios linfáticos o en los folículos del intestino. En algunos animales, constataba la degeneración nuclear; en el tejido linfoideo la muerte celular se produce algunos días o semanas después de la aplicación.

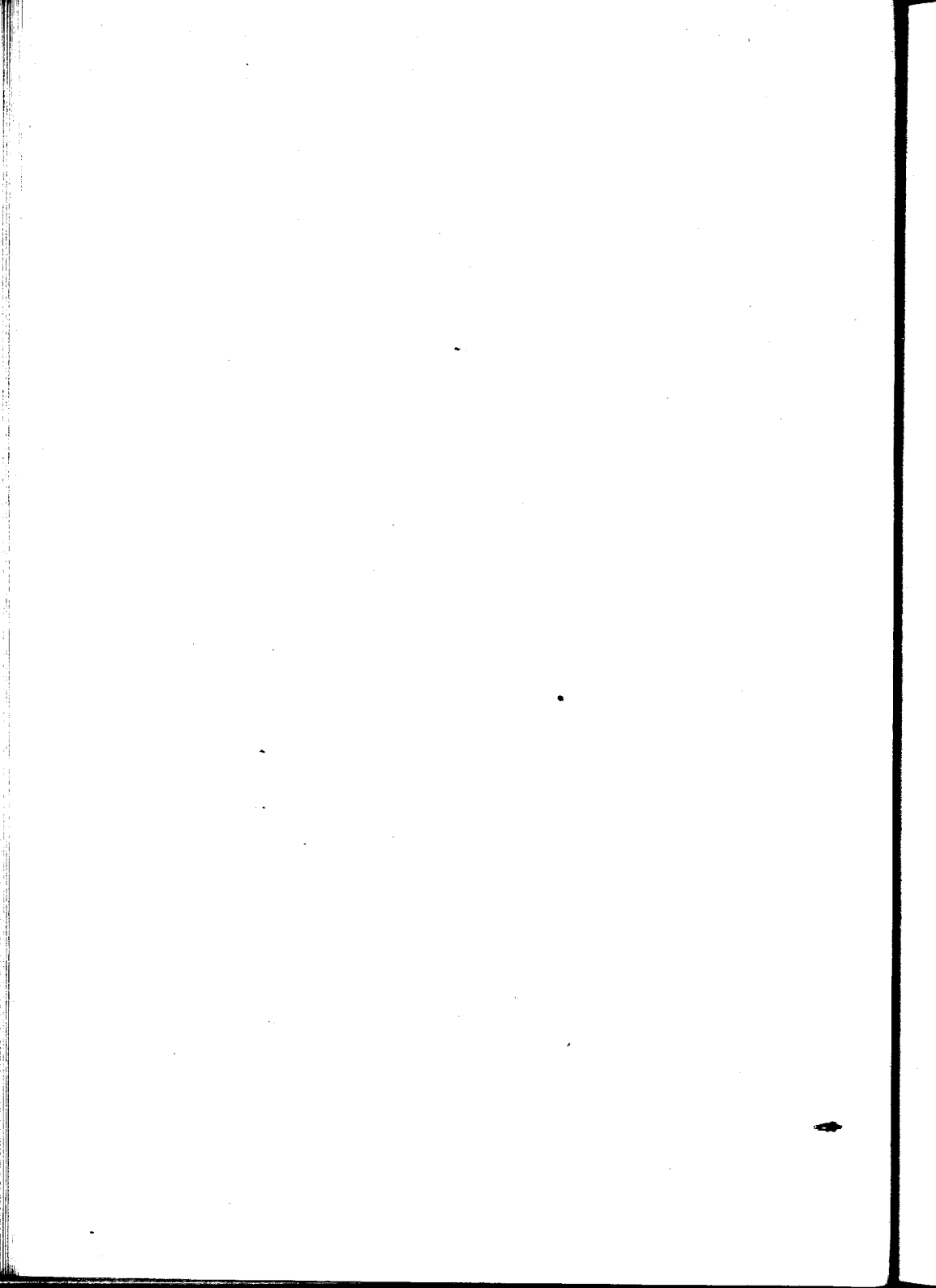
En los corpúsculos de Malpighi se hallan al cabo de dos horas de la exposición a los rayos, restos de núcleo bajo la forma de granos esféricos de cromatina y regularmente diseminados: los linfocitos en gran parte desaparecen para ser sustituidos por células epiteloides voluminosas. A las cuatro horas no se encuentra granos de cromatina libre; ellos son fagocitados por las voluminosas células, que también al cabo de 24 a 36 horas han desaparecido. En el hombre, los efectos de la irradiación en los linfomas de origen tuberculoso, se producen algunas semanas después.

Las mismas lesiones destructivas observadas en los corpúsculos, pasa en los ganglios linfáticos. La regresión de los linfomas tuberculosos, corresponde a la destrucción del tejido linfático, impidiendo la reproducción del bacilo.

Nunca se observa después de hacer desaparecer un ganglio voluminoso, una acción a distancia so-

bre los otros existentes, sin haberlos tratado antes y para que desaparezcan hay que hacer irradiaciones locales. El mejoramiento que se obtiene en los trastornos funcionales, en particular en los respiratorios en los casos de adenopatías del mediastino, es consecutiva a la disminución del volumen ganglionar irradiado y a la descompresión de los órganos vecinos.

Resumiendo, vemos que la acción de la radioterapia sobre los ganglios, no es producida por vía indirecta, como por ejemplo, por una influencia ejercida sobre la sangre en circulación o sobre el sistema nervioso; ella actúa al contrario, directamente sobre los tejidos irradiados y con una acción sobre el tejido linfoideo y sobre los tejidos de granulación y no sobre los vasos que en él se encuentran. Produce una disminución en la actividad celular, en particular sobre cambios nutritivos y sobre la proliferación; los núcleos desaparecen y trae la muerte de las células. Los bacilos mueren en los ganglios tratados, por falta de nutrición y es por ésto, que aunque hayan desaparecido los tumores, hay que seguir haciendo algunas aplicaciones más, pues vuelven a recuperar su virulencia, dando lugar a las recidivas.



CONCLUSIONES

1°—La radioterapia, bien conducida, tiene una acción netamente favorable sobre las adenopatías tuberculosas en las diferentes fases de su evolución.

2°—Ella determina generalmente, pero no siempre, la regresión de los linfomas tuberculosos simples no supurados con evolución sub-aguda o crónica; en los casos que demuestra ser impotente es cuando se trata de ganglios esclerosados o que hayan sufrido una transformación caseosa.

3°—En los ganglios tuberculosos supurados y cerrados, la radioterapia junto a la evacuación de las colecciones purulentas, sea por absorción o por incisión, trae una desaparición rápida de la afección con un resultado estético inmejorable.

4°—Los rayos X tienen igualmente, una gran acción sobre los linfomas tuberculosos supurados y fistulizados. Ellos activan el cierre de los trayectos fistulosos y provocan la formación de cicatrices, que

son bajo el punto de vista estético, muy superiores a las cicatrices consecutivas a la evolución natural o a las intervenciones quirúrgicas.

5°—En la linfomatosis generalizada, el tratamiento radioterápico hace regresar rápidamente los paquetes ganglionares de las regiones cervicales, axilares e inguinales. Esta acción se ejerce también sobre los ganglios mediastínicos, haciendo desaparecer más o menos los signos de compresión, cuando ellos existen.

6°—Los rayos de Röntgen, bajo el punto de vista terapéutico, actúan de una manera general, destruyendo los elementos celulares patológicos. En el tratamiento de los ganglios tuberculosos, ellos no hacen excepción a esta ley y accionan destruyendo los elementos celulares que sirven de medio nutritivo al bacilo de Koch, pero no, inatando el bacilo.

7°—En el tratamiento de la tuberculosis ganglionar, como de una manera más general, en todas las lesiones subcutáneas, el médico radioterápico debe esforzarse en reducir al mínimum la digresión inevitable entre la dosis superficial y la dosis profunda para el uso simultáneo de los diversos procedimientos técnicos apropiados : alejamiento del tubo, empleo de rayos muy penetrantes, empleo de filtros de aluminio, fuegos cruzados e intervalos convenientes entre dos aplicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aubertin et Beaujard* — Action del X rayons sur le sang leucémique. — Presse Médicale, 20 août 1904.
- Barjon* — La radiothérapie comme traitement des adénites tuberculeuses. — Lyon Médical, 14 octobre 1906.
- Radiothérapie dans les pelyadénites inflammatoires. — Archives d'électricité médicale, Bordeaux, XVI, 614, 1908.
 - Lynphadénie. — Lyon Médical, CX, 372-374, 1908.
 - Resultats obtenus par la radiothérapie dans la polyadénite inflammatoire d'après 50 observations. — Lyon Médical, p. 825, 1908.
 - Ganglion suppuré traité par la ponction capillaire et la radiothérapie et guéri sans cicatrice. — Lyon Médical, CXI, 1145-1147, 1908.
 - Traitement radiothérapique des adénites suppu-

rées des ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionnaire. -- IIIe. Congrès International de Physiothérapie, Paris 1910.

Beaujard — La radiothérapie dans les leucémies. — Thèse, Paris 1904-1905.

Béclère A. — La radiothérapie médication spécifique des lymphadénies et des leucémies. — Archives d'Electricité Médicale, p. 495, 10 juillet 1905.

—L'évolution de la radiothérapie. -- Bulletin de la Société de l'Internat., juin 1907.

—La radiothérapie, ses bases scientifiques, son domaine. — Journal Médical Français, 15 juin 1910.

Belot J. — Les rayons Röntgen et les affections des organes hématopoiétiques, leucémies et pseudo-leucémies. — Archives d'Electricité Médicale, 10 juillet 1906.

—Contribution à la question des filtres en radiothérapie. — Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de Paris, février 1909.

—La filtration en radiothérapie.—Archives d'Electricité Médicale, 10 août 1910.

Bergonié — L'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses non

- suppurées. — Archives d'Electricité Médicale, n^o. 171, p. 604 y n^o. 164, p. 300.
- Bonnefous* — Contribution à l'étude de la radiothérapie dans les adenopathies tuberculeuses superficielles.—Thèse Bordeaux, décembre 1907.
- Bosquier et Desplats* — Contribution à l'étude des pseudo-leucémies au point de vue clinique et thérapeutique. — Journal de Société Médical de Lille, I, 553-565, 1908.
- Bozzolo C.* — Sull'azione dei raggi X sulli organi leucopoietici. — Giornale della Reale Accademia di Medicina de Torino, 4 S. X. 401-409, 1904.
- Barbarin et Bruneau de Laborie* — Traitement des adénites chroniques par les rayons X. — Journal de Radiologie et d'Electrologie, tome I, n^o. I, janvier 1914.
- Cazin* — De l'ablation des ganglios tuberculeux; statistique de l'Hopital de Berck-sur-Mer. — Bulletin et Memoires Société de Chirurgie, N. S. X., 222-229, Paris 1884.
- Clunet Jean* — Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes. — Thèse, Paris 1910.
- Codd A.* — Treatment of glandular affections by X rays. — Brit. M. J. Lond., I., 1298-1301, 1909.
- Chelarn* — La radiothérapie des adénites tuberculeuses. — Bukarest, 1912.

- De Josselin de Jong* — Pseudo-leukamie. nederl. — Tydschr. V. Genesk. Amst., II, 1152 - 1157, 1908.
- Desplants R.* — Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X. — Archives d'Electricité Médical, n°. 172, p. 626, 1905.
- Lymphadenome volumineux traité par les rayons X et guéri depuis plus de 3 ans. — Journal de la Société Médical de Lille, I, 481-483, 1909.
- De Luzenberger* — Sul trattamento delle linfadeniti et dei linfomi per mezzo dell'elettricità e dei raggi di Röntgen. — Annales di Elettricità Medica, VII, 463-473, Napoli 1908-1909.
- Desplats* — La radiothérapie dans les adénites et son mode d'action.
- Feldstein* — The treatment of tuberculous glands of the neck by the X ray. — New-York Med. Jour., 5 janv. 1907.
- Ferrand et Kroughkholl* — Adénite cervicale tub. favorablement traitée par les rayons X. — Gazette des Hopitaux, p. 819, n°. 20, juin 1905.
- Guilleminot* — Effets des filtres d'aluminium sur les rayons X. — Bulletin et Memoires de la Société de Radiologie Médical de Paris, janvier 1909.
- Hamel* — Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale. — Thèse, Paris 1910.

Haret — Un cas de grosse adénopathie traitée avec succès par les rayons X. — Bulletin y Memoires de la Société de Radiologie Médical de Paris, avril 1910.

Hayes — Case of extensive tuberculose of the glande of the neck treated with X rays. — Archives of Röntgen Ray, 1905.

Heineke — Action des rayons X sur les tiesus lymphoides. — Munchener Medicinische Wochenschrift, 13 mai 1904, analysé in Presse Médicale, p. 341, 28 mai 1904.

Hendrix—Adénite chronique, radiothérapie des adénites chroniques. — Annales de la Société Belge de Chir., avril 1905.

—Traitement des adénites chroniques par la radiothérapie. — Clinique Brux., XIX, 584-587, 1905.

Jaugeas — La radiothérapie dans les adénites aiguës. — Presse Médicale, 19 octobre 1910.

Kienbock — Rapport sur l'état actuel de la radiothérapie. — Archives d'Electricite Médical, p. 483-491, 1904.

—Etat actuel de la radiothérapie. — Congrès de Grenoble, 1904.

—La radiothérapie des lymphomes tuberculeux. —Congrès Internacional de Physiothérapie, Paris 1910.

- Lomon et Hahn* — Précis de Radiologie pratique.
— Société d'éditions scientifiques et médicales,
Paris 1913.
- Mahar* — Radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses.
- Newcomet* — Tuberculosis and X rays. — Therapeutic Gazette, may 1904.
- Petit P. C.* — Adénite bacillaire traitée et guérie par les rayons X. — Bulletin Médical de Québec, X., 30-32, 1908-1909.
- Pfahler* — Adénite tuberculeuse traitée par les rayons X. — Ref. Revue de Thérapeutique, 4 mars 1905.
- Pottennger* — The treatment of tuberculosis of the lymph. glands in children. — Pediatrics N. V., XX, 67-74, 1908.
- Pusey Caldwell* — The Röntgen rays in Therapeutics and diagnosis, p. 417.
- Pusey* — Report of cases treated with Röntgen rays. — J. Am. Med. Ssoc. Chicago, XXXVIII, 911-919, 1902.
- Redard et Barret* — Résultats favorables de la radiothérapie dans les adénites et la tuberculose osseuse et articulaire. — Congrès de la Tuberculose, Paris 1905.
- Redard* — Radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses. — Annales de Chir. et d'orthop.,

XIX, 42-44, Paris 1906. — Reprise de la discussion sur le traitement des adénopathies tuberculeuses. — Bulletin et Mémoires Société Chir. Paris, N. S. X, 186-195, 1884.

Reuland — Contribution au traitement des leucémies et des pseudo-leucémies par les rayons X. — Ann. de l'Institut Chir. de Bruxelles, XVI, 157-171, 1909.

Robin — Traitement d'un cas de tuberculose ganglionnaire du cou non ulcérée chez un jeune homme avec état général satisfaisant. — Bulletin et Mémoire, p. 531, 13 juin 1906.

— La tuberculose ganglionnaire du cou. Son traitement. — Médical Modern., 18 juillet 1906.

— Traitement médical de l'adénite tuberculeuse. — Bulletin Médical, p. 581, 1907.

— Du traitement général des adénites tuberculeuses. — Ann. de Méd. et Chir. Infant., XII, 192-195, Paris 1908.

Roedeberg — La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires, articulaires et osseuses. — Thèse, Paris 1906.

Senn — Les rayons de Röntgen et la pseudo-leucémie. — Archives d'Electricité Médical, p. 76, janvier 1904.

Tixier M. L. — Hélio-thérapie marine méditerranée

et radiothérapie combinées dans le traitement des adénites chroniques.

Vale — A brief note on the X ray treatment of glandular tuberculosis. — Méd. News., jan. 30 1904.

Valobra — Danger de la radiothérapie des lésions ganglionnaires d'origine tuberculeuse. — Semaine Médicale, 30 août 1906.

— Sulla Röntgenterapia delle adenopatie tubercolosi non suppurate. — Giornale della R. Accademia d. Med. d. Torino, vol. XI, F. 546.

Wetterer — Une nouvelle application des rayons X ; l'irradiation homogène des tissus profonds. — Archives d'Electricité Médical, XVI, 841-8845, 1908.

Williams — The Röntgen rays in medicine and surgery.

— Effets analgésiques et techniques des rayons de Röntgen. — Semaine Médicale, 24 oct. 1903.

— X ray therapy, with report of cases. — Tr. M. Soc. Virg., 1903 y Richmond, 63-72, 1904.



Buenos Aires, Septiembre 27 de 1916

Nómbrese al señor Académico doctor Horacio G. Piñero, al profesor titular doctor Alfredo Lanari y al profesor suplente doctor Luis A. Tamini, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

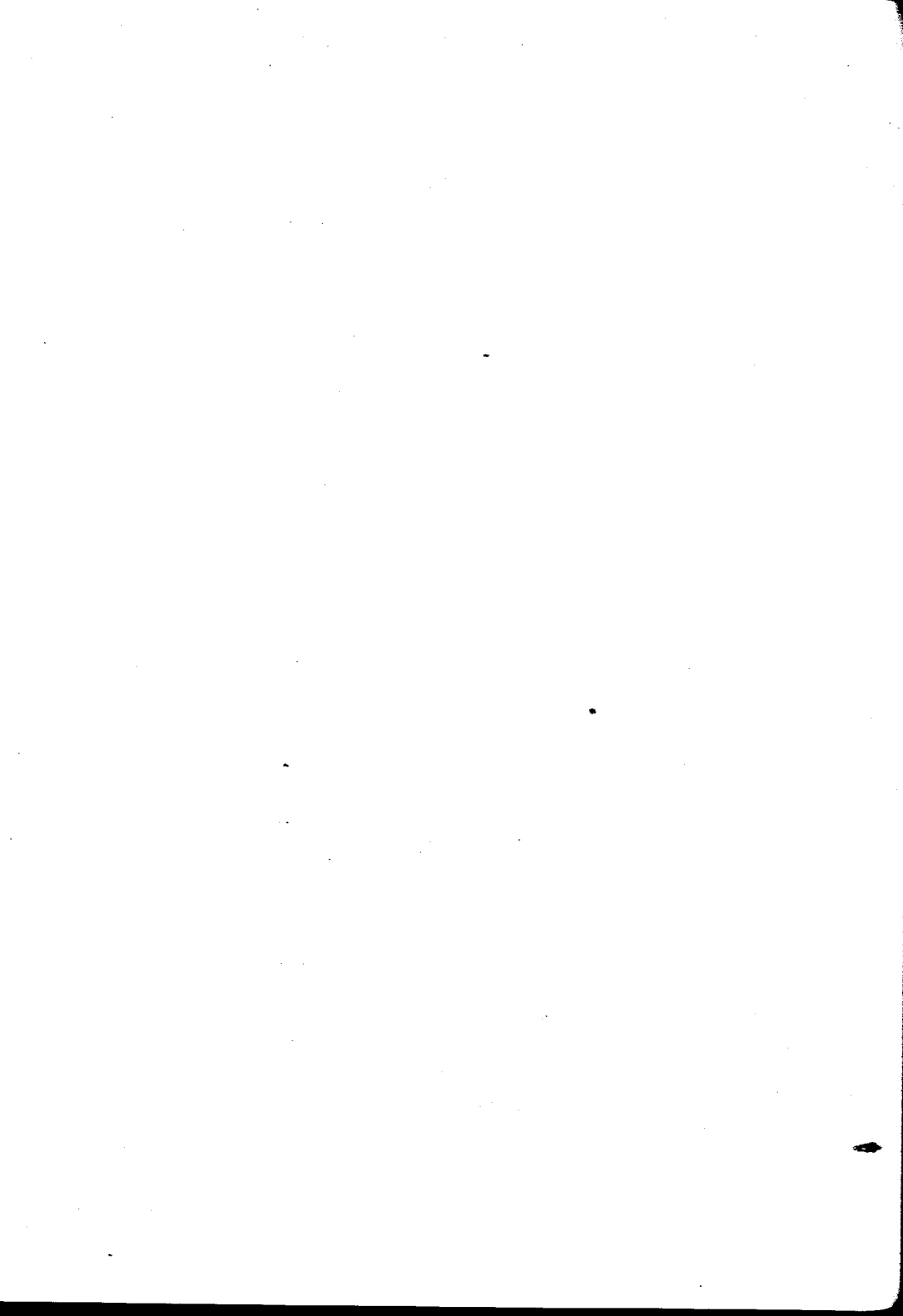
J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 7 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3194 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La helioterapia y la tuberculosis ganglionar.

Horacio G. Piñero.

II

Valor pronóstico de las reacciones febriles después de la aplicación de rayos X.

Lanari.

III

Indicaciones de la aplicación de rayos X y comparación con los resultados de la helioterapia.

Luis A. Tamini.

