C850

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA

ESCLEROSIS PULMONAR

DE

ORIGEN TUBERCULOSO

TESIS INAUGURAL

DE

ZENON AGUILAR

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS, DE J. A. BERRA, BOLIVAR 455

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA

ESCLEROSIS PULMONAR

DE

ORIGEN TUBERCULOSO

TESIS INAUGURAL

DE

ZENON AGUILAR

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS, DE J. A. BERRA, BOLIVAR 455

1895

DE LA

ESCLEROSIS PULMONAR

DE

ORIGEN TUBERCULOSO

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tesis.

Art. 162 del Reglamento.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENCO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA.

Pro Secretario

Señor D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z Arce.
Histología (teórica-pratica)	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patologia externa	»	Guillermo Udaondo.
Patologia interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica.	»	Manuel Blancas.
Enfermedaddes de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva.	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Adolfo Mu ica.
Física médica	»	Jaime R Costa.
Historia Natural Médica	»	Eliseo Canton.
Fisio-patología experimental	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Práctica farmacéutica,	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernandez.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda:

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza (en ejerc)
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez (en ejerc.) Pascual Palma.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Carl s Malbran.
Medicina operatoria	»	Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica. (en ejer) Alfredo Lagarde.
Enfermédades de los niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves.
Clínica Quirúrgica	»	Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi (en ejerc.)
Física Médica	»	Juan J. Galiano (interino)
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila
Medicina legal y Toxicología	»	Francisco de Veyga.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO: Dr. ROBERTO WERNICKE

A LOS MIOS

A MI DISTINGUIDO MAESTRO

EL

DOCTOR JULIO MENDEZ

DE LA ESCLEROSIS PULMONAR

DE

ORIGEN TUBERCULOSO

Señores Académicos:

Señores Profesores:

La presente manografía objeto de este trabajo inaugural es como veréis una *Contribución al estudio de la esclerosis pulmonar de origen tuberculoso.*

La serie de casos que en él detallamos han sido observados en el Servicio de Clínica Médica del Doctor Julio Méndez y habiendo tenido la oportunidad de haberlos podido seguir paso á paso, nos han inducido á reunirlos, relatando fielmente lo que la observación clínica por una parte, y el resultado anátomopatológico por otra, nos han proporcionado.

Es un punto difícil de abordar, y pretender desarrollar en un estudio como el que nos ocupa todo lo que se relaciona con la esclerosis pulmonar es imposible, no solo por su gran extensión cuanto por lo múltiple y variado con que suele ofrecerse á nuestra observación; de aquí la necesidad de circunscribirnos, limitándonos á una de sus formas, que aunque común no por eso mejor conocida; pues acontece en todos nuestros casos que apesar de ser siempre una misma causa, la tuberculosis, se han conducido cada una de ellas de una manera especial conservando en medio de su igualdad de origen una individualidad propia.

Pasa con este proceso exactamente lo mismo que con muchos otros, esto es, que anátomo patológicamente pueden ser perfectamente encuadrados y clasificados, pero que bajo el punto de vista clínico su significación se hace en cada uno de ellos más distinto y confusa; en efecto, por los resultados obtenidos de las autopsias, vemos que no siempre las alteraciones encontradas responden á la evolución del proceso durante la vida del individuo.

Clínicamente hablando podíamos decir: que la esclerosis pulmonar bien acentuada está caracterizada ante todo, por las deformaciones determinadas sobre las paredes del tórax (retracción); por la dislocación de órganos vecinos hacia el lado esclerosado y por un cierto conjunto auscultatorio. Agregándose naturalmente, en la forma que estudiamos los signos propios de la lesión tuberculosa que no siempre son fáciles de percibir, pues están disimulados unas veces, ocultos otras, por la lesión concomitante.

Bajo el punto de vista de la anatomía patológica, la esclerosis pulmonar se reconocería por la producción exagerada del tejido conjuntivo del órgano, producción que puede ser circunscripta ó difusa, limitada á un solo lóbulo ó á todo el pulmón, acompañándose á veces de dilataciones bronquiales y de un espesamiento de la pleura más ó menos notable.

Hemos dividido este trabajo en dos partes: en la primera de ellas relatamos las observaciones junto con los comentarios clínicos y anátomo patolójicos que nos han sugerido; en la segunda nos ocupamos de un

trabajo de conjunto sobre síntomas, bases de diágnostico y tratamiento.

Señores:

Antes de terminar hago público mi agradecimiento sincero hacia mí distinguido maestro el Doctor Julio Méndez, bajo cuya dirección he realizado el presente trabajo y lo mismo al Señor Académico Dr. Roberto Wernicke, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

Nuestra primera observación como se verá, es difícil tanto en su apreciación clínica como en su significación anótomo patológica y es necesario para conocer su trascendencia y las consecuencias que de ella se desprenden tratarla en extenso, contribuyendo de esta manera en lo posible, á la ilustración de nuestro tema sobre esclerosis pulmonar.

OBSERVACIÓN I

Hospital San Roque: Servicio del Dr. Julio Méndez

Diagnóstico: Pleuro neumonia izquierda. Congestión del pulmón derecho. Pleuresia metaneumónica.

N. . . . N. . . . de 25 años de edad, soltero, cochero.

Antecedentes hereditarios: ignorados.

Tiene como personales: sarampión y viruela en los primeros años.

A dos ó tres días antes de ingresar al Hospital, refiere el principio de la enfermedad actual; habiéndose presentado ésta de una manera repentina con puntada en el costado izquierdo que le impedía respirar, escalofríos, fiebre, fatiga, cefalalgia y más tarde tos acompañada de espectoración.

Con este cuadro sintomatológico ingresa á la Sala 2ª, Cama N°. 10 el día 4 de Noviembre de 1893, donde se observa ligero delirio nocturno. Tiene 95 á 100 pulsacioncs.

Hecho el examen físico del emfermo se diagnostica: pleuro neumonia izquierda, congestión pulmonar lado derecho y se instituye el tratamiento adecuado.

Durante los primeros días de la enfermedad la temperatura se mantuvo siempre entre 39°5, 39°8 para empezar á descender al final del noveno día lentamente, por lisis.

Después de ésto, la marcha de la temperatura ha sido sumamente variable, unas veces, por espacio de algunos días en la normal; otros en 38°3, y así sucesivamente hasta que dejó el Hospital; pero nunca, mientras estuvo bajo nuestra observación, la marcha de la fiebre fué como la del principio.

Como continuara tosiendo, acompañado con alguna espectoración y sobre todo teniendo en cuenta la marcha de la temperatura anteriormente descripta, se hicieron analizar los esputos en el Laboratorio de la Asistencia Pública con fecha 27 de Noviembre del 93 y 4 de Enero del 94, cuyos resultados fueron negati-

vos bajo el punto de vista de la presencia del bacillus de Koch.

Al mes y medio proximamente, del comienzo de la enfermedad, habiéndose hecho más frecuente é intensa la tos; reaparición de la puntada de costado y coincidiendo todo ésto con una elevación de temperatura, es examinado de nuevo y se descubren los signos de una *pleuresía izquierda* que se le clasifica de *metaneumónica*.

Al día siguiente 11 de Diciembre se hace una punción exploradora y se extráe una pequeña cantidad de pus, fibrinoso, adherente, de color verde claro. El análisis bacteriológico, hecho en el laboratorio, denunció la presencia del neumococo de Freankel.

El 13 por la mañana, nueva punción, pero esta vez con el aspirador de Potain, no lográndose extraer líquido alguno porque la cánula se obstruía; pues al retirar ésta se nota en su extremo un pequeño taponcito de pus con los mismos caracteres macroscópicos del anterior y que llenaba completamente su luz.

Como no encontrara mejoría, sale de alta á su pedido el 29 de Enero del 94, para ingresar cinco días después en el Hospital de Clínicas, servicio del Dr. Ayerza; allí fué examinado y se diagnostica: *pleuresía lado izquierdo*; pero dos punciones hechas con el objeto de extraer líquido quedan en blanco.

El 23 de Febrero sale de alta con la siguiente anotación: *estacionario*.

El 2 de Mayo del mismo año vuelve al Hospital de Clínicas en estas condiciones: puntada de costado

en el lado izquierdo al nivel del mamelón, dispnea, tos, regular apetito. Donde es examinado entonces por el Dr. Julio Méndez, que como ya sabemos, había tenido la oportunidad de observarlo el año anterior (Noviembre y Diciembre) en el Hospital San Roque.

Sometido nuevamente este enfermo al examen se hace el siguiente:

ESTADO ACTUAL

Diagnóstico: Esclerosis pleuro pulmonar. Tuberculosis pulmonar.

Hombre bien desarrollado, gran esqueleto; no hay tejido adiposo subcutáneo; color pardo; dedos ligeramente deformados (hipocráticos, piel fina y lisa alrededor de las uñas, cianóticos.

Tórax (plano) Asimétrico; diámetro ántero posterior acortado; aplanamiento ántero posterior de la mitad izquierda con predominio del tercio superior.

El omóplato del lado izquierdo es saliente (omóplato en alœ).

Tipo respiratorio costo-abdominal; en la mitad izquierda y sobre todo en la parte superior, los movimientos respiratorios están disminuídos en intensidad. En la parte inferior del mismo lado se notan hundimientos inspiratorios de los espacios intercotales.

Pulmón izquierdo, por detrás:

Sub-matitez ligeramente timpánica en el vértice, matitez en el resto. Las vibraciones están disminuídas.

Respiración con timbre anfórico desde el vértice hasta la espina del omóplato; debajo inspiración y es-

piración tubaria (en esta última porción del pulmón se oyen frotes).

Broncofonía con eco tubario en el vértice; debajo resonancia normal de la voz. Pectoriloquia afónica articulada á lo largo del surco costo-vertebral.

Por delante: En el vértice, la sonoridad es normal (la percusión es dolorosa desde la 3ª costilla hasta la base).

Las vibraciones están exajeradas, desde el vértice hasta la 3ª costilla. Debajo de la clavícula inspiración y espiración tubaria débil, acompañada con frotes pleurales; debajo de la 3ª costilla respiración tubaria fuerte con timbre anfórico que se extiende hasta el 5° espacio intercostal y desde la línea para-external hasta la axilar anterior. Broncofonía débil con eco tubario bajo la clavícula y á más pectoriloquia con eco anfórico.

Zona axilar: La percusión es dolorosa en casi toda la extensión. La matitez empieza en el 6° espacio intercostal. Las vibraciones están disminuídas.

Base movible.

En la zona anfórica descripta más arriba no existen vibraciones. Allí la respiración es tubaria fuerte. Hay broncofonía. En la zona, pectoriloquia anfórica y en el resto pectoriloquia difusa.

Pulmón derecho, por detrás: Ligera submatitez en el vértice; en el resto sonoridad normal; base movible.

Las vibraciones normales. La respiración es vesicular. Resonancia normal de la voz.

Por delante: La sonoridad es normal hasta el 6° espacio, donde comienza la matitez. La respiración es vesicular en toda la extensión.

Corazón: La punta se vé y se siente en el 5° espacio intercostal; línea para-external. Choque cardíaco poco intenso.

Matitez: Por arriba borde superior de la 3ª costilla; dos centímetras por fuera de la línea para-external; borde derecho del externón.

En la mitral 1° y 2° tono normal; pulmonar 2° tono reforzado, aorta, tonos normales; tricúspide 1° y 2° reforzados.

Pulso: Igual, regular, frecuente, depresible.

Hígado: Su límite superior llega hasta la 7ª costilla; por abajo sobrepasa dos traveses de dedos del reborde costal.

Bazo: no se palpa.

Abdomen: no doloroso á la palpación; no se siente nada de anormal.

Laringe: (examen laringoscópico).

Laringitis catarral crónica con paresia de las cuerdas vocales.

Se hacen dos punciones, una en el 4° espacio, por fuera de la línea mamilar y otra en el 7° en la línea axilar posterior y las dos quedan en blanco.

Mayo 20: La temperatura es más elevada que ayer.

En los pulmones existen los mismos síntomas que anteriormente.

Por delante, en la zona anfórica hoy se oyen rales crepitantes finos y muy abundantes.

Varios análisis de los esputos, revelan la presencia del bacillus de Koch.

Basado, pues, en este *estado actual* fué que se hizo el diagnóstico de *esclerosis pleuro pulmonar y tuberculosis pulmonar.*

Continúa en el hospital, pero siempre adelgazándose; con tos, espectoración abundante y temperatura sub-febril hasta el día 24 de Septiembre fecha en que muere.

Al día siguiente se hizo la autopsia por el Dr. Badia y cuyo protocolo es tal como sigue:

Autopsia

Diagnóstico anatómico: Escara sacra.—Adherencias pleurales.—Pleuresia tuberculosa izquierda.—Esclerosis parcial de la pleura izquierda.—Adherencia total de la pleura derecha —Esclerosis parcial de los vértices de ambos pulmones.—Tuberculosis pleuro pulmonar,—Adherencias del pericardio á ambas pleuras.—Hipertrofia simple de los ganglios perí-bronquiales.—Dilatación total del corazón.—Miocarditis diseminada.—Tuberculosis hepática; esplénica y renal.—Nefrites difusa.—Ulceraciones tuberculosas en el intestino delgado.

En muy mal estado de nutrición.

El panículo adiposo casi ha desaparecido. Rigidez cadavérica solo en los miembros. La piel es pálida habiendo perdido su elasticidad.

En la región sacra existe una pérdida de sustancia superficial y de poca extensión, blanda, húmeda y de un color verdoso oscuro.

Tórax: Algo deprimido de delante atrás, correspondiendo á la parte inferior del externón.

Diafragma: A la altura de la 5ª costilla en ambos lados.

Los espacios intercostales algo ensanchados, siéndolo en mayor extensión los del lado derecho.

Adherencias totales antiguas y resistentes que van del borde anterior del pulmón izquierdo á la pared costal. Separadas estas adherencias se encuentra una cavidad que corresponde á la parte lateral y posterior del tórax. Cavidad irregular, que se extiende de la base al vértice formada por fuera por la pleura parietal engrosada y por dentro por la pleura viseeral; de ésta salen algunas bridas gruesas y resistentes que unen ambas paredes. Esta cavidad contiene una pequeña cantidad de líquido amarillento espeso, y que tapiza las superficies.

Al sacar el pulmón izquierdo han quedado restos en la gotera costo-vertebral á causa de la resistencia de las adherencias.

La pleura parietal está engrosada, sobre todo en la parte superior.

La visceral también está espesada y de un color blanco grisáceo, dura, cruge al cuchillo; teniendo en algunos puntos el espesor de varios milímetros.

El espesamiento se encuentra más circunscripto al lóbulo superior y especialmente en el vértice.

La pleura derecha ofrece también adherencias antiguas en toda su extensión. Ambas hojas engrosadas.

Se nota en ellas una erupción de nódulos grises sub-miliares ya aislados ó ya reunidos en pequeñas agrupaciones.

Pulmón izquierdo: Superficie externa irregular,

llena de las granulaciones indicadas más arriba. El tejido pulmonar es duro al tacto; en algunos puntos algo crepitantes.

Al corte, presenta una superficie irregular.

En el lóbulo superior y principalmente en el vértice, el pulmón está duro, no contiene aire, notándose en ciertos puntos tejido fibroso en forma de bandas.

En estos sitios tiene una coloración blanco grisáceo.

En el resto del lóbulo se vén nódulos de diversos tamaños, irregularmente circunscriptos, de color gris amarillento y que en su mayor parte presentan reblandecimiento central y un contenido caseoso. Además, existen dos pequeñas cavidades, de las cuales, la mayor tendrá el volumen de una avellana; de superficie desigual y conteniendo una sustancia amarillenta, purulenta, espesa. El resto del pulmón ofrece una infiltración constituída por nódulos de tamaño diverso, reblandecidos en su mayor parte y conteniendo sustancia caseosa en su centro.

Pulmón derecho: Ofrece caracteres muy semejantes á los del izquierdo; duro, poco crepitante. También se nota la existencia de tejido conjuntivo predominando en el vértice. En el resto numerosos nódulos, algunos ya reblandecidos.

Las pleuras que tapizan las lengüetas pulmonares han establecido adherencias resistentes con la hoja parietal del pericardio.

En la última porción de la tráquea, al nivel de la bifurcación existen ganglios aumentados de vo-

lumen siendo algunos del tamaño de una almendra grande. Tienen una coloración oscura tanto en la superficie externa como en la del corte.

Corazón: Aumentado de volumen; sus diámetros transversal y longitudinal mayores que lo normal. Sus cavidades ensanchadas contienen coágulos fibrino-cruóricos. Miocardio pálido; fláxido, y presenta en algunos sitios una coloración amarillo pagizo, sobre todo en la pared del ventrículo derecho.

La columna vertebral ofrece una ligera encurvación de concavidad izquierda.

Abdomen: Su cavidad contiene una pequeña cantidad de líquido amarillento, depositado en la pelvis y fosas ilíacas.

Hígado: de forma y volumen normales. La cápsula es lisa y transparente; ofrece algunas formaciones fibrosas que contienen en su espesor nódulos pequeños y grisáceos. Además, debajo de la cápsula existen otros de la misma naturaleza, más numerosos en la cara superior del hígado que en la inferior. Al corte, la superficie es lisa, acinis visibles.

Bazo: volumen y forma normales. La cápsula es lisa y blanquecina conteniendo nódulos idénticos á los del hígado.

Riñones: Aumentados de volumen. La cápsula está un poco adherida, dejando una superficie granulosa.

Al corte, en el izquierdo, se notan unos pequeños núcleos, irregulares, amarillentos y algo reblandecidos.

La sustancia cortical está disminuída de espesor existiendo en ellas algunas líneas bastante pálidas y difusas.

En el derecho, se notan las mismas lesiones, pero siendo más marcadas y extendidas en el vértice de las pirámides.

Intestino: En la mucosa del intestino delgado á partir del ciego se encuentran numerosas ulceraciones, en su mayor parte situadas en las placas de Peyer. Estas ulceraciones son pequeñas, transversales, un poco profundas, de coloración rogiza, de bordes irregulares y de fondo desigual.

Además de estas ulceraciones, existen en la vecindad núcleos amarillentos, situados en el espesor mismo de la mucosa, irregulares no haciendo eminencia del lado de la superficie. Por el lado de la serosa se nota el sitio de las ulceraciones y nódulos, pero ninguno ha interesado el peritoneo.

ESTUDIO HISTOLÓGICO

Protócolo N° 1955 del Laboratorio de la Asistencia Pública (1894)

I

Diagnóstico microscópico:—Conglomerados tuberculosos en degeneración caseosa.—Bronco-neumonia peri tuberculosa.—Esclerosis pulmonar difusa tuberculosa.—Peri arteritis y peri bronquitis.—Esclerosis pleural tuberculosa.—Dilatación bronquial.

En los cortes de tejidos pulmonar y pleura incluídos en celoídina y teñidos por eosina y hemato-

xilina, se observan nódulos más ó menos aglomerados, algunos de los cuales presentan en su centro una coloración difusa por la eosina y en su periferia varias filas de células redondas; pequeñas, con núcleo perfectamente coloreado por la hematosilina.

En otros, esta disposición está invertida; esto es, las células que toman bien la hematosilina están colocadas en el centro y en la periferia las teñidas difusamente por la eosina.

En algunos puntos de estos nódulos se encuentran células gigantes con gran cantidad de núcleos.

Uno de los preparados está cruzado por una faja ancha de color rosa amarillento que se estrecha ligeramente en su trayecto hacia la parte media y presenta en parte un aspecto fibroso y en otras infiltración de pequeñas células. Se vé en su trayecto gran cantidad de fibras elásticas y en algunos sitios grupos de células redondas entre ellas.

El borde que separa esta faja del tejido pulmonar propiamente dicho, ofrece una coloración rosada, representando una capa estriada formada por tejido conjuntivo laminoso, compacto y dispuesto á lo largo del eje longitudinal; y una segunda de la misma sustancia pero más lisa (bronquio?)

En otros puntos hay otros bronquios pequeños conservando aún células cilíndricas, estratificadas y teniendo en su interior detritus y algunas células redondas. Inmediatamente por debajo de ellas hay un tejido de forma semi-lunar del mismo tamaño

del bronquio, compuesto de una sustancia lisa, amorfa conteniendo cavidades ovöideas entre las cuales se encuentran células más pequeñas con núcleo bien teñido (cartílago).

Debajo de este cartílago se encuentra tejido conjuntivo areolar, vasos llenos de sangre y fibras musculares.

En otro sitio del corte, se observa un vaso de diámetro mediano cortado al través con espesamiento tanto en la túnica media como externa y todo rodeado de una atmósfera de tejido conjuntivo, lacso, formando una capa bastante espesa. El borde externo de esta capa no tiene un límite fijo, vá perdiéndose poco á poco, dejándose infiltrar por células redondas hasta llegar al límite de una granulación tuberculosa. En toda esta extensión desde el vaso hasta el tubérculo donde las células pequeñas siembran el tejido conjuntivo, se nota gran cantidad de células gigantes deformadas; también difusamente sin presentar aglomeración alguna á su alrededor.

Las pequeñas ramificaciones bronquiales cortadas al través y que se encuentran en esta misma parte aparacen intactas con sus diámetros y epitelios perfectamente conservados.

En la otra mitad de la preparación donde abundan las granulaciones tuberculosas, se encuentran en el tejido pulmonar intermediario. los alveolos complètamente llenos de células más ó menos deformadas, granulosas: los tabiques entre ellas espesados é infiltrados por células redondas y pequeñas. En algunos

puntos muy circunscriptos, las paredes de los bronquios capilares están rotas, conteniendo un exudado igual al de los alveolos.

Todas estas partes descriptas se confunden más ó menos en sus límites y constituyen una transición insensible entre los tipos extremos.

II

Protocolo número 2758.

En pedazos tomados comprendiendo la pleura y la parte cortical del pulmón, se observa en los cortes microscópicos teñidos por eosina y hematosilina lo siguiente: se vé representando á la pleura un tejido conjuntivo de mallas estrechas teñido en rojo por la eosina, siendo en su parte periférica muy pobre en células.

Estas mallas se continúan hacia el centro, dejándose infiltrar cada vez más por células redondas que forman agrupaciones alargadas entre ellas.

Más hacia el pulmón, se observa el mismo cuadro, pero las infiltraciones celulares se hacen más circunscriptas agrupándose más y se notan entre ellas células gigantes con numerosos núcleos perfectamente teñidos por la hematosilina. La capa descripta se termina bruscamente sin transformación en su estructura; continuándose con un tejido conjuntivo menos espeso, formando como areolas anchas que se entrecruzan en todas direcciones y entre las cuales se observa, en algunas partes, cavidades más ó me.

nos deformadas por constituidas paredes de bronquios conteniendo en su interior células, mucus y detritus; también se ven vasos cortados al través con paredes sumamente espesas que apenas dejan ver la luz y rodeados de una atmósfera de tejido conjuntivo. Toda esta zona está sembrada irregular y difusamente por células grandes, de formas variadas con sus núcleos perfectamente teñidos; no se nota en ella resto alguno de tejido pulmonar.

Mas hacia el pulmón, se ven ya las lesiones descriptas en el protocolo anterior; observándose en este tejido como en la capa media anterior, que están sembradas de partículas de pigmento de color parduzco, consecutivo probablemente á antiguas extravasaciones sanguíneas.

La autopsia ha venido á confirmar y á ilustrar en todas sus partes el diagnóstico clínico formulado en el presente caso, poniendo de manifiesto el grado de la lesión y su distribución topográfica en el pulmón. Así vemos que existe una gran esclerosis de las pleuras parietal y visceral izquierda, la cual es mucho más acentuada en la parte superior que en la inferior, donde es más difusa, acompañándose de granulaciones tuberculosas que son más numerosas en la visceral.

El pulmón correspondiente en su lóbulo superior está perfectamente surcado por bandas de tejido fi-

broso, de aspecto liso, brillante, nacarado y ofreciendo como la pleura conglomerados tuberculosos en degeneración caseosa más ó menos avanzada; esta infiltración se hace extensiva al lóbulo inferior, el cual está además completamente hepatizado

Las lesiones del lado derecho son las mismas que hemos apuntado ya en el lado izquierdo; unicamente ellas son más difusas.

Otro dato, digno de notarse, es la desviación de la columna vertebral hacia la izquierda; la cual suele ser á veces bastante acentuada en estos casos para traer una inclinación completa del tórax, con deformación de los espacios intercostales.

Vamos á hacer á grandes rasgos la historia retrospectiva de nuestro enfermo, y á apuntar, reasumiendo, las reflecciones que lógicamente se desprenden de la observación de la marcha clínica; y en el resultado de la autopsia, la evolución del proceso descubierto por ella.

Ahora bien, ¿por qué se diagnosticó neumonia? Por varias razones y que son las siguientes: la manera brusca y repentina de iniciarse con puntada de costado, escalofrío, fiebre, cefalalgia, postración general y lijero delirio nocturno. Por la marcha de la temperatura á tipo continuo, la cual empezó con 39°,8 y se mantuvo más ó menos en este estado, durante ocho ó nueve días para descender lentamente

(por lisis) al cabo de ellos y hacerse primero normal y más tarde sub-normal; por todo esto y por los signos físicos que ofrecía cuando fué examinado por nosotros, nos llevaba á pensar que estábamos en presencia de un proceso agudo y perfectamente definido (neumonia).

Cierto es, que el descenso de la temperatura no se hizo por crisis sino lentamente y parecía simular un final de fiebre tifoidea; lo que por otra parte no lo debemos extrañar, pues sabemos que un tercio aproximadamente de estos casos terminan de este modo (por lisis) lo cual parece depender algunas veces de que la pleura toma una participación más ó menos activa durante la evolución del proceso; participación que para algunos autores sería obligada ya por las relaciones anatómicas, ya con más razón tal vez por la contigüidad íntima que guardan entre sí el pulmón y sus serosas adyacentes que hace imposible que un estado patológico cualquiera se desarrolle en uno de ellos, sin que el otro se resienta. Y sea esta la razón tal vez, por que esas neumonias que se denominan centrales, evolucionan de una manera franca con su tipo de fiebre continuo ó subcontinuo, con su ciclo perfectamente definido y su crisis final.

En nuestro caso, no nos llamó mucho la atención que las lesiones del lado del pulmón no hubieran desaparecido junto con la lisis y lo atribuíamos á que la resolución se hacía prolongada como acontece algunas veces, no dejando después de ella

vestigio alguno por la restitución *ad integrun* que se efectúa; pero no así la marcha sub febril de la temperatura ya mencionada en la historia clínica de este enfermo así como también el no haberse encontrado bacillus de Kock en repetidos análisis que hicimos de los esputos, nos inclinaba á pensar en una neumonia crónica á pesar de la opinión de Bull y otros que niegan que á una neumonia lobar pueda suceder una crónica. Sin embargo, Charcot ha demostrado en sus lecciones sobre esclerosis del pulmón la posibilidad del hecho y sienta como criterio que ellas jamás se acompañan de dilataciones bronquiales, precisamente todo lo contrario á aquellas consecutivas á una bronco neumonia.

Vuelvo ámi enfermo: treinta y cuatro días después en uno de tantos exámenes se encuentran los signos de una pleuresia izquierda, habiéndose mantenido hasta entonces la temperatura sub-febril; pero comenzando ya las oscilaciones irregulares que descendían hasta 36°,2; pleuresía que se diagnosticó metaneumónica, pues se presentaba tras el proceso agudo que acabamos de relatar; por la época de su aparición lo cual por otra parte es sumamente variable; así vemos que en general los autores le asignan 4 ó 5 semanas, uno, dos, tres meses, etc.; en nuestro caso, como lo mencionamos más arriba fué á los 34 días; por la edad del individuo, en efecto, parece que ella es más frecuente entre los veinte y treinta años; por la temperatura lo que por otra parte no es un factor indispensable en estos casos,

porque pueden evolucionar completamente apiréticas; pero más sobre todo por los caracteres microscópicos y bacteriológicos del pus ya relatado.

Una nueva punción con el aspirador de POTAIN queda en blanco.

Sale del Hospital de San Roque para ingresar al de clínicas, en el servicio del DR. AYERZA donde se hace el diagnóstico de *pleuresía del lado izquierdo*, lo que prueba que este enfermo presentaba el mismo estado que cuando salió de nuestro Servicio y al mismo tiempo confirmaba el diagnóstico anterior. Allí también las punciones quedan en blanco.

Dos meses más tarde vuelve al Hospital de Clínicas y entonces se hace, como hemos visto, el diagnóstico de *esclerosis pleuro pulmonar* y *tuberculosis pulmonar*.

Después de este diagnóstico, creíamos encontrarnos en presencia de un caso por demás interesante cual hubiera sido el de una tuberculosis pulmonar sucediendo á una neumonia fibrinosa; problema que no ha sido dilucidado hasta la fecha, pues de los muy pocos casos publicados como tales ninguno de ellos, según la opinión de FREANCKEL y TROJE resisten á una crítica severa.

Como se vé, nuestro caso es por demás difícil, no habiéndonos sido posible formar juicio exacto á pesar de haber seguido su marcha clínica.

La autopsia viene á explicar en parte los hechos observados. Pero de ninguna manera á aclarar la marcha clínica que ha seguido el proceso. Pues, si bien es cierto, que se trata de una tisis galopante ó lo que es

lo mismo de una tisis ulcerosa á marcha rápida con pleuresía tuberculosa crónica evolucionando en el máximum de tiempo (10 meses); ella no explica, por una parte, la sintomatología de neumonia durante el primer período de la enfermedad, ni tampoco bajo el punto de vista de la galopante la de pleuresía en el segundo.

Ahora bien, en cuanto á los fenómenos auscultatorios no es extraño que no nos hayan dado los síntomas clásicos de tuberculosis en los vértices, si tenemos en cuenta que éstos estaban cubiertos por una pleura engrosada, fibrosa, dando lugar concomitantemente á signos ambiguos.

De todos modos, esta observación es interesante, pues de los datos que hemos podido recoger en la literatura médica á nuestro alcance, no encontramos un solo caso de tisis galopante evolucionando de esta manera; para nosotros, en relación con el objeto de esta tesis, una deformación toráxica bastante acentuada producida por una esclerosis rápida.

CAPITULO II

OBSERVACIÓN II

Hospital San Roque: Servicio del Dr. Julio Méndez

Diagnóstico: —Tuberculosis pleuro-pulmonar.—Esclerosis pulmonar derecha. — Gran desviación cardiaca derecha. — Caverna vértice derecho. —Nefritis.—Dedos hipocráticos.

N.... N...., suizo, 24 años, soltero, agricultor.

El día 25 de Febrero de 1894 ingresa al Hospital San Roque, servicio del Dr. Julio Méndez.

Antecedentes hereditarios: La madre murió hace varios años é ignora la causa; padre y hermanos viven.

Antecedentes personales: No recuerda haber tenido enfermedad alguna hasta la edad de 12 años en cuya época, dice, haber sufrido una pleuresía en el lado derecho; á los 17, blenorragia.

En el año 91 influenza; 16 días después de ella tuvo una neumonia del lado derecho; al año siguiente, según el enfermo, dos veces más neumonias, y siempre del mismo lado.

Después de esta última, ha continuado delicado de salud; se ha enflaquecido; nota pérdidas de fuerzas; el apetito ha disminuido; tose de un tiempo á esta parte; tiene sudores abundantes. Hace dos meses que tuvo vómitos de sangre.

Este último accidente le obliga á entrar al servicio donde se levanta el siguiente:

ESTADO ACTUAL

Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, tejido adiposo muy escaso; blanco; lijero tinte anémico generalizado; presenta al nivel del codo derecho una cicatriz pigmentada; los dedos hipocráticos.

Tórax: Asimétrico; la mitad derecha está deprimida en su cara anterior sobre todo en la fosa infra-clavicular y parte lateral.

Tipo respiratorio, costo-abdominal.

Se notan latidos en el 5° y 6° espacio intercostal derecho cerca del borde external.

Por la parte posterior, no se observa que un omóplato salga más que otro.

Pulmón derecho, por detrás: Matitez absoluta desde el vértice hasta la base. Las vibraciones están exageradas en todo el pulmón. Se siente respiración tubaria débil en casi toda la extensión del pulmón acompañada de rales sobre todo en la inspiración. En el vértice hay broncofonía; debajo pectoriloquia; entre la espina y el ángulo del omóplato pectoriloquia afónica. Se oye retintín metálico en un punto muy limitado del vértice.

Zona axilar: En la mitad superior matitez timpánica; debajo matitez absoluta.

Las vibraciones existen en la parte superior mientras que en la inferior están disminuidas. En la pri-

mera parte de la zona la respiración es afónica, debajo tubaria. Broncofonía y gorgoteo con timbre metálico en la primera porción de la zona. En el resto resonancia normal de la voz. Pectoriloquia anfórica difusa arriba; articulada debajo. No hay retintín metálico.

Pulmón derecho por delante: Matitez timpánica hasta el borde superior de la 4ª costilla; debajo matitez absoluta (olla cascada difícil de obtener).

No hay cambio de la sonoridad en la posición sentado ni tampoco al hacer abrir y cerrar la boca.

Las vibraciones están disminuídas.

Por debajo de la clávicula se percibe respiración anfórica; en el resto no es posible oirla á causa de los latidos cardiacos.

En la parte superior gorgoteo con timbre metálico y pectoriloquia afónica difusa. Todos estos fenómenos son más apreciables en la fosa de MORENHEIM.

En todo el pulmón se oye un *craquement* que solo acompaña á la primera mitad de la inspiración.

Pulmón izquierdo, por detrás Sonoridad normal en el vértice y base; sub-matitez en el tercio medio —Base no movible.

La respiración es vesicular fuerte en el vértice; débil en la base y tubaria en el tercio medio, acompañándose de rales mucozos; en la base se oyen rales finos.

En el vértice y la base se nota broncofonía; en el tercio medio bronco-egofonía.

Pectoriloquia afónica en toda el pulmón con máximun de intensidad en el tercio medio.

Zona axilar: Matitez en la parte superior, y sonoridad estomacal debajo. Se oye respiración tubaria en toda la extensión acompañándose al mismo tiempo de rales mucosos y roncus; además broncofonía con eco tubario y pectoriloquia afónica no articulada.

Pulmón izquierdo, por delante: Sonoridad normal desde el vértice hasta la base. Las vibraciones existen—La respiración es vesicular fuerte—Resonancia normal de la voz. Se oyen rales sibilantes.

Corazón: Se ven y se sienten latidos en el 4° y 5° espacio intercostal derecho, percibiéndose un *roulement* en este mismo punto; se notan también latidos en el borde izquierdo external y hueco epigástrico.

El choque cardíaco no puede circunscribirse, pero su máximum de intensidad parece estar al nivel del 5° espacio.

Los límites del corazón son: por arriba parte media del 4° espacio; por dentro línea media external; por fuera se confunde con la matitez pulmonar descripta.

Los tonos cardíacos se oyen en todos los focos siendo el 1° más fuerte y el 2° débil.

Pulso: igual, regular, pequeño, depresible (100 pulsaciones por minuto).

Hígado: Su límite superior se confunde con la matitez pulmonar, por debajo llega hasta el borde de las falsas costillas.

Bazo: no se palpa; 8 centímetros línea axilar media.

Abdomen: Lijero dolor á la palpación en la fosa ilíaca derecha; no se siente nada de anormal.

Lengua: saburral, húmeda, ancha—Tiene apetito —hay diarrea.

Esputos: abundantes, de aspecto nunmulares, no aereados, muco purulentos; de color verdoso.

Orinas: Cantidad normal.

Por varias ocasiones, durante la permanencia de este enfermo en el Hospital, se han hecho análisis bacteriológicos de sus esputos, constatándose en todos ellos el bacillus de *Koch*.

En cuanto á la orina el análisis microscópico dió siempre *cilindros hialinos y granulosos.*

La marcha de la temperatura de este enfermo osciló constantemente entre 38°, 39°5.

Este enfermo ha permanecido en el Hospital siete meses y durante todo este tiempo, fué adelgazándose cada vez más, perdiendo el apetito; la tos más frecuente con espectoración muco-purulenta abundante hasta el día 30 de Septiembre época en que muere.

Autopsia

Diagnóstico anotómico:--Deformación toráxica derecha—Gran dislocación cardiaca derecha—Miocardites fibrosa—Pleuresia tuberculosa crónica izquierda y derecha—Distensión pulmonar aguda lado izquierdo—Gran esclerosis pleuro-pulmonar lóbulo superior derecho—Cavidades multiples pulmón derecho—Miliar pulmonar esplénica—Nefritis parenquimatosa-doble (gran riñón blanco)—Enteritis ulcerosa tuberculosa.

Cadáver en mal estado de nutrición, buen esqueleto, rijidez cadavérica desaparecida, presenta en el

dorso algunas manchas ligeramente rosadas y que al corte dejan salir sangre.

En la región sacra, dos manchas á cada lado de la línea media, de color café, adherentes á la parte profunda (cicatriz).

A la abertura del abdomen, el epiplón cubre perfectamente los intestinos. El peritoneo parietal y visceral está liso, brillante.

En el tórax los espacios intercostales del lado derecho, al nivel de la línea axilar anterior son más angostos que los del izquierdo.

El externón en todo su largo ocupa exactamente su sitio y una línea tirada desde la orquilla hasta la espina del pubis lo divide en dos porciones iguales.

El largo del externón medido desde la orquilla á la base del apéndice xifoides es de 19 centímetros; el ancho al nivel del ángulo de Louis es de 0.02 1/2 centímetros; el mango á la altura de la articulación de la primera costilla es de 0.04 1/2 centímetros.

Sobre el lado derecho al nivel de la (región hepática) se observa una deformación más acentuada que en el izquierdo sobre el arco formado por la 7ª en la línea mamilar.

Esta deformación presenta una elevación angulosa de convexidad hacia afuera.

Diafragma: En el lado derecho asciende hasta el 4° espacio; en el izquierdo á la altura del 5°.

Tórax: Después de haber insuflado ligeramente los pulmones, se observa el corazón situado

completamente á la derecha tocando unicamente su punta la línea media.

La base del corazón se encuentra ocupando una extensión comprendida entre la parte media del 2° espacio y el borde superior de la 5ª costilla, llegando al nivel de la línea mamilar á estar cubierto por la lámina del pulmón del mismo lado.

La lámina del pulmón izquierdo llega hasta la inserción condro-costal de la 2ª costilla derecha y desde allí se extiende en línea oblicua hacia la izquierda hasta cerca de 0.03 centímetros del borde izquierdo external cubriendo por consiguiente todo el mediastino.

La lámina derecha vá hasta tocarse con el borde del pulmón izquierdo por la parte superior y hacia abajo se extiende cubriendo la base del corazón.

Pericardio: nada de particular.

Corazón: Aumentado de volumen, dos veces y media más grande que el puño del sujeto.

La cara anterior está formada en sus dos terceras partes por el ventrículo derecho; el resto por el izquierdo. Los vasos están en su sitio normal, el borde externo de la aorta coincide con el borde derecho del externón.

A lo largo del surco anterior del corazón se nota un tinte amarillento, grasoso.

La arteria pulmonar se dirije de derecha é izquierda, de delante atrás. (normal)

El *ventrículo derecho:* á su abertura deja salir muy poca sangre líquida y algunos coágulos de su interior.

El *ventrículo izquierdo:* contiene muy poca sangre y un pequeño coágulo fibrinoso.

Las *aurículas* contienen coágulos.

La *válvula pulmonar* está intacta; la *tricúspide* deja pasar apenas tres dedos y no presenta nada de particular.

En la *aorta* se notan en su pared interna y cerca de las válvulas, tres ó cuatro puntos blancos, salientes, se dejan cortar facilmente é infiltran todo el espesor de la túnica anterior.

Mitral: la valva izquierda presenta en su base dos ó tres puntos del tamaño de una arveja, opacos, espesados, blanco amarillentos de consistencia elástica, en la derecha nada de particular.

Miocardio: espesor del ventrículo izquierdo 0.02 centímetros; derecho 1|2 centímetro. El músculo se presenta de un color pardo oscuro; al corte se nota en el 1|3 inferior del ventrículo izquierdo manchas estriadas, blanquizcas de aspecto tendinoso, diseminadas.

Cavidades más grandes que lo normal; músculo fláxido; corazón en diástole.

Las *pleuras* están adheridas en todo el largo de la abertura toráxica.

Pulmón izquierdo.—La pleura está adherida en toda su extensión; el pulmón aumentado de volumen en 1/3 más que lo normal. Al corte; la pleura se presenta engrosada (1/2 ctm. espesor) adelgasándose en el vértice para aumentar en la base; la cavidad de la pleura está tapizada por un exudado, adherente fibri-

noso, espeso; la pleura visceral después de separar el exusado se encuentra rugosa, desigual. En la pleura diafragmática existe una pequeña cantidad de líquido amarillo verdoso, claro.

El pulmón está ligeramente rosado, de consistencia blanda; á la presión deja salir aire y líquido; presenta diseminados en toda su extensión siendo más confluentes hacia la base y el íleo, pequeños nódulos de color gris perla del tamaño de una cabeza de alfiler; en la base nudosidades del mismo tamaño que presentan una parte dura en el centro; en el íleo se notan ganglios ligeramente aumentados de volumen, de consistencia normal.

Pulmón derecho.—La pleura parietal algo espesada en el vértice; menos en el resto de su extensión; está completamente adherida y algunas de estas adherencias están edematosas.

El pulmón al corte, presenta en el vértice un espesamiento de la pleura de unos 1 1/2 cents. de grueso. En esta parte el tejido pulmonar ha desaparecido existiendo en su lugar como una zona de 0,02 cents. de grueso, de aspecto blanco, fibroso; debajo de esta zona, otra de pulmón engrosada reunida á la anterior por haces blanquizcos, fibrosos en toda su extensión y constituye la pared superior de una cavidad mayor que una naranja, ofreciendo en su interior puentes que limitan sub-cavidades más pequeñas.

La pared inferior es desigual con pequeñas cavidades que se vierten en la grande; está constituída por una lámina de tejido esclerosado; la pared interna

de la cavidad tiene 0,03 de espesor y está cruzada en su interior por tractus gruesos y fibrosos entre los cuales corren algunos vasos.

La pared externa, presenta aunque menos acentuada, el mismo aspecto que la anterior.

En la base del pulmón se vé una cavidad del tamaño de huevo de gansa, de color rojo vinoso, cuya pared inferior y externa están formadas por tejido pulmonar ligeramente consistente, muy pigmentada; en la pared interna se observan pérdidas de sustancia; es dura al tacto, engrosada, surcada por bronquios dilatados. Por debajo de esta cavidad el tejido del pulmón es duro, cartilaginoso, cruje bajo el escalpelo; es de aspecto tendinoso, blanco azulado, viéndose pequeñas partes de pulmón.

Todo el resto del órgano se encuentra en el mismo estado; en las partes en que el pulmón está menos atacado se ven puntitos de color gris perla.

La lengüeta anterior en su parte media, presenta sobre un fondo gris, donde no se encuentran rastros de tejido pulmonar, pequeñas cavidades del tamaño de una arveja y de las cuales se vé salir pus.

Mediastino—Se notan en él algunos ganglios peri traqueales de tamaño variable.

Bazo.—De tamaño y aspecto normal; la cápsula lisa. Al corte, presenta puntos al nivel de los ocinus, deprimidos, de color pizarra, toda su superficie está sembrada de pequeñas granulaciones gris perla.

Hígado.—Algo aumentado de volumen á expensas de su lóbulo derecho. Al corte, presenta islotes di-

seminados, de color amarillo opaco sobre la coloración rosada del órgano; acinus visibles.

Riñón izquierdo.—De tamaño doble de lo normal; su cápsula se deja desprender con facilidad. Al corte, la sustancia cortical, aparece amarilla pálida, de aspecto vítreo; los glomérulos del mismo color; la sustancia medular rosa vinosa.

Riñón derecho.—Exactamente igual al anterior.

Intestino.—En una cierta extensión se vén ulceraciones, de bordes tomentosos, los ganglios del mesenterio están infartados.

Recorriendo á la ligera los antecedentes ofrecidos por este enfermo, lo que primero llama la atención es la pleuresia primitiva á la edad de 12 años, la cual tiene una gran significación, sobre todo, por el concepto que se tiene de ellas con respecto á la tuberculosis, concepto que ha sido perfectamente sentado y establecido por Landouzy, Germain Sèe, Vallaird, etc.

Respecto á la influenza y á la neumonia que sobrevino tras ella, parece que esta última no fué aguda, franca, pues según el enfermo le duró aproximadamente tres meses, á menos que hubiera pasado al estado crónico ó bien de una resolución prolongada que necesitara todo ese tiempo para terminarse.

Ya este hecho puede indicarnos la intervención de otro agente, completamente ageno al proceso agudo;

por otrá parte, creemos oportuno recordar el antecedente pleuresía.

Lo que este enfermo llama neumonia después de la influenza, se nos ocurre preguntar ¿no habrá sido más bien una bronco-neumonia de carácter específico (tuberculosa) y que la influenza no le hubiera servido sino de pretexto para desarrollarse en un individuo perfectamente colocado para contraerla y que 12 años antes había sido designado como candidato?

Ahora bien, un individuo que en un lapso de tiempo relativamente corto ha tenido tres neumonias, una de las cuales con resolución prolongada y siempre en el mismo pulmón nos lleva naturalmente, á pensar en una neumonia crónica, la cual puede ser preparada é instalada paulatinamente por estos *poussées* neumónicos recidivando sobre un mismo lóbulo.

En el supuesto, de que la primera neumonia se hubiera hecho crónica, nos encontraríamos en frente de dos procesos, es decir, de éste y de la tuberculosis que debemos discutir y á este respecto el estado actual, la marcha clínica de la enfermedad, pueden suministrarnos datos.

El estado actual, desde luego, revela signos, que pueden ponerse á cuenta ya de una neumonia crónica ya de una tuberculosis. En efecto, notamos un individuo con emaciación avanzada, deformación toráxica, tos, espectoración, signos de cavidad; hepatización pulmonar; desviación cardíaca; sudores; diarrea y con un hábito exterior de tísico.

La marcha de la temperatura sumamente irregular

oscilando entre 38 y 39° con descensos hasta la normal.

Freanckel cree que puede establecerse una diferencia entre ambas y asigna á la neumonia crónica como característica de ella: la persistencia de la fiebre lo mismo que la de la matitez y á más una deformación toráxico progresiva.

Pero también puede suceder que una neumonia crónica evolucione concomitantemente con la tuberculosis y en este caso la clínica no nos facilitaría los elementos necesarios para establecer una diferencia bien apreciable.

No quedaría otro criterio sinó la constatación de los bacillus de Koch en los esputos que como sabemos fué afirmativa.

Ahora bien, la autopsia demuestra las lesiones propias de una tuberculosis vulgar de la pleura; de una tisis ulcerosa crónica perfectamente limitada á un solo pulmón.

No pudiendo llegar á una conclusión precisa por la falta del estudio histológico de la lesión, pero existiendo seguramente una tuberculosis bien neta y aún grandes cavidades en el pulmón, análogas á cavernas, adoptaremos este caso como tipo de una forma de *esclerosis pleuro pulmonar de origen tuberculoso.*

CAPÍTULO III

La observación que vá á leerse en seguida es interesante por la alta significación que ha adquirido en ella la deformación toráxica para el diagnóstico formulado de esclerosis pleuro-pulmonar; tanto más cuanto que hasta ese momento se desconocía la naturaleza de la lesión que había dado lugar á ésta En el curso de este capítulo al comentar los hechos clínicos y anátomo-patológicos de este enfermo tendremos la oportunidad de hacer resaltar más la importancia de la lesión pulmonar.

Y al mismo tiempo, vamos á considerar aquí también, otras observaciones muy semejantes á ésta y que pueden agruparse perfectamente ya por su marcha clínica, ya por las lesiones ofrecidas por ellos.

OBSERVACIÓN III

Hospital San Roque: Servicio del Dr. Julio Méndez

Diagnóstico: – Esclerosis pleuro pulmonar lóbulo superior izquierdo— Deformación toráxica consecutiva—Tuberculosis pulmonar— Distensión gástrica—Nefritis—Fístula del ano.

N.... N.... español, soltero, 39 años de edad, de ocupación jornalero, ingresó al servicio el día 10 de Septiembre del corriente año.

Los antecedentes hereditarios son desconocidos; en cuanto á los personales son los siguientes: á los 10 años viruela; á los 22 dice haber tenido dolores localizados en las rodillas, codos, muñecas las cuales eran dolorosas á la presion y á los movimientos: según parece han estado también aumentadas de volumen. No menciona si hubo ó no fiebre. No hay antecedentes sifilíticos ni tampaco hábitos alcohólicos.

Refiere el comienzo de su enfermedad actual á tres meses antes de ingresar al Servicio, habiéndose iniciado ésta con fatiga y palpitaciones las que algunas veces eran tan fuertes que le impedían el continuar su trabajo.

Hará un mes proximamente que ha notado tos y espectoración; jamás ha visto sangre en ella.

De doce días á esta parte observa por primera vez que se le hinchan los pies y las piernas; inchazón que queda localizada á estas partes.

Apetito disminuído—Tiene diarrea; tres ó cuatro deposiciones líquidas durante el día.

La orina esa escasa.

En estas condiciones es examinado por al Dr. Julio Méndez quien levanta el siguiente:

Estado actual

Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo, piel algo laxa; color blanco; presenta al nivel de los maleolos, piernas y cara posterior

de los muslos un edema blanco, blando, no doloroso á la presión.

También se vé este mismo edema al nivel del dorso y partes en declive; pero menos abundante.

Hay hemorroides externas; presenta en la línea media y dos centímetros por detrás del orificio del ano, una pequeña abertura redonda, de bordes lisos, del tamaño de un grano de mijo; esta abertura se encuentra situada en la piel la cual á su vez se encuentra separada del tejido celular subcutáneo dando lugar á la formación de una cavidad en cuyo fondo se vé una superficie lisa, rojiza. Haciendo presión sobre los lados de la abertura deja salir un líquido turbio (pus).

En la cara se nota una lijera tumefacción de los párpados; en la nariz y labics tinte cianótico.

Tórax: Asimétrico: la mitad anterior é izquierda está más deprimida que la derecha sobre todo en la fosa de Moremhein; tipo respiratorio, costo abdominal.

Pulmón derecho, por detrás: Sonoridad timpánica en toda su extensión; base movible. Las vibraciones existen; respiración vesicular se oyen roncus sonoros alejados. Resonancia normal de la voz.

Pulmón izquierdo, por detrás: Sub-matitez en la fosa supra espinosa, debajo sonoridad normal; base movible—Las vibraciones existen. Respiración tubaria en la fosa supra espinosa, debajo vesicular. En el sitio donde se nota la respiración tubaria existen también rales sub-crepitantes poco abundantes y *cra-quement* pleurales. Resonancia normal de la voz.

Pulmón derecho, por delante: Sonoridad normal —base movible. Las vibraciones existen—Respiración vesicular en toda la extensión—Resonancia normal de la voz.

Pulmón izquierdo, por delante: Sonoridad normal en toda su extensión; vibraciones existen; espacio de Traube libre; respiración vesicular. Al nivel de la fosa infra-clavicular se oyen *craquement* pleurales gruesos — Resonancia normal de la voz.

Corazón: Matitez: Por arriba, borde inferior de la 3ª costilla; á la izquierda, línea mamilar; á la derecha, borde derecho external.

A la auscultación todos los tonos normales; con excepción del segundo aórtico que es ligeramente timpánico.

Pulso: igual, regular, pequeño, depresible.

Hígado: Por arriba llega hasta el borde superior de la 6ª; el inferior hasta el borde de las falsas, sobre la línea mamilar; no se palpa, no es doloroso.

Bazo: no se palpa, siete centímetros sobre la línea axilar posterior.

Abdomen: presenta al nivel del epigastrios una distensión globulosa, cuyo eje mayor es transversal; sonoridad timpánica, se palpa el colon descendente. No es doloroso.

Lengua: saburral en el centro; bordes rojos, húmedo, dientes bien conservados, orla de F. Thompson poco marcada. Espectoración bastante fluida, mucoso.

La temperatura durante la permanencia de este

enfermo en el Hospital osciló constantemente entre 38° y 38° 8.

El examen bacteriológico de los esputos, verificado en el laboratorio de la Asistencia Pública con fecha 15 de Septiembre revelaron la presencia del bacillus de Koch.

La cantidad de orinas escretada por este enfermo ha sido de 500 gram., más ó menos en las 24 horas. En los distintos análisis se encontraron rastros de *albúmina*. En cuanto al microscópico, daba lo siguiente: *cilindros granulosos* en bastante cantidad; cristales de oxalato de calcio y granulaciones de uratos ácidos leucocitos en regular cantidad; algunas células vesicales y uretrales.

Septiembre 12. Hoy el edema persiste en los miembros inferiores con los mismos caracteres que ayer; lo mismo que el abovedamiento del abdomen.

Al nivel del mango external se encuentra una matitez de 8 1/2 ctms., que empieza sobre el borde del hueso en el lado derecho y se termina en la línea para-external izquierda.

Los pulmones dán los mismos síntomas que ayer.

El pulso: igual, regular, depresible, 100 pulsaciones por minuto.

Septiembre 14.

Anoche el enfermo ha tenido un escalofrío bastante fuerte, presentando después grandes sudores y acompañándose de una elevación de temperatura; examinado de nuevo se encontró lo siguiente:

Pulmón derecho, por detrás: Sub-matitez en las fosas

é infra espinosas, matitez absoluta en la base. Las vibraciones existen en toda la extensión. Respiración tubaria débil en el vértice; vesicular en el resto. En el mismo sitio que se oye respiración tubaria hay también chasquidos pleurales con timbre metálico y roncus lejanos. La resonancia de la voz está muy exajerada en las fosas supra é infra-espinosas, en el resto normal.

Zona axilar derecha: En la mitad superior sonoridad normal; en la inferior matitez. La respiración es vesicular, se oyen roncus algo alejados y poco abundantes. La resonancia de la voz es normal.

Pulmón derecho, por delante: sonoridad normal, base movible. La respiración es vesicular acompañada de numerosos roncus sonoros desde el vértice hasta la base.

Pulmón izquierdo: los mismos síntomas que anteriormente.

Sigue la diarrea.

Septiembre 24. Hace dos días que tiene sudores generalizados y profusos; la diarrea ha cesado. Tiene anorexia.

El pulso sumamente depresible.

Septiembre 26. Hoy se nota en la cara, lado derecho edema blanco bastante abundante. Se consiguió por medio de un enema que tuviera una evacuación.

El pulso con los mismos caracteres que ayer.

Septiembre 28. Estado general lo mismo que ayer. Hoy se nota auscultando el corazón un frote sistólico fuerte, superficial, áspero.

El pulso igual, regular pero muy deprecible.
La toz y la fatiga han disminuido. La espectoración es muco purulenta.

Septiembre 29: Mayor postración que ayer. Anoche no ha dormido; el edema y la cianosis de la cara han aumentado. Casi nada de tos. Lengua saburral, en el centro bordes rojos, ancha, seca. Tiene anorexia completa. Ha tenido dos deposiciones diarreicas.

La auscultación cardíaca revela ritmo de galope. El pulso sumamente frecuente y depresible.

Hay sudores copiosos

Intelecto poco libre.

A las 8 p. m., muere.

Al día siguiente se practicó la necropsia en el Anfiteatro del Hospital San Roque, y cuyo protocolo es tal como sigue:

Autopsia

Diagnóstico anatómico: Tuberculosis pulmonar crónica.—Esclerosis pleuro pulmonar doble.—Pleuresia crónica adhesiva ¿tuberculosa? Pleuresia seca fibrinosa reciente.—Miocarditis fibrosa. Ateroma de la aorta.—Nefritis parenquimatosa (doble) Tuberculosis ulcerosa intestinal.—Cirrosis grasosa —Pericarditis seca.—Ascitis.—Edema generalizado.—Fistula del ano.

Cadáver en regular estado de nutrición, rigidez cadavérica no desaparecida del todo, edema generalizada.

La deformación toráxica observada durante la vida apenas puede notarse á causa del edema que invade todas las regiones. A la abertura del abdomen se vé salir un líquido claro, ligeramente amarillento; la

superficie del peritoneo tanto el visceral como el pa rietal está lisa y brillante.

El diafragma se encuentra en el lado derecho á la altura de la cuarta costilla y en el lado izquierdo á la de la sexta.

Abierto el tórax se observa que la lengüeta pulmonar derecha llega hasta la línea media, el pulmón izquierdo no es visible por estar cubierto por la pleura mediastínica.

En la cavidad del pericardio existen unos 200 grs. de líquido amarillo, transparente. La superficie del parietal está lisa, brillante, ligeramente espesada; la hoja visceral presenta placas recientes de color blanquizco, las cuales son más acentuadas sobre el ventrículo derecho y algo sobre el izquierdo.

Corazón.—Una y media veces mayor que el puño del sujeto.

La pared del ventrículo derecho está fláxida, su espesor es de 1/2 cent., su cavidad una vez y media más que lo normal, contiene en su interior un coágulo fibrinoso adherido á los músculos y prolongándose hasta la pulmonar. Endocardio liso, brillante. Válvulas pulmonares intactas en su borde libre, ligeramente espesadas en su inserción y este espesamiento se extiende un poco sobre el endocardio. El coágulo descripto anteriormente presenta un plano posterior que atraviesa la tricúspide y termina en la aurícula.

Válvula tricúspide. Espesada irregularmente cerca de su borde, pero sin haber retracción. Aurícula nada de particular.

Válvulas sigmóideas: paredes engrosadas.—Endocardio algo turbio cerca del infundibulum mitral y músculos papilares.

Válvulas aórticas algo espesadas en toda su extensión.

Válvula mitral igualmente engrosada, ligeramente retraída en sus bordes.

El miocardio presenta al corte al nivel del ventrículo izquierdo manchas lechosas de aspecto tendinoso, diseminadas; el músculo tiene una coloración de hoja muerta. Así como también los papilares del mismo ventrículo presentan sobre toda la superficie una palidez sin brillo y en ciertos puntos las mismas manchas descriptas anteriormente en el miocardio.

Aorta, superficie desigual, rugosa en algunos puntos; tiene una dureza calcárea.

Pulmón izquierdo.—Extraído junto con la pleura parietal ha sido necesario destruír adherencias íntimas que existen entre ella, la mediastínica y el pericardio.

Las dos pleuras están íntimamente unidas; la parietal ofrece un engrosamiento como de 1 ½ ctms. tanto en la base como en el vértice; en la parte media del pulmón las adherencias son recientes con depósito de fibrina.

El pulmón se presenta al corte, de color rojizo, algo grisáceo, sobre todo en el vértice. Todo el lóbulo superior está duro, aumentado de consistencia y se nota en su superficie una caverna del tamaño de una nuez.

En este mismo lóbulo se ven tractus delgados de tejido fibrose que parten desde la base y concluyen en el vértice.

La superficie, al corte, es granulosa y se nota en ella una gran cantidad de pequeños nódulos del tamaño de una cabeza de alfiler, completamente diseminados y cuyo color varía del gris perla al amarillo; de aspecto y consistencia caseosa.

El lóbulo superior se encuentra adherido al inferior, el cual parece dividido en un sub-lóbulo inferior más pequeño á causa de un tractus fibroso en forma de arco.

La mitad inferior de este lóbulo está aumentada de consistencia y tiene los mismos caracteres que el superior pero menos acentuados.

En la mitad inferior aparece el tejido pulmonar de color, consistencia normal, á la presión deja salir un líquido blanquecino, abundante, espumoso, pero también está sembrado de pequeños gránulos color gris perla.

Pulmón derecho. — Presenta adherencias pleurales recientes con depósito de fibrina, pero todo ésto limitado al lóbulo superior y medio.

Al corte, el lóbulo superior presenta adheridas y espesadas ambas pleuras formando una sola lámina. El pulmón en este lóbulo ofrece las mismas alteraciones que el correspondiente en el izquierdo; todo lo demás menos acentuado; existe en él también una pequeña caverna del tamaño de una nuez exactamente en el mismo punto que el otro.

El resto del órgano tiene los mismos caracteres que su homónimo del lado opuesto.

Bazo.—De forma casi redonda; tiene de ancho 11 centm., 13 de largo y 3 de espesor; su cápsula muy espesada en algunos puntos.

Al corte, la superficie tiene la coloración borra de vino y permite arrastrar con facilidad su pulpa al pasar el cuchillo.

Riñón izquierdo.—De volumen normal; su color es rojo, deja desprender con facilidad la cápsula.

Al corte presenta la sustancia cortical, pero sobre un fondo rojo, momelones de color amarillo y que hacen relieve en la superficie del corte; en el resto no se observa nada de particular.

Riñón derecho.—Los mismos caracteres que el anterior.

Intestino.—Se nota que toda la parte superior del intestino delgado está ligeramente contraído mientras que el resto está más bien distendido á causa de la presencia de gas; ofrece en distintos puntos de su trayecto, observado por su cara serosa, nódulos pequeños del tamaño de una cabeza de alfiler, confluentes, que sobresalen de la superficie.

Abierto el intestino se encuentran ulceraciones chicas y grandes, ocupando estas últimas toda su circunferencia. El fondo de ellas está formado por una sustancia tomentosa, dura, desigual, con bordes adherentes no flotantes. Estas ulceraciones se extienden á todo lo largo del intestino delgado desde el duodeno

hasta el ciego. Tanto las paredes del intestino como el mesenterio están edematosas.

Hígado. — Algo aumentado de volumen; superficie desigual rugosa, cápsula transparente.

Al corte ofrece bastante resistencia al cuchillo; su superficie tiene una coloración marmórea rojo amarillenta, los acinus de color gris amarillento, en ciertos puntos el tejido per acinoso es bastante acentuado para dar á la superficie del órgano un aspecto granuloso.

Antes de entrar á considerar las reflexiones que nos sugiere este caso, vamos á describir el protocolo de una autopsia hecha en el laboratorio de la Asistencia Pública y en la cual las lesiones encontradas son tan semejantes que pueden hasta cierto punto superponerse.

Autopsia

Protocolo N° 139.—14 Mayo 1894.—Laboratorio de la Asistencia Pública

Diagnóstico anatómico —Pleuresia adhesiva doble.—Tuberculosis ulcerosa en ambos vértices.—Esclerosis parcial lóbulo superior derecho. — Tuberculosis pulmonar miliar. — Pericarditis fibrinosa seca parcial. — Congestión esplénica.—Nefritis parenquimatosa difusa (doble).—Degeneración grasosa del hígado.

Cadáver de un hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo; blanco. En las extremidades inferiores existe edema. Las venas del cuello aumentadas de volumen. En el dorso se notan manchas hipostáticas.

Abierto el abdomen se encuentra el epiplón cubriendo perfectamente los intestinos. La superficie del peritoneo visceral así como la del parietal está brillante y húmeda.

Diafragma: En el lado derecho se encuentra á la altura del 5° espacio intercostal mientras que en el izquierdo llega hasta el 4°.

Tórax: Abierto, se nota un derrame en ambas cavidades pleurales de un líquido color rojizo oscuro, y cuya cantidad es aproximadamente 500 gram. En la pleura izquierda se notan adherencias.

Pulmón izquierdo: Presenta adherencias múltiples siendo más consistentes en el vértice; al corte se encuentra cavidades del tamaño de una almendra, tapizadas por una membrana blanquizca. El resto del órgano ofrece una coloración marmórea y sobre ella se nota numerosos gránulos del tamaño de una cabeza de alfiler y de color gris perla. El tejido pulmonar dá á la presión aire y líquido.

Pulmón derecho: Ofrece también adherencias múltiples tanto en el vértice como en la base, pero siendo más resistentes en el primero.

El pulmón está deformado, su superficie anterior es globulosa. Al corte, se ven en el lóbulo superior bandas de tejido fibroso, de aspecto nacarado de 2 á 4 centímetros de ancho. Existe en el vértice una cavidad del tamaño de un puño, limitada por una parte por la pared costal y en otros por el pulmón; la superficie es rugosa y de coloración rojisa. En el resto del órgano se encuentran focos blan-

quiscos amarillentos de consistencia blanda; el resto del pulmón está sembrado de gránulos de color gris perla y del volumen de una cabeza de alfiler.

Corazón.—La hoja parietal del pericardio está lisa y brillante; en la visceral se observan placas blanquizcas muy tenues.

Volumen del corazón igual al del puño del sugeto.

Ventrículo izquierdo. — Paredes algo aumentadas en su espesor; *derecho* normal.

Válvulas, aórtica, mitral, pulmonar y tricúspide normales.

Al corte, el músculo ofrece manchas amarillentas difusas.

Bazo.—Volumen normal, cápsula lisa.

Al corte, la superficie es roja; las trabéculas son muy visibles; la pulpa se deja arrastrar muy poco por el cuchillo.

Riñones, (derecho).—Deja desprender con facilidad su cápsula; al corte su superficie es roja en la sustancia cortical; los glomérulos son visibles; se notan manchas grises turbias, difusas á manera de líneas. El riñón izquierdo igual en todo al anterior.

Hígado.—Tamaño normal; la cápsula está algo espesada; la consistencia disminuída al corte; aparecen la mayor parte de los acinus de color rojo amarillento.

Intestino.—No ofrece nada de particular.

Sin duda alguna, la lesión predominante en ambos casos es la tuberculosis en sus diversos estados. Pero al lado de ella existe también la esclerosis perfectamente desarrollada y definida; luego el problema á resolver sería: tratar de investigar qué relación guardan entre sí estas dos lesiones; cuál de ellas es consecutiva á la otra, ó bien si concomitantemente pueden existir constituyendo un proceso ya de marcha aguda ya de marcha crónica.

Ahora bien, en lo que se refiere á la tuberculosis en sí no tenemos duda alguna, pues sabemos que la forma ulcerosa hasta en sus grados más avanzados puede evolucionar de una manera completamente aguda: tal es la tisis galopante.

En cuanto á la esclerosis, por los datos que de ella nos proporcionan los autores y sobre todo de aquellas consecutivas á la neumonia crónica, sabemos que puede desarrollarse de una manera rápida y, para algunos, Freanckel, entre otros, en el espacio de muy pocos días. No puede, pues, extrañarnos que en estos casos cuya marcha ha sido al parecer aguda, constatemos las lesiones descriptas en sus respectivos protocolos.

La segunda faz del problema es la concomitancia, ó lo que es lo mismo, la relación recíproca que existe entre ambos procesos; y en esta parte nos ocuparemos solamente de lo que se refiere á la esclerosis.

Existen diseminados en la literatura médica algunos trabajos que han aparecido con intervalos de algunos años y publicados bajo el nombre de *tisis fibrosa*.

los cuales hemos recorrido tratando de reunirlos y deducir de ellos una conclusión más ó menos fundada y cierta, pero no nos ha sido posible conseguirlo; en unos porque las descripciones no son suficientemente detalladas, en otros por la falta de estudios histológicos, pues la mayor parte de ellos se basan puramente en los caracteres macroscópicos.

Y así Benecke en su tan citado artículo sobre *fibromatosis* refiere un número de autopsias, presentando una serie de casos en los cuales existen á la vez lesiones tuberculosas y esclerosas, muy semejantes á las ofrecidas por nuestros casos, deduciendo que la producción de tejido conjuntivo en ellos no es sinó la consecuencia de una predisposición propia y especial del sugeto.

Cuando esta producción exagerada se limita preferentemente al pulmón se obtiene la *tisis fibrosa*; cuando se generaliza invadiendo el resto de los órganos toma el nombre de *fibromatosis*.

A Benecke le han precedido Clark Powell y Williams describiendo el proceso de que nos ocupamos y llegando algunos de ellos á considerarlo como una forma de tuberculosis especial.

Autores más modernos tampoco aclaran la cuestión, notándose más bien en ellos la tendencia primitiva y ya impulsada por Benecke, cual es la de considerar la esclerosis pulmonar como un proceso primitivo en sí, pero que algunas veces también puede ser consecutivo.

Para nosotros, según el resultado obtenido del es-

tudio histológico que hemos recogido de la 1ª *obser vación*, que figura en esta tesis, podemos deducir que en la tuberculosis ulcerosa, sea ésta aguda ó crónica, el tegido conjuntivo que se encuentra en el pulmón es una producción esencialmente secundaria y dependiente de la irritación provocada por la presencia de las granulaciones tuberculosas, y de esta manera se explicaría la infiltración tuberculosa que el microscopio nos ha revelado como constituida por numerosas células gigantes, rodeadas por otras más pequeñas y que van desapareciendo á medida que el tegido conjuntivo va siendo también más denso, más antiguo, como si el tubérculo, lesión primaria y productora á la vez, fuera cediendo poco á poco su sitio á esta hiperformación de tejido.

Como ya lo hemos mencionado, las lesiones macroscópicas descriptas por nosotros, son idénticas á las que ofrece Beñecke, Sokolowsky, etc., en los suyos, y es muy posible que suceda otro tanto con los caracteres histológicos; por otra parte Bard al hacer el estudio de la tuberculosis fibrosa difusa señala detalles histológicos completamente semejantes á los observados por nosotros.

Pero, no pasa lo mismo bajo el punto de vista clínico; nuestra primera observación difiere completamente de la mayoría de los casos de tisis fibrosa, sobre todo por los datos generales establecidos por dichos autores, pues en ella ha evolucionado rápidamente á la par de una tisis galopante, mientras que habitualmente llevan una marcha crónica que generalmente se cuenta

por años y que solo por excepción puede evolucionar en muy poco tiempo.

El límite observado por nosotros es el de un año. En cuanto al actual aunque no sabemos con precisión su comienzo parece que su duración aproximadamente ha sido la misma que la de la primera observación.

Ahora, para terminar el análisis de los casos que son objeto de estudio en el presente trabajo, debemos agregar la siguiente observación recojida en el Consultorio externo anexo á nuestro Servicio en el Hospital San Roque.

OBSERVACIÓN IV

1895—Consultorio del Hospital San Roque

Diagnóstico.—Tuberculosis crónica — Caverna vértice derecho parte anterior—Dislocación cardiaca, mismo lado.

N. N.—Española, 36 años, viuda.

Fué vista por nosotros en 1893 por primera vez, con signo ya de una tuberculosis, no ofreciendo hasta entonces otra particularidad digna de ser mencionada.

Ha concurrido en distintas ocasiones pero recién en Julio 23 del corriente año se examinó de nuevo, levantándose el signiente:

ESTADO ACTUAL

Bien desarrollada, buen esqueleto, escaso panículo adiposo, blanca.

Tórax por detrás: La columna vertebral presenta una gran incurvación de gran radio hacia la derecha,

el omóplato del mismo lado algo más bajo y hacia afuera que el izquierdo.

Por delante: La fosa de Moremhein derecha deprimida; la cara lateral del tórax cerca del axila está aplanada de adelante á atrás.

En el lado izquierdo se nota una saliencia que se extiende desde el tercio interno de la clavícula hasta la segunda costilla.

Tipo respiratorio: Costo-abdominal: La parte derecha del torax no sufre ampliación en los movimientos respiratorios.

Pulmón derecho por detrás: En la fosa supra-espinosa una ligera submatitez timpánica; más abajo contra la columna hasta el nivel de la novena vértebra sonoridad normal; en el resto matitez. Las vibraciones existen en todo el pulmón con máximum de intensidad en el surco costo-vertebral.

Respiración tubaria, algo anfórica en toda la extensión del pulmón.

Al hacer toser la enferma se oyen rales sub-crepitantes con timbre metálico y rales gruesos mucosos en la fosa infra-espinosa. Pectoriloquia con resonancia exagerada de la voz en todo el pulmón con máximum de intensidad al nivel de los rales. Hay pectoriloquia afónica.

Zona axilar: En el tercio superior sonoridad normal, debajo submatitez hasta la base. Las vibraciones existen arriba, están disminuídas abajo. Respiración tubaria en la parte superior; de la misma naturaleza pero más alejada; debajo se oyen rales

sub-crepitantes con timbre metálico. Pectoriloquia afónica con resonancia exagerada de la voz en toda la extensión.

Por delante: Sonoridad normal hasta el borde inferior de la tercera costilla; debajo matitez, vibraciones disminuídas. Respiración tubaria algo anfórica en la parte superior sin acampañarse de rales, en la inferior la misma respiración pero aquí se sienten rales sub-crepitantes abundantes y con timbre metálico. Broncofonía alejada en este punto; debajo pectoriloquia afónica. Retintín metálico. No existe sucución.

Pulmón izquierdo, por detrás.—Sonoridad normal; base descendida y movible; las vibraciones están disminuídas; la respiración es tubaria algo anfórica en la parte superior y tubaria fuerte en el medio. En la base es vesicular; resonancia de la voz alejada.

Por delante.—Sonoridad normal; no existe matitez cardiaca; espacio de Traube libre; la respiración es vesicular en todo el pulmón; se notan algunos rales con timbre metálico. Resonancia normal de la voz.

Corazón.—Sobre la cara anterior del tórax se nota á la palpación latidos parecidos á los del corazón en el 3°, 4° y 5° espacio; al nivel del 5° y 1 centímetro por fuera del mamelón se siente un choque bien preciso.

En toda esta extensión, coincide la matitez descripta por arriba y por la zona axilar derecha; por el lado izquierdo tiene por límite el borde derecho external.

A la auscultación los tonos tienen el máximum de intensidad al nivel de la matitez, oyéndose sumamente débiles, en la región precordial y mango del externón.

La matitez hepática inferior coincide con el borde de las falsas costillas.

En este caso el diagnóstico de tuberculosis hecho tres años antes tal como consta en el libro de dicho consultorio, asegura desde luego la marcha crónica de la afección.

Los signos actuales de cavidad y la deformación toráxica propia de la esclerosis, aseguran el diagnóstico de la forma de la lesión.

Establecido ésto, aún todavía puede ser controlado este diagnóstico por la desviación de las vísceras próximas, pues este caso nos ofrece de una manera más notable todavía que la obs. II un tipo de dislocación cardiaca.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO I

Síntomas

Basándonos en las observaciones que anteceden, las cuales han sido analizadas en toda su amplitud, nos encontramos en condiciones para abordar de lleno el estudio sintomatológico y diagnóstico á la vez de la *esclerosis pulmonar de origen tuberculoso*.

Como se vé, no es nuestro ánimo enumerar todos los síntomas como pertenecientes á la esclerosis pulmonar en general, sinó que aprovechando nuestros casos que figuran en la primera parte de esta tesis, queremos únicamente detallar algunos de ellos que por su importancia y trascendencia conceptuamos como clásicos.

Si nos fuera permitido, diríamos que el sindroma clínico de la esclerosis está constituído por la *deformación toráxica* y la *dislocación de vísceras;* alrededor de los cuales se agrupan otros que pueden considerarse como secundarios, pero no por eso menos importantes

y de cuya constatación se necesita á veces para la mayor ilustración del diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa.

Deformación toráxica.—A Corrigan pertenece el mérito de haberla precisado con toda exactitud, pero le asignaba más importancia como factor en la patogenia de la bronquiectasia que como base de diagnóstico clínico.

Si tenemos en cuenta la relación extrecha que existe entre el pulmón y la pared toráxica, no se concibe que una alteración tal como la esclerosis cuyo primer resultado es determinar una disminución y condensación de su tejido, deje de influir directamente sobre la pared ósea, influencia que se traduce por una deformación más ó menos acentuada.

La observación clínica como la anatomía patológica confirman esta idea, mostrándonos que esclerosis y deformación van juntos. tanto en sitio como en extensión.

De todas las deformaciones toráxicas las más notables son aquellas consecutivas á pleuresias, caracterizándose sobre todo, por la extensión y la unilateralidad.

Entre las particularidades propias de ellas, debemos mencionar las incurvaciones compensatrices que provocan en la columna vertebral así como también la menor separación de los espacios intercostales y que según Lewinski sería más justo inculpar á la elevación de la cúpula del diafragma en el interior del tórax que á la deformación ósea en sí.

Lewinski sostiene, que se trataría en estos casos más bien de un *aminoramiento* de toda la parte que de una verdadera *retracción;* opinión muy de acuerdo con la manera de pensar de Virchow al respecto, para quien el tórax se encontraría en un estado de *espiración forzada.*

Este hecho es muy importante, señalándonos un criterio para valorar en sí la verdadera retracción provocada por la esclerosis de origen tuberculoso que es conocida desde mucho tiempo atrás y cuya particularidad consiste en localizarse en la parte externa de la fosa infra-clavicular (fosa de Moremheim), determinando en ella un verdadero hundimiento que es necesario no confundir ni con la falta ni con la atrofia de los músculos de la región. Hasta hace muy poco tiempo se consideraba esta depresión como característica de cavidad y por los antiguos sobre todo, como de caverna. Algunos de nuestros casos publicados en este trabajo así como otros cuya observación clínica y resultado anátomo patológico poseemos, nos indican que tal interpretación no siempre es exacta.

Cuando la esclerosis es bastante pronunciada se observa por la parte posterior del tórax una elevación hacia afuera del omóplato correspondiente al pulmón esclerosado, apareciendo en un plano más posterior que el del otro lado, dejando entre la columna y su borde interno una mayor separación, lo cual parece debido al cambio de relaciones provocadas por la deformación.

Podemos agregar, que en el Servicio hemos tenido

la oportunidad de observar una deformación lateral de las paredes del tórax y que denominamos: forma en *proa.*

En cuanto á la menor separación de los espacios intercostales entre sí, parece estar más en relación con una deformación consecutiva á pleuresía que á la esclerosis.

Otro tanto podemos decir de la desviación de una parte ó de todo el cuerpo del externón, nula en los casos en que la pleuresía toma muy poca participación; acentuada donde ella ha preponderado.

Esto lo apreciamos no solo por la inspección sinó también valiéndonos del signo del cordón de PITRES.

La deformación doble del tórax es sumamente rara, pero cuando existe se puede reconocer por la prominencia que adquiere el ángulo de LOUIS.

Todas estas deformaciones descriptas conservan, tanto en uno como en otro caso sus caracteres de origen, y que las notemos ya aisladas, ya que coexistan pueden ser diferenciadas en sus localizaciones costales como en las verterbrales.

DISLOCACIÓN DE VÍSCERAS

Constituyen junto con el síntoma anterior los dos caracteres clínicos más importantes de la esclerosis pulmonar.

Los órganos alojados en la cavidad toráxica y algunos de la abdominal son susceptibles de sufrir estos

cambios de lugar, tanto más grandes cuanto mayor es la extensión de la esclerosis.

El corazón en razón de su relativa movilidad está destinado tal vez, más que cualquier otro, á ser desplazado hacia el pulmón enfermo.

Este hecho no es raro observarlo, sobre todo, en las esclerosis con tuberculosis, y así MAYER ha podido recoger durante el año 1892, 198 casos determinados por esta causa.

Siguiendo el criterio de algunos autores, nosotros adoptamos el término *dislocación* y nó *dextrocardia*, pues ambos tienen para ellos una significación completamente distinta; así mientras que uno indica la imagen del corazón á la derecha, tal como está colocado en su sitio normal, el otro indicaría simplemente el cambio de lugar de esta víscera sola ó de ella y sus grandes vasos; una congénita, la otra necesariamente adquirida.

Pero, á pesar de estar perfectamente comprobado este desplazamiento, los autores no están todavía de acuerdo en cuanto se refiere al mecanismo íntimo de su producción. En efecto, el corazón encerrado en la cavidad toráxica forma con el eje general del cuerpo un ángulo próximamente de 60°, sufriendo lijeras variaciones de sitio en las distintas posiciones del individuo; ahora bien, bajo la influencia de la alteración que estudiamos él puede ser llevado hasta la axila en el lado derecho y en el izquierdo hasta la parte posterior. Se ha dicho que el corazón cambia de sitio con relación á los grandes vasos sufriendo en la parte inferior de su

eje vertical una rotación de izquierda á derecha. Bamberger ha sido el primero en demostrar que la rotación que se menciona no existe y que este desplazamiento se lleva sobre todo el órgano.

Posteriormente á él, Rosenstein ha dicho que el corazón efectúa un movimiento de rotación alrededor de sus vasos.

No siempre es fácil en la clínica poder constatar plenamente esta ectopía cardiaca, pues sucede muchas veces que el corazón situado normalmente, se vén y se sienten al nivel del 3° y 4° espacio (bulbo de la aorta y pulmonar) á la derecha ó la izquierda del externón, latidos arteriales rítmicos, que pueden hasta cierto punto simular muy bien su presencia; por otra parte, cuando uno de los pulmones está esclerosado, el otro le sustituye en su funcionamiento, sufriendo en consecuencia una distensión compensatriz.

Se comprende que en estas condiciones la exploración del corazón se encuentra dificultada y que los datos recogidos por ella puedan muchas veces inducirnos á un error de diagnóstico.

Como ejemplo de esta dificultad traída por el pulmón distendido, podemos citar un caso que hoy todavía se encuentra en el *Hospital San Roque,* sala 1ª, N°. 13.

Ofrece una esclerosis de casi todo el pulmón derecho con gran dislocación cardiaca y hepática hacia el mismo lado.

Al nivel del 2° y 3° espacio intercostal (derecho) contra el externón, se vén y se sienten á la palpación

latidos. En el mismo punto se perciben dos tonos claros y distintos.

Sobre la región precordial no se nota nada á la inspección y palpación. A la percusión no se encuentra matitez, en cambio en toda ella existe sonoridad exagerada; á la auscultación se perciben dos tonos sumamente alejados. En el sitio donde se notan los latidos (3° y 4° espacio) hay matitez desde el borde superior de la 3ª costilla; á la derecha y á la izquierda su límite se confunde con la matitez dada por el pulmón esclerosado.

Como se vé, notábamos tonos cardiacos en dos partes, si bien es cierto que éstos eran más fuertes al nivel del borde derecho external, lo que también podía atribuirse á que se producían junto al pulmón esclerosado y por lo tanto mejor para conducir y reforzarlos en su intensidad.

Algunos días después, se percibe en el sitio indicado (3° y 4° espacio) un ritmo de galope, sobrevenido probablemente á causa de una dilatación cardiaca, ritmo que lo vimos desaparecer más tarde con el empleo de la dijital.

Esta particularidad aseguraba de una manera incontestable la presencia del corazón en ese punto.

En efecto, no hay otros órganos capaces de producir tal ritmo.

Mi condiscípulo el Dr. José F. Tissone, con quien examinamos este enfermo, hizo notar esta singularidad en una de sus proposiciones accesorias de su tesis, la que formuló del siguiente modo: «*En las desviaciones del*

corazón, si se produce el ritmo de galope, éste solo signo indica la presencia del corazón».

JÚRGENSEN, considera de gran importancia para el diagnóstico de la esclerosis del pulmón de un solo lado, la desviación del mediastino, la cual puede ser comprobada por la percusión.

Esta desviación sería más apreciable, cuando el pulmón derecho fuera el esclerosado.

TRAUBE ha notado la desviación de los grandes vasos como consecuencia de la esclerosis; INMERMANN ha señalado la estenosis de las pulmonares en un caso semejante.

El diafragma unas veces por las adherencias establecidas con el pulmón, otras, por el vacío que deja al retraerse aquél es propulsado hacia la cavidad torácica.

De los órganos contenidos en la cavidad abdominal, el hígado y el estómago son los que más fácilmente se dislocan.

Con respecto al hígado es bueno tener presente algunas causas de error, y éstas son:

1ª Que puede estar dislocado de abajo arriba por la distensión de las paredes del abdomen; tendríamos dos criterios para evitarlo; uno sería la movilidad de la base del pulmón; el otro, el carácter transitorio de la dislocación.

2ª Que la matitez hepática puede estar disminuida en su parte inferior por la distensión parcial del colon; también es transitoria. Esta observación pertenece á GERHARDT.

De los síntomas secundarios de la esclerosis, en términos generales, se puede decir que ellos son los mismos que los proporcionados por el tejido pulmonar hepatizado por cualquier causa y en la forma que tratamos se agregan las de la tuberculosis ó bien signos que por ser poco característicos no pueden clasificarse.

Entre los signos secundarios, solo mencionaremos el *ruido cirrótico* que tuvimos la oportunidad de constatarlo en uno de nuestros casos (obs, II).

Es como dice JURGENSEN un ruido especial, *sui generis* que únicamente se le oye en el máximum de la inspiración no modificándose por la tos.

Tanto SKODA como WINTRICH le conceden gran importancia práctica.

Creemos que sería interesante conocer su patogenia sobre todo en aquellos casos en los cuales la esclerosis y la deformación toráxica son muy poco acentuadas; constituiría, entonces, un elemento más de juicio para arribar al diagnóstico, pues según algunos, sería propio del pulmón atrofiado.

FOURNET lo compara á un chasquido y piensa que se produciría al empezar á fundirse las infiltraciones tuberculosas.

Parece que no es frecuente; nosotros, sobre diez casos de esclerosis por distintas causas, que llevamos observados, solo en uno lo hemos encontrado.

En cuanto á la marcha clínica de la esclerosis no tiene nada de particular; ella es determinada por la lesión que la provoca; en los casos, objeto de este trabajo

ha sido la de la tuberculosis en sus diversas clases; en otro que tenemos en observación pero cuya patogenia es desconocida, jamás fuera de incidentes manifiestamente de origen intestinal, hemos visto temperatura.

CAPÍTULO II

Bases de diagnóstico

De la enumeración de los síntomas, hecha en el capítulo anterior, se desprende de una manera clara y distinta que los dos grandes síntomas de esclerosis pulmonar son: *la deformación toráxica y la dislocación de órganos*, tan importantes, que se puede decir que ellos por sí solos la caracterizan, acompañándola juntos ó predominando uno más que otro.

Podrá suceder que la esclerosis sea tan poco acentuada que no alcance á determinarlos á veces; y no dudamos que un clínico más ó menos perspicaz pueda sospechar la esclerosis y aún diagnosticarla, pero en este caso, creémos que lo hará más bien por la frecuencia con que ella acompaña á ciertos y determinados procesos que por los signos que por sí otrezca; pensamos que clínicamente no hay derecho para formular dicho diagnóstico mientras los mencionados síntomas no existan tanto más cuanto que los consideramos como un verdadero control de aquella.

De donde se deduce el gran valor que deben asignárseles como base del diagnóstico clínico de la esclerosis pulmonar, contribuyendo al mismo tiempo para establecer una diferencia completa con cualquier otra lesión pulmonar.

En cuanto á la deformación toráxica, cuando ella existe sola, podrá dar lugar á dificultades, pues, puede ser confundida con aquellas consecutivas á fracturas del esqueletos del tórax; pero sin embargo, tendremos siempre algún dato que nos sirva para establecer su diferencia; en efecto, aún en su mayor variedad todos ellos se encierran en un tipo determinado y bien conocido, sobre todo; nunca tienen la localización y la uniformidad que hemos mencionado al describir nuestros casos como propios de la esclerosis.

Respecto de los cambios de sitio de ciertos órganos tales como el hígado, etc., sabemos que ellos pueden ser temporarios ó definitivos, y que tratándose de esta última víscera puede estar rechazada por ser empujada de abajo arriba y no dislocada á consecuencia de una retracción pulmonar; pero ya hemos apuntado en el capítulo anterior cuál era el criterio de GERHARDT en estos casos para evitar un error diagnóstico, razón por lo cual no insistimos.

Con relación al corazón, sucede otro tanto; siendo necesario no confundir una simple *dislocación* con un *situ inversus* parcial (corazón solo ó acompañado de sus grandes vasos) y decimos parcial, por que cuando responde á un *situ inversus* completo, forma por demás muy poco frecuente, existen una sorie de datos que hacen imposible un error.

Pero, si el diagnóstico diferencial de la esclerosis con otras enfermedades pulmonares es hasta cierto punto fácil de establecer, no sucede lo mismo con las distintas formas de esclerosis entre sí, surjiendo

dificultades insalvables por la similitud de sus síntomas.

Este diagnóstico patogénico siempre está rodeado de una serie de obstáculos y solo por nuestros casos se comprende el esfuerzo que hemos necesitado hacer para llegar á aclararlos, y muchas veces no quedan sinó los antecedentes de los enfermos para ilustrarnos al respecto, pues como hemos dicho, salvo algunas particularidades, su sintomatología es muy análoga.

Podemos pensar que la esclerosis es consecutiva á una *neumonia crónica*, cuando entre los antecedentes del enfermo figura una neumonia cuya evolución se ha prolongado, ó bien una serie de ellas atacando el mismo pulmón por repetidas veces en un lapso de tiempo más ó menos largo y en los cuales persiste la temperatura con un tipo sub-febril; acompañada de tos, demacración y pérdidas de fuerzas más ó menos acentuados, anoresia, sudores y á veces diarrea y como muy bien dice *Barth*: el observador prevenido ó nó que examina en este momento al enfermo no puede dejar de pensar en una tisis galopante. Sin embargo, la marcha de ella no confirma este diagnóstico; porque la consunción no es tan rápida como en la tuberculosis; la tos y la dispnea no son tan intensas; en cuanto á la espectoración es mucu-purulenta, abundante; pudiendo ser en algunos casos como dice *Freankel*, ligeramente *herrumbrosa* sobre todo al comienzo de la enfermedad. Y todavía para aumentar todas estas dificultades suele agregarse, fuera de los síntomas propios

á la lesión, como menciona *Charcot*, verdaderos signos de cavernas producidas unas veces por el desarrollo progresivo de *úlceras* en el pulmón, ó ya por la evacuación en los bronquios de un abceso ó de un foco gangrenoso. Esta forma de esclerosis es más frecuente observarla en individuos comprendidos entre los 18 y 30 años.

Si la esclerosis fuera consecutiva á una *bronco neumonia* se caracterisaría sobre todo, por haberse iniciado en los primeros años del enfermo después de un sarampión coqueluche, fiebre tifoidea, etc, habiendo presentado en el transcurso del tiempo alternativas de mejoría y agravación. Sería propio de esta forma las dilataciones bronquiales bilaterales.

Si la *pleuresía* fuera la causa de la esclerosis, notaríamos una deformación unilateral (disminución de volumen) estableciéndose de una manera insidiosa; disminución de los espacios intercostales; desviación del externón y columna vertebral, acompañada de dislocación de los órganos vecinos. Agregaríamos que el tórax en estos casos según Lewinski, se encontraría en *espiración forzada*.

Otra forma particular de esclerosis y de la cual hemos tenido la oportunidad de observar varios casos, es la consecutiva á sarcomas, desarrollados en el mediastino, cuyos singnos generales son muy semejantes á los observados en cualquier clase de esclerosis pero que podrá ser reconocida su naturaleza cuando el tumor sea bastante notable acompañándose de signos propios.

Respecto de la que proviene de una *atelectasia pulmonar*, puede decirse que ella es patrimonio del niño en sus primeros años, se le reconocería por una deformación toráxica doble, perfectamente simétrica; por la saliencia del ángulo de Louis; por el hundimiento de las fosas de Moremheim; por la depresión en canaleta de las falsas costillas.

Es una forma muy rara y poco estudiada; ella ha sido objeto de varios trabajos publicados con algunos intervalos y ultimamente de una monografía de Franke.

En cuanto á la forma que estudiamos en esta tesis, la *esclerosis pulmonar de origen tuberculoso*, su diagnóstico patogenético es puesto de manifiesto, por los antecedentes del enfermo, la marcha clínica, etc., y más que todo por el examen bacteriológico de los esputos.

De todo lo dicho anteriormente, se deduce que el diagnóstico clínico en muchos casos puede quedar dudoso, sobre todo si se trata de esas formas mixtas que imponen la necesidad de ser observadas durante largo tiempo para ser aclaradas.

De la marcha de la enfermedad no podemos formarnos un criterio exacto que nos pueda servir de punto de mira, pues hemos visto casos cuya evolución clínica ha sido esencialmente crónica, en otros rápida.

CAPITULO III

Tratamiento

Sería de gran interés práctico que en una enfermedad tal como la esclerosis se pudiera combatir por medios apropiados impidiendo unas veces que ella se desarrolle en un pulmón ya preparado y dispuesto como sucedería después de cualquiera de los procesos que generalmente la determinan; otras en que establecida como lesión permanente y definitiva, continúe extendiéndose é invadiendo nuevas porciones del órgano.

Si nos fuera posible aislar la esclerosis como proceso único, dado su origen patogenético que como hemos dejado sentado en la primera parte de esta tesis ella es ocasionada por una irritación llevada sobre el tejido conjuntivo del órgano; el ideal sería entonces oponerse á esta causa, pero como se comprende no siempre está á nuestro alcance, tanto más cuanto que nos referimos á un proceso como el de la tuberculosis.

Pero puede muy bien quedarnos el recurso de modificar, si no la esclerosis en sí, al menos sus consecuencias, deformación toráxica, dislocación de órgano, etc.

Hemos buscado lo poco que se ha escrito al respecto con objeto de darle también nosotros una aplicación práctica llenando en lo posible sus indicaciones.

Tratándose de una forma de esclerosis tal como la que estudiamos debemos dividirla en dos partes con respecto al tratamiento: á un lado la esclerosis y sus consecuencias; al otro el proceso que la determina evolucionando concomitantemente con ella y de la cual no nos ocuparemos, pues nos desviaría de nuestro objeto primordial.

Ahora bien, el tratamiento que primero se impone como más lógico y racional á la vez, es el mecánico.

A pesar de lo limitado de sus aplicaciones el éxito en general ha sido bastante satisfactorio.

Parece ser GERHARDT uno de los primeros que persiguiendo este objeto ha aplicado el sistema de la compresión bi-manual en las bronquitis pútridas acompañadas con dilataciones bronquiales buscando obtener por este medio un aumento de la presión intra-toráxica sobre todo en el momento de la espiración.

Pertenece á LEWINSKI un tratamiento también bimanual contra las deformaciones toráxicas, el cual ha puesto en práctica con muy buenos resultados.

Consiste el procedimiento en una serie de compresiones que se efectúan sobre las partes laterales del tórax y á veces sobre todo él, durante la espiración, favoreciendo de este modo la acción de los músculos

espiradores é indirectamente la inspiración en cuya faz debe dejarse libre.

Estas compresiones acostumbra á hacerlas todos los días, y cada sesión dura por los menos 8 á 10 minutos.

Lewinski hace notar, que dichos enfermos obtienen inmediatamente un bienester instantáneo y á la larga la desaparición gradual de la deformación toráxica. Este mismo tratamiento lo ha hecho extensivo á los derrames pleuríticos en actividad y cuyos resultados ha consignado en una estadística.

Ultimamente hemos encontrado descripto un aparato denominado *eso-cardio de* Salaghi, cuyo autor lo destina para ser aplicado en algunas enfermedades cardiacas lo mismo que en otras del tubo gastro-intestinal de marcha crónica y entre estos, sobre todo, la constipación, pero que no dudamos pueda ser aplicado con éxito en las esclerosis.

Según el profesor Galvani de Módena, dicho aparato está constituido por un sistema de cintas que rodean todo el abdomen hasta la base del tórax comprendiendo las últimas costillas; dispuesto de esta manera se verifican contracciones rítmicas del vientre que coinciden con la espiración y con el relajamiento durante la inspiración.

Este aparato actuaría en este caso de dos modos: 1º Llenando la indicación se Lewinski esto es: favoreciendo la acción de los músculos espiradores: 2° influyendo sobre la circulación general y aún local, basado en el hecho de la movilidad acentuada de la

sangre abdominal, pues ella es espulsada hacia el tórax durante la espiración é inversamente afluye á él en la inspiración á causa de la isquemia producida por contracción y congestión por relajamiento.

Esta actividad circulatoria puede repercutir á la larga sobre la nutrición del pulmón y por consiguiente favorecer las condiciones necesarias para la detención del proceso.

Entre nosotros el Dr. Cobo se ha ecupado también del tratamiento mecánico de algunas deformaciones toráxicas y en especial de aquellas consecutivas á pleuresías.

En su trabajo inaugural, página 46, describe un aparato de Zander que convenientemente aplicado sobre el tórax facilita la ampliación de los movimientos respiratorios sobre todo la espiración. Menciona haber obtenido buenos resultados.

En nuestros casos, no hemos podido emplear este tratamiento debido á que en ellos la marcha febril hacía imposible su traslación á los gimnasios, pero por este tiempo empezamos ya á aplicarlo en otros que están bajo nuestra observación y cuyo resultado pronto lo haremos conocer.

Zenón Aguilar

Noviembre 1º de 1895.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Del valor de la sonoridad timpánica en los derrames de la pleura.

II

De los signos de compresión pasiva del pulmón: su valor diagnóstico.

III

De la importancia diagnóstica de los signos de compresión en las aneurismas toráxicas.

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1895.

Sírvanse dictaminar sobre la admisibilidad de este trabajo los señores: Académico Dr. José Penna y Profesores Suplentes: Doctores Abel Ayerza y Marcial V. Quiroga.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
LUIS M. ACUÑA.

Señor Decano:

Esta tesis reune las condiciones de admisibilidad que exije la ordenanza respectiva.

JOSÉ PENNA.

ABEL AYERZA. MARCIAL V. QUIROGA.

Buenos Aires, Noviembre 7 de 1895.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
LUIS M. ACUÑA.

BIBLIOGRAFÍA

CHARCOT.—Neumonie chronique.—*Tesis d'agregation;* 1860.

WAGNER.—Beitrage zur kenntniss der subacuten und chronische Neumonie.—*Deutsches Archiv f. Klin. Med.* XXXIII, pág. 441.

BENEKE.—Fibromatosis.—*Deutsches Archiv f. Klin. Med.* XXIV, pág. 271.

IMMERMANN.—Chronische interstitielle. Neumonie. Strictur des Lungen-arterie infolge derselben.—*Deutsches Archiv f. Klin Med.* V, pág. 235.

FRANKEL-TROJE.—Ueber die pneumonische Form der acuten Lungentuberculose.—*Zeitscrift f. Klin. Med.* XXIV, pág. 30-210.

SOKOLOWSKI.—Fibrose Form der Lungenschwindsucht.—*Deutsches Archiv f. Klin Med.* XXXVII, pág. 433.

FRANKEL.—Klinische und Anatonische Wiffheitung uber indurative Lungenentzundung.—*Deutscheo Med. Wocheus:* 1895, pág. 153.

LEWINSKI. — Ueber die scgenanten halbseitige Schrumpfung des Brustkastens nebst bemerkungen uber einer nene Methode zur Resorption nicht eitriger Pleuraergusse. *Virchow Archio;* Bd. 109, pág. 121.

GERHARDT.—Die Rheumatoiderkrankung der Bronchiektatiker.—*Deutsches Archiv f. Klin. Med;* XV, pág. 1.

FRANCKE.—Ueber Lungenschrumpfung aus der ersten Lebenzeit.—*Deutsches Archiv f. Klin. Med;* I.II, pág. 125.

COBO.—Kinesiterapia.—*Tésis;* Buenos Aires 1889.

GALVANI.—Esocardio Salaghi.—*Riforma Medica.*

DICTIONNAIRE DES SCIENCES MEDICALES; tomo XXVII.

LAENNEC.—Traité de l'auscultation médiate.

EICHHORST.—Traité de Diagnostic Médical.

JÚRGENSEN —Neumonia crónica. Versión española del doctor Vallina.

PERSL.—Tratado de patologia general.

CHARCOT.—Bouchard, etc. Traité de Médicine.

TISSONE.—Tésis inaugural, 1894.