Año 1904 N.° 1476

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRES OBSERVACIONES DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

FILARIOSIS — TUBERCULOSIS CALCÁNEO - ASTRAGALINA

QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ C. SILVANI

Exayudante del Laboratorio de la Asistencia Pública

(1898 á 1899)

Exayudante de Electroterapia — Expracticante menor y mayor del H. S. Roque

1900-01-02-03-04

BUENOS AIRES

IMPRENTA, LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

Calle Tacuarí 359

1904

Año 1904 N.° 1476

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRES OBSERVACIONES DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

Filariosis — Tuberculosis calcáneo-astragalina — Quiste hidatídico del hígado

JOSÉ C. SILVANI

Practicante del Laboratorio de la Asistencia Pública

(1902 á 1904)

Encargado de Histeroscopia — Practicante mayor y mayor del H. N. Rocca

1901-01-02-03-04

BUENOS AIRES

IMPRENTA, LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ESTRADA Y COMPAÑÍA

Calle Talcahuano 892

1904

Año 1904 N.° 1476

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRES OBSERVACIONES

DE

CLÍNICA QUIRÚRGICA

FILARIOSIS — TUBERCULOSIS CALCÁNEO - ASTRAGALINA

QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ C. SILVANI

Exayudante del Laboratorio de la Asistencia Pública

(1898 á 1899)

Exayudante de Electroterapia — Expracticante menor y mayor del H. S. Roque

1900-01-02-03-04

BUENOS AIRES

IMPRENTA, LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

Calle Tacuarí 359

1904

Año 1904 N.° 1476

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TESIS OBSERVACIONES

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

JOSÉ C. SILVANI

Ayudante del Laboratorio de la Asistencia Pública
(1895 á 1899)

Ayudante de Bioterapia — Expresticante mayor y ahuyor del H. S. Rapos
1900-01-02-03-04

BUENOS AIRES
IMPRENTA, LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ESTRADA&COMPAÑÍA
Calle Perú, 686

1904

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

DR. D. PEDRO LAGLEYZE.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
„ „ JOSÉ T. BACA.
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS.
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO.
„ „ EUFEMIO UBALLES.
„ „ JUAN R. FERNÁNDEZ.
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA.
„ „ MANUEL BLANCAS.
„ „ ROBERTO WERNICKE.
„ „ PEDRO LAGLEYZE.
„ „ JOSÉ PENNA.
„ „ LUÍS GUEMES.
„ „ ELISEO CANTÓN.
„ „ GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
„ „ EDUARDO WILDE.
„ „ MARTÍN SPUCH.
„ „ TELÉMACO SUSINI.
„ „ EMILIO R. CONI.
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretarios

DR. D. ZENÓN AGUILAR.
DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología médica	Dr. Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa.
Química médica	» Atanasio Quiroga.
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	» R. de Gainza (*licencia*).
Anatomía descriptiva	» Juan J. Naon (*licencia*)
Patología general	» Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	» Vacante.
Anatomía patológica	» Telémaco Susini.
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Julio Méndez
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé. (*lic*)
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer (*lic.*)
» Epidemiológica	» José Penna.
» Quirúrgica	» Juan B. Justo.
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes.
» Médica	» Francisco A. Sicardi.
Clínica oftalmológica	» Pedro Lagleyze (*licencia*)
Patología interna	» Marcial V. Quiroga.
Medicina legal	» F. de Veyga (*licencia*).
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo.
» Médica	» Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	» Samuel Molina.
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
» Médica	» Abel Ayerza.
» Genitourinaria	» Federico Texo.
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón.
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Substitutos	
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	Roberto S. Kolbe
— —		Vacante
Química aplicada á la medicina...	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Vacante
— —	»	J. López Figueroa, en ejerc.
Patología general	»	Vacante
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez
— —	»	Francisco Llobet
Fisiología general y humana.....	»	Horacio G. Piñero, en ejerc.
— — —	»	Mariano Alurralde
Anatomía patológica.....	»	José Badía
— —	»	Marcelo Viñas
Bacteriología.....	»	Juan C. Delfino
—	»	Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada.....		Vacante
Materia médica y terapéutica....	»	Angel M. Centeno
Medicina operatoria.....	»	Nicolás Repetto
— —	»	Leandro Valle, en ejercicio
Clínica ginecológica.....	»	Alfredo Lagarde
— —	»	José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello
— —	»	E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilogr..	«	M. Aberastury, en ejercicio
Patología externa.....	»	Pascual Palma
— —	»	Vacante
Patología interna		Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza.
— —	»	Teófilo A. Moret, en ejercicio
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante

ESCUELA DE MEDICINA (continuación)

Asignaturas		Catedráticos Substitutos
Clínica quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell
— —	•	Enrique Corbellini
Clínica neurológica	•	José A. Esteves
— —	»	José R. Semprun
Clínica médica	•	Ricardo Colón
Medicina legal	•	Domingo S. Cavia
— —	»	Pedro Barbieri, en ej.
Clínica quirúrgica		Vacante
— —		Vacante
Clínica médica		Vacante
— —	•	Ignacio Allende
Clínica obstétrica	•	Fanor Velarde
— —	»	Enrique Pardo
Toxicología experimental....	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica.....	•	Facundo Larguía
— —	•	Antonio F. Piñero
Clínica médica		Vacante
Clínica genito urinaria	•	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica.....	•	Benjamín T. Solari
— —	•	José T. Borda
Clínica quirúrgica		Vacante
Clínica obstétrica..... ...	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia .	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	» Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia . . .	» Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) . .	» J. Manuel Irizar
Higiene	» Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	» Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	» J. Manuel Irizar
Química analítica y orgánica	» Francisco P. Lavalle

Asignaturas	Cated. substitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia .	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr. Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia . .	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica . .	Vacante
Higiene	Vacante
Química analítica y toxicológica	Vacante
Ensayo y determinación de drogas	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica.	Dr Juan R. Fernández (*licencia*)
Parto distócico y clínica obstétrica. .	

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica . . .	M. Z. O' Farrell, en ejercicio
Parto distócico y clínica obstétrica . . .	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, fisiología, patología	Dr. León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal . . .	» N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal . . .	Vacante

A mis queridos Padres

PADRINO DE TESIS

ACADÉM. TITULAR: PROFESOR DOCTOR LUÍS GUEMES

A mis Hermanas

A mis queridos Padres

A mis Hermanos

Á la memoria de mis Abuelos

De la señora Ángela G. de Nolasco

Á la memoria del doctor Julián Aguilar

Profesor y amigo

Señores académicos:

Señores profesores:

Mi permanencia durante algún tiempo en el servicio de cirugía del Hospital San Roque, me ha proporcionado la ocasión de seguir en su evolución numerosos casos de clínica quirúrgica, decidiéndome á elegir como tema de mi trabajo inaugural, la observación de tres casos de dicho servicio, los cuales he creído de bastante interés científico, particularmente el que se refiere á Filariosis, por ser el primero citado en la República Argentina.

Antes de entrar á exponer mi modesto trabajo, deseo manifestar mi gratitud á los profesores de esta Facultad, como también á los médicos del Hospital San Roque á cuyo lado me he formado.

Mi agradecimiento al doctor Luís Güemes por acompañarme en este acto, como padrino de tesis.

FILARIOSIS

FILARIOSIS

Hospital San Roque.—Sala XIII.– Número 30

SERVICIO DEL DOCTOR JUAN B. JUSTO

Bautista Martínez, español, soltero, 30 años, jornalero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Ha tenido sarampión y viruela en la infancia.

Á los 14 años cayó enfermo, con chuchos, fiebre, puntada al costado derecho, mucha tos, esgarraba mucho; los esputos fueron al principio sanguinolentos, poniéndose después de color herrumbre. Esta enfermedad le duró un mes, estuvo en cama 20 días. (Neumonía).

Salió de Pontevedra, lugar de su nacimiento, á los 16 años, empleado como marinero en un buque mercante, continuando durante dos años en este trabajo. Luego se ocupó de comercio en Montevideo, trasladándose, después de tres años de

permanencia en la vecina república, á Filipinas quedando aquí algo más de dos años.

Durante su estadía fué atacado de una enteritis, con cefalalgias, deposiciones diarréicas numerosas y á menudo sanguinolentas; disminuyó mucho de peso, teniendo que guardar cama durante más de un mes, por faltarle fuerzas hasta para tenerse en pie.

Repuesto á los dos meses, se fué á Suéz donde decidió quedarse, ocupándose como cargador.

En varias ocasiones ha sufrido de malestar general, decaimiento, fiebre, cefalalgias, acompañado unas veces con diarrea, otras de constipación; esto continuó tres meses, durándole en cada ocasión siete ú ocho días.

Por último vino á Buenos Aires, y ha estado en un saladero, como peón. Desde esta época, no ha sufrido más molestias que un ligero dolor en ambas ingles, motivado, según cree, por un esfuerzo que hizo al levantar un fardo de mucho peso. Este dolor, que continúa aumentando de intensidad, lo decide á hacerse examinar. Me fué recomendado, haciéndolo ingresar el mismo día al servicio de cirugía del Hospital San Roque, servicio del cual yo era practicante.

Enfermedad actual.—Se reduce á la incomodidad y el dolor que siente en las ingles al caminar y sobre todo cuando hace algún esfuerzo.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, regular paniculo adiposo (dice haber adelgazado mucho) buen esqueleto, sistema piloso regular.

No existen perturbaciones funcionales en las diferentes vísceras.

En las ingles, á la inspección, nada anormal. Palpando se nota en los dos anillos inguinales, la separación de los pilares, dando cabida á la extremidad de dos dedos.

Cuando el enfermo hace fuerza ó cuando tose se percibe muy bien el choque del intestino pero sin que haya salida ni elevación de la piel que denote la existencia del intestino fuera del anillo.

En las bolsas se puede apreciar fácilmente que en el lado izquierdo el contenido es de mayor tamaño que el del otro.

Palpando, se toca un pequeño tumor blando, fluctuante y situado en la parte anterior y superior del testículo y en el nacimiento del cordón.

Se nota cierta separación ó estrechamiento al nivel de la unión con la parte superior testicular. No hay signos que hagan pensar en una afección inflamatoria, no es doloroso.

El escroto desliza perfectamente sobre el tumor, y este se mueve acompañando al testículo, sin que se pueda separarlo de él.

Se diagnosticó *punta de hernia* en ambos lados y quiste del cordón (lado izquierdo).

Se prepara el enfermo y el día 28 por la ma-

ñana, se procede á la operación. El doctor Juan B. Justo, jefe del servicio, opera del lado derecho cediéndome la intervención del lado izquierdo.

Incindida la piel se puede ver que en efecto se trata de puntas de hernia; procediendo á estrechar los anillos acercando los pilares por medio de puntos con seda.

Antes de cerrar la herida en el lado izquierdo, se saca el testículo de la bolsa por la misma herida herniaria, á objeto de extirpar el quiste del cordón diagnosticado anteriormente.

Nos encontramos con un quiste del tamaño de una nuez, rodeado de numerosos quistecitos más pequeños, (del tamaño de un grano de maíz más ó menos, otros de más pequeñas dimensiones) todos ellos están constituídos por una membrana delgada, blanquecina, dejando ver por transparencia un líquido amarillento claro; los quistes pequeños están muy adheridos á la parte superior de la vaginal, al nacimiento del cordón, y también hay adherencia entre ellos.

Los quistes, dando comienzo por el de mayor tamaño, fueron abiertos, extirpándose luego la membrana de envoltura.

En uno de ellos, llamóme la atención algo que parecía moverse en el líquido, haciendo la impresión de un pedazo de hilo de algunos centímetros de largo, color blanquecino, muy enredado y arrollado sobre sí mismo.

Extirpé este quiste, tratando de sacarlo íntegro, con el fin de observarlo más atentamente después de la operación; conseguí mi objeto y luego de haber librado la vaginal y el cordón de todos los quistecitos, se restituyó el testículo á su lugar, cerrando la herida operatoria por medio de una sutura continua con seda.

Observando detenidamente el pequeño quiste pudimos constatar que efectivamente el contenido raro, se movía en el líquido.

Decidimos abrirlo á objeto de proceder á su examen por medio del microscopio.

Para esto se puso en dos portaobjetos con célula y, separadamente, en uno el contenido sólido, al cual se agregó una pequeña cantidad de suero artificial Hayem; en el otro solamente el contenido líquido.

Mirando con un aumento de 80 diámetros nos dimos cuenta de que se trataba de un ser viviente con movimientos propios, es decir, de un parásito, que no se pudo clasificar por sernos imposible descubrir sus extremidades terminales, á causa de lo enredado y arrollado que se encontraba.

Al querer desenredarlo, tuvimos la desgracia de dividirlo en varios pedazos, resolviendo entonces llevarlo al Laboratorio de Patología General para que fuera estudiado.

En el otro portaobjeto, que contenía tan solo líquido, se notaba á simple vista que era turbio, además,

existían numerosos puntos blancos muy pequeños.

Al microscopio, se apreciaban una gran cantidad de cuerpos ovóideos, rodeados de una pequeña zona transparente, nítida y cuyo contenido variaba de unos á otros; los más pequeños encerraban una masa segmentada, sin forma precisa; los de mayor tamaño dejaban ver embriones ya más desarrollados y en diversas posiciones dentro de su envoltura.

Por fin, á más de todos estos huevos, existían numerosos embriones libres, animados de movimientos. Estos tienen una forma alargada, siendo una de las extremidades redondeada, lo contrario de la otra, que se adelgaza hasta terminar en una punta afilada.

Su constitución es la siguiente: una zona periférica, nítida, y una zona central, más obscura.

La última, no llena completamente á la primera, haciendo esta la impresión de una envoltura que excede mucho en tamaño á su contenido, pues en las dos extremidades se ve que la zona obscura central no llega á ocupar lo que llamaremos vaina de envoltura en su totalidad.

Como resultado de este examen, creímos que se trataba de un caso de filariosis, pero sin hacer un diagnóstico preciso.

En el Laboratorio de Patología General fué confirmada nuestra sospecha, tratándose, en efecto, de un caso de *filaria sanguinis hominis*, cuyas

microfotografías acompaño á este trabajo; ellas me han sido cedidas galantemente por el doctor Bachmann, que ha estudiado el parásito y hecho diagnóstico de él.

Perfectamente claras, permiten apreciar bien los detalles antes expuestos.

De la filaria madre no ha sido posible obtener ninguna microfotografía.

Confirmado el diagnóstico y deseando continuar en la observación del caso, proseguí su estudio, completándolo con exámenes de orina y de sangre.

Los exámenes de orina se han efectuado con prolijidad no habiéndose encontrado embriones en ninguna ocasión.

Para la investigación en la sangre, he extraído por picadura en la pulpa de los dedos, dos ó tres gotas que examinaba en preparaciones frescas y fijadas por simple desecación. Este estudio ha sido seguido durante el tiempo que pude retener el enfermo en el servicio, es decir, durante cerca de un mes.

Según la mayoría de los autores, el momento más propicio para la extracción de la sangre ó, mejor dicho, las horas en que se encuentra más á menudo los embriones en ella, son las horas del sueño, del reposo y no las horas de la noche solamente. Esta aserción ha sido comprobada

cambiando las horas de sueño y de vigilia, pudiéndose ver que estando en reposo completo ó en el sueño durante las horas del día, se encontraban los embriones.

La explicación de esta periodicidad en su aparición, es la siguiente: los vasos capilares durante el sueño, se encuentran en cierto estado de relajación, volviéndose más anchos que durante la vigilia, en que su tonicidad aumenta estrechándose; los embriones, más voluminosos que los glóbulos rojos sanguíneos no pueden circular en los capilares de la piel, sino cuando estos se encuentran relajados, teniendo que albergarse durante la vigilia en los vasos de mayor calibre.

Guiándome por estos estudios que he podido recoger en los libros de parasitología, he verificado diariamente exámenes de sangre, prefiriendo para su extracción las horas del reposo.

Desgraciadamente, á pesar de esto y de haber hecho ocho ó diez preparaciones en cada ocasión, continuando así por espacio de un mes, no me ha sido posible encontrar ni una sola vez los embriones en los preparados, cuyo número se eleva á algunos centenares.

Pero nos basta el haber encontrado la filaria adulta, los huevos y los embriones contenidos en los quistes para asegurarnos del diagnóstico.

Consideremos, por otra parte, que el enfermo que me ocupa ha seguido involuntariamente y

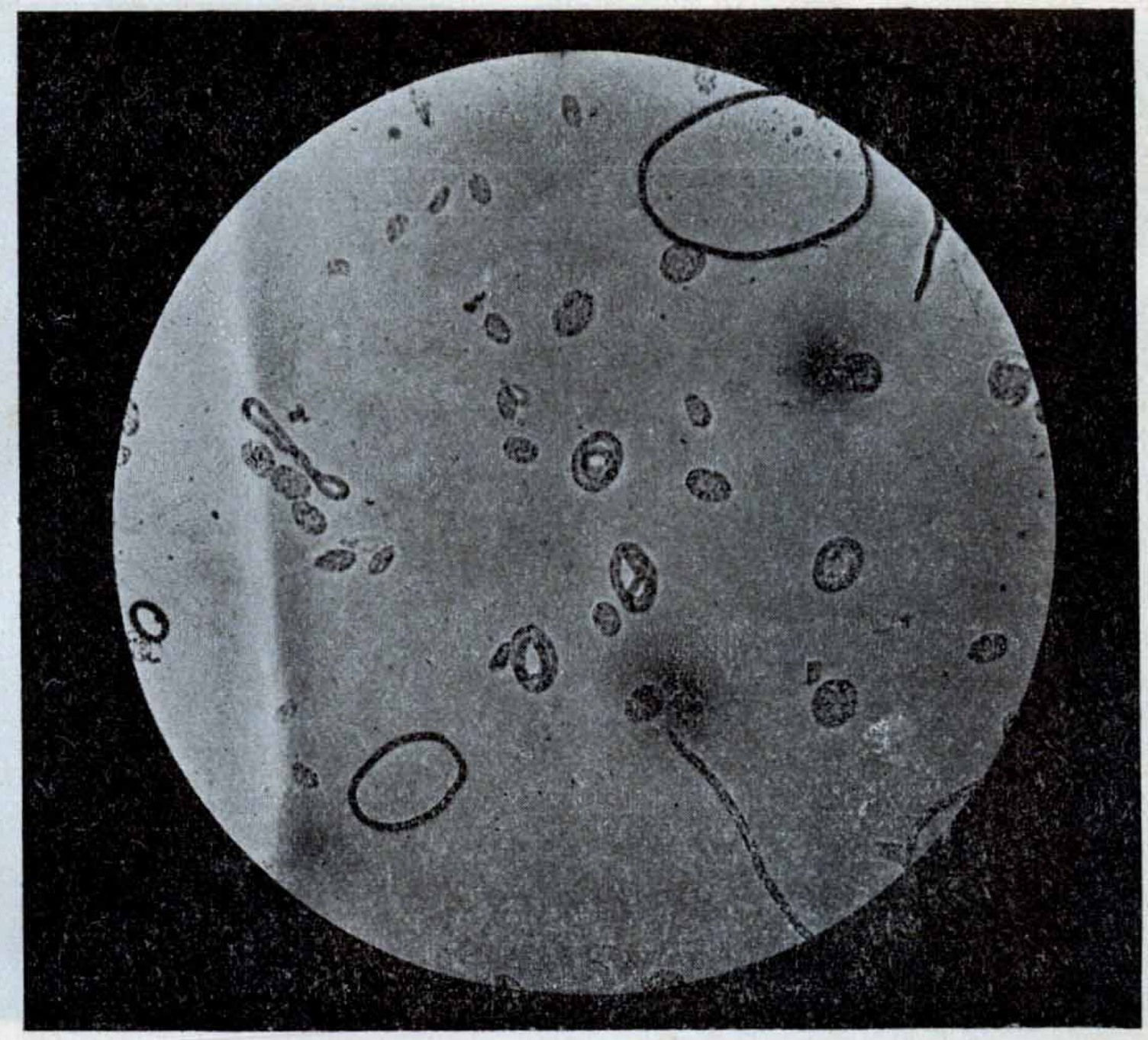


FIG. I — **Embriones y huevos** — Aumento: 28 diám.

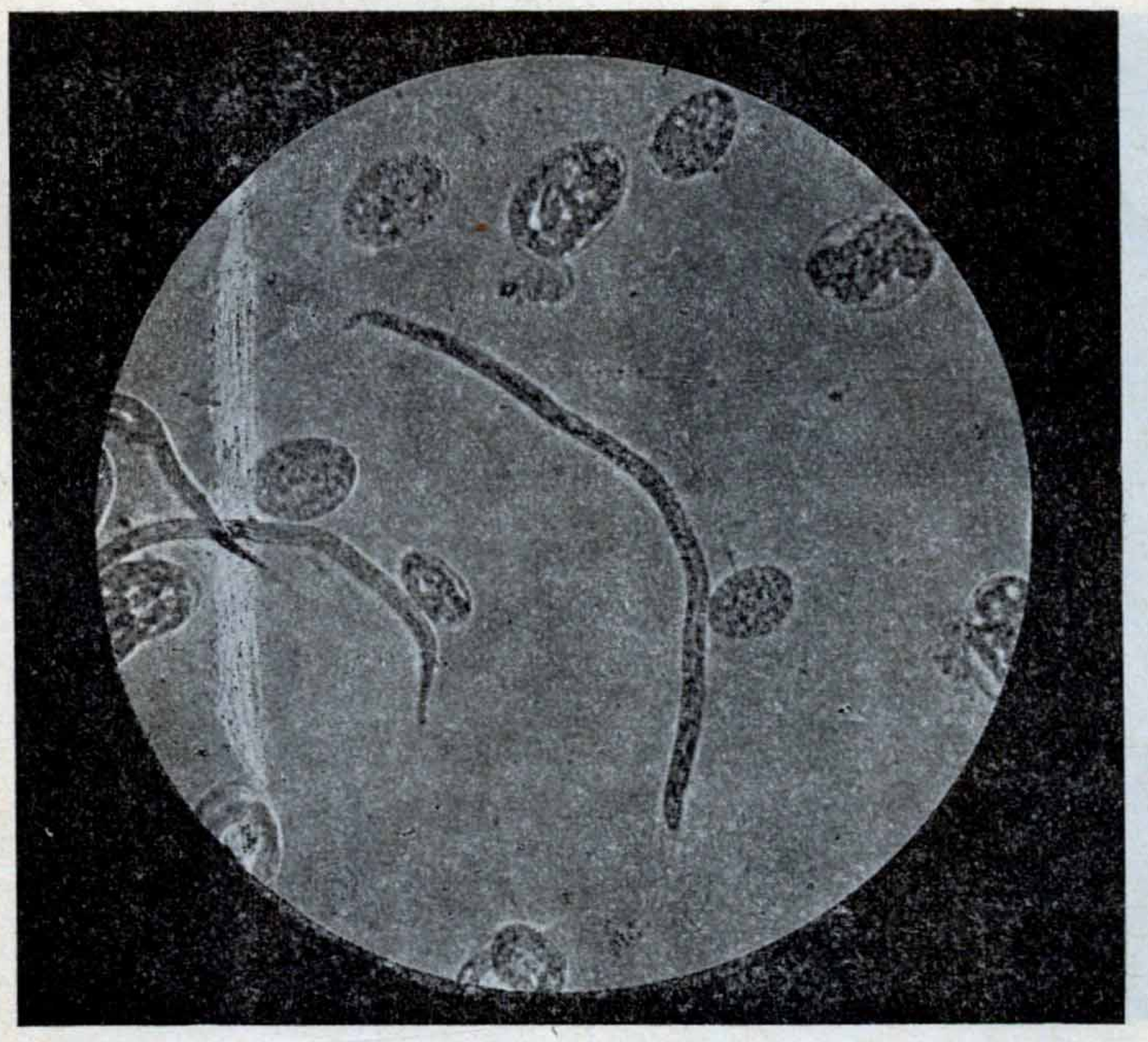


FIG. II — **Embriones y huevos** — Aumento: 50 diám.

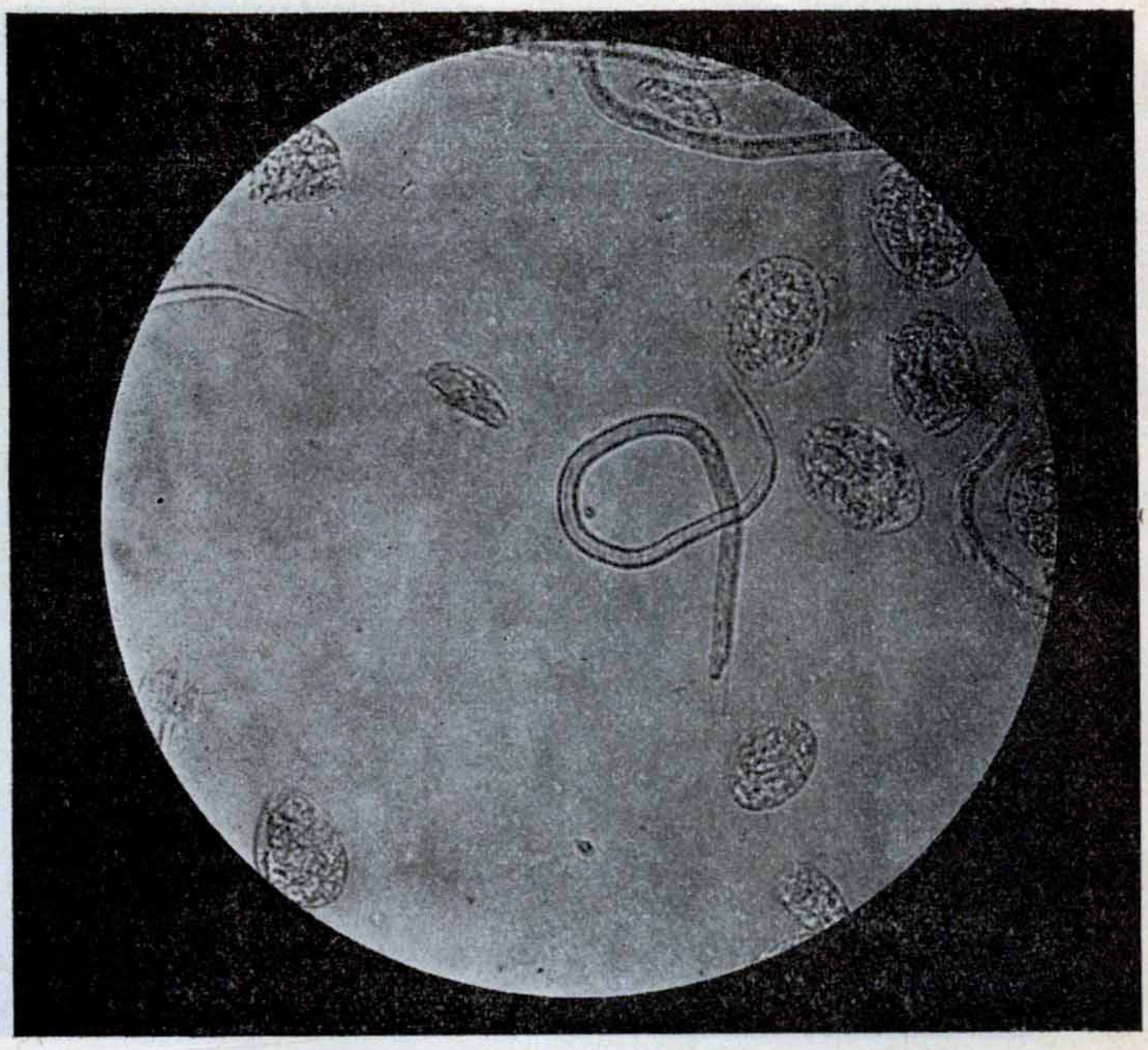


FIG. III — **Embriones y huevos** — Aumento: 50 diám.

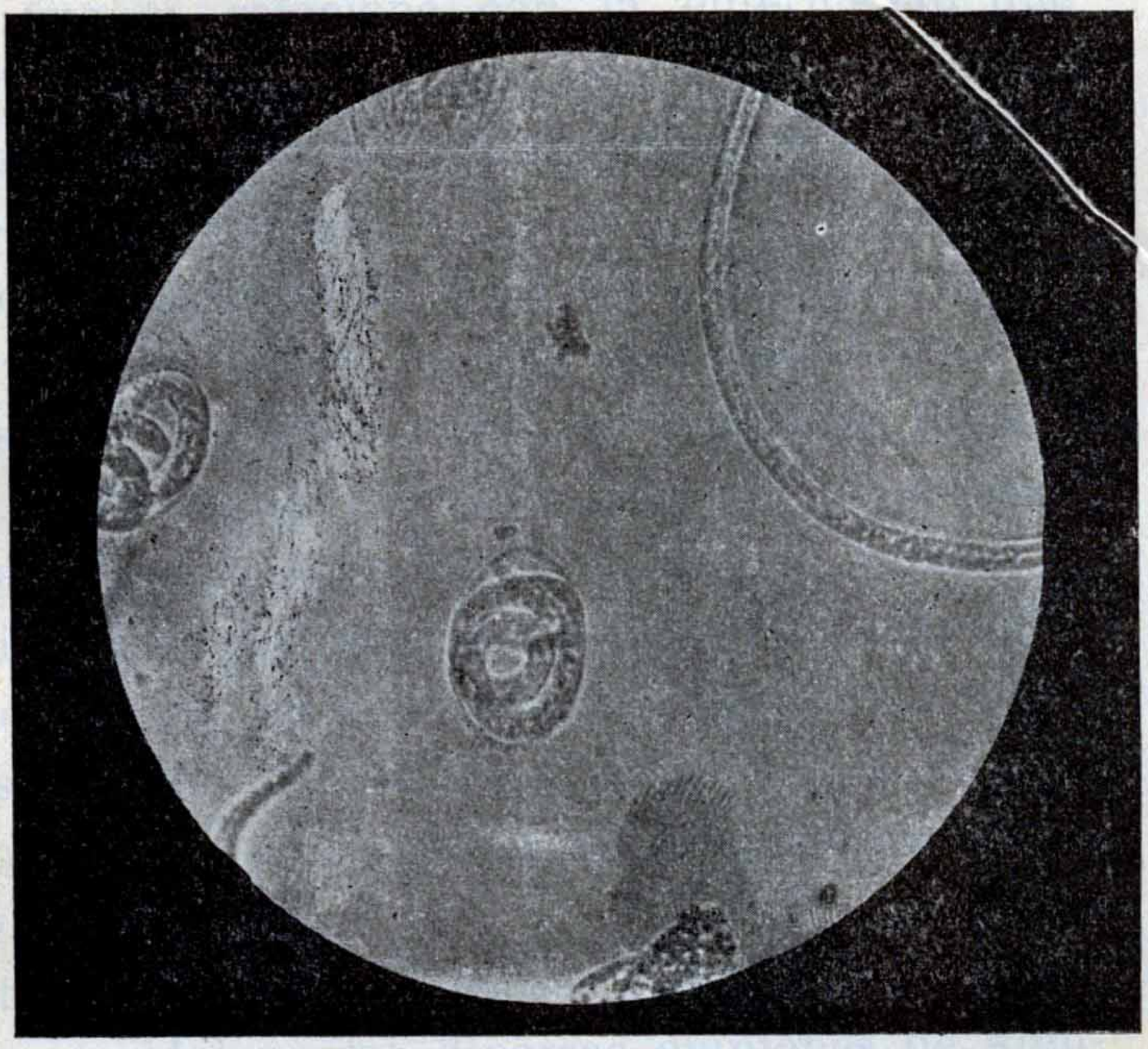


Fig. IV — Embriones y guevos — Aumento: 115 diám.

sin saberlo, uno de los tratamientos que se aconsejan y que ha dado buenos resultados en más de un caso, es decir, el cambio de clima y de región.

Actualmente no acusa tampoco ninguna perturbación que se relacione con la enfermedad que tiene ó que tenía, pues aún sin afirmarlo, podemos sospechar que los embriones no existen en la sangre ni en la orina.

Podemos explicarnos diciendo que el enfermo no conserva como restos de una antigua infección de filariosis, más rastros que la existencia de una filaria y sus embriones contenidos en los quistes.

Relativamente á la forma en que se verifica la infección, hoy día son completamente aceptadas las ideas y los últimos estudios, bastante concluyentes, debidos al célebre médico inglés Patrick Manson, quien ha puesto en evidencia el ciclo evolutivo del parásito.

Antes de ocuparme de estos estudios, anotaré en pocas palabras las diversas opiniones de algunos observadores, al respecto.

Aunque se había constatado la existencia de la filaria adulta y de los embriones á la vez, el mismo Manson, en sus primeros estudios, aceptaba ya la existencia de un huésped intermediario para la propagación y evolución del parásito.

Hasta hace poco tiempo, creíase que la infección se realizaba por medio del agua contamina-

da, cuando se la bebía no filtrada ó no hervida.

La existencia de los embriones en estas se explicaba así:

Los mosquitos (hembras) que durante la noche pican al hombre, al absorber la sangre, ingieren también cierto número de embriones. La trompa, al introducirse en los pequeños capilares, desempeña el papel de un obstáculo al pasaje de los embriones que pululan en la sangre, de donde se comprende que los insectos ingieran una gran cantidad de ellos (hasta 30 y 40).

Los embriones, una vez llegados á la porción abdominal del intestino del mosquito volverían á la parte anterior para concluir allí su transformación, que se completa al cabo de seis ó siete días.

Los culicidos buscan el agua para deponer sus huevos, muriendo cinco ó seis días después de haber ingerido la sangre del hombre, de manera que los embriones tendrían que atravesar los tejidos del cadáver para vivir libremente en el agua, muriendo la mayor parte de ellos, pues no completarían su desarrollo.

Más tarde se ha comprobado que los mosquitos viven mucho más de seis días, hasta tres semanas y aún más tiempo.

Manson, en sus últimos estudios á que me refiero más arriba, después de descubrir y clasificar al huésped intermediario, un mosquito que pertenece á la especie culex ciliaris, presentó á la Aca-

demia de Medicina de París, en mayo de 1900, una colección de preparaciones microscópicas, demóstrando las transformaciones y el camino que siguen los embriones.

Según las preparaciones, después de atravesar las túnicas intestinales del insecto, los embriones se dirigen hacia los músculos torácicos, fijándose en ellos; al cabo de unos días, los músculos sufren un proceso degenerativo, avanzando entonces hasta invadir el prototórax; desde aquí continúan su camino hasta llegar á la extremidad de la trompa, donde se ubican en gran número.

De esta manera, cuando el mosquito pica nuevamente al hombre, puede inocular fácilmente á éste en los linfáticos de la piel, especialmente de los brazos y del escroto.

Desde los linfáticos, los embriones pasan á la sangre, esparciéndose en el organismo, donde viven y después se reproducen, siendo ovovivíparos.

Cuando los embriones llegan, llevados por el torrente circulatorio, á órganos excretores, como el riñón, por ejemplo, son expulsados al exterior y destinados á perecer; lo mismo pasaría con los que se encuentran en la sangre, si no fueran ingeridos por los mosquitos para continuar en esta forma su migración y propagación.

Son regularmente numerosos los casos observados en varias regiones, especialmente en África y en las Antillas. El mayor número de observacio-

nes pertenece á Wucherer, que la encontró en veintiocho enfermos de quiluria al examinar la orina. Hay otros casos citados por Levis, Salisbury, Cravaux, del mismo género. Ha sido encontrado también en algunos hidroceles (Bancroft, Demarquay), en los linfáticos (Manson-Bancroft), y por fin, en los esputos sanguinolentos de un sujeto (caso de Benkema en Nagasaki).

Reconsiderando ahora los datos que hemos recogido en los antecedentes de nuestro enfermo, vemos que ha permanecido en regiones como Filipinas, donde existe la filaria, lo mismo que en Suéz, de manera que el origen de la infección se explica perfectamente.

Antes de terminar, haré constar que el enfermo se encuentra trabajando en el saladero « Las Palmas », sin que haya sentido hasta la fecha alteración alguna en su salud.

OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA

Astrágalo calcaneana ó tumor subastragalino

OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA

Astrágalo calcaneana ó tumor subastragalino

Esta afección, es conocida desde el tiempo de Hipócrates, bajo diversas denominaciones y ha sido descripta é interpretada de varias maneras por el mismo Hipócrates, luego por Asclepiades, Rhazes, Ambrosio Paré, Wiseman y varios otros.

Podríamos dividir la historia de ella en cuatro períodos bien definidos en lo que se relaciona con la anatomía patológica, con el modo y sitio de comienzo.

I.—Posteriormente á los arriba nombrados, existe un regular número de observadores que en sus experiencias llegan á conclusiones bastante lógicas y aceptables desde que hoy día se han convertido, podemos decir, en doctrinas en la opinión de autores modernos.

En 1817, Rust ya afirmaba que los tumores blancos articulares tenían por punto de partida una afección ósea; más tarde Lisfranc detalla la la existencia de granulaciones en los tumores blancos, haciendo ver la semejanza que existe con las observadas en la tuberculosis pulmonar, y consi-

dera los traumatismos como una causa que determina la ubicación ó la localización en las articulaciones de un principio mórbido ya existente en el organismo.

Nélaton hace una buena descripción de la tuberculosis de las epífisis y también de la tuberculosis del tejido esponjoso. Luego, los estudios de Cruveilhier, Rokitansky y otros, aumentan los conocimientos anátomopatológicos.

Por fin, el primero en dar el nombre de artritis tuberculosa fué Bonnet, que hizo una división de ellas en artritis tuberculosas, artritis fungosas y abcesos fríos articulares.

II.—Más adelante, (hasta 1875-78) se rechazan ó no se da la importancia que tienen á los trabajos realizados, considerándose solamente la granulia articular ó sinovitis tuberculosa miliar haciendo también una división completa entre las caries y la tuberculosis de los huesos.

Las masas caseosas formadas en ellos se tenían por infiltraciones de pus, bajo denominación de osteítis caseosa crónica.

La idea del origen sinovial de las lesiones adquiere importancia llegando á quedar aceptada.

III.—Desde 1878 en adelante, con experiencias como las de Max Schuller, produciendo la artritis tuberculosa por inoculación, luego Riedel, Koenig,

Wolkman y una serie de otros experimentadores, las antiguas opiniones vienen á quedar sentadas definitivamente, y Korteweg considera, como era la opinión de Rust, que la lesión daba comienzo por la parte ósea.

Por fin, el descubrimiento del bacilo de Koch en las tuberculosis articulares pone de manifiesto la naturaleza de la lesión, dando lugar á la separación de estas con otras afecciones periarticulares y con las artritis pseudotuberculosas.

Dejaremos á un lado el estudio en general y nos ocuparemos en seguida de las tuberculosis del pie, que son las que nos interesan especialmente.

Bajo el nombre de tumores blancos del pie se conocen las tuberculosis de las articulaciones de los huesos del pie.

Descriptos especialmente encontramos más tarde el tumor blanco tibiotarsiano, la osteotuberculosis astrágalo calcaneana, ó tumor blanco subastragalino, tumor blanco mediotarsiano, las tuberculosis tarsometatarsianas y metatarsofalangianas.

El tumor blanco subastragalino da comienzo generalmente en el astrágalo ó en el calcáneo, según la opinión de Le Dentu, que cita en su apoyo los estudios de Gross, Röhmer y de Andry y sobre todo Ollier, aunque este no insiste mucho en la lesión subastragalina, punto que no ha sido muy estudiado y al cual no se ha dado la importancia que merece. Los autores la mencionan de paso

en sus obras, pero Le Dentu y Delbet, le asignan un puesto importante estudiando sobre todo lo relativo al tratamiento.

Anatomía patológica. — Debemos insistir en la lesión primitiva, ó de origen, que es en la mayoría de los casos (sino en todos) en uno de los huesos, en el calcáneo casi siempre, á veces en el astrágalo, en muy raras ocasiones en los dos huesos á la vez.

La infección se propaga hacia las sinoviales tendinosas generalmente, ahora bien, cuando el origen de la afección es óseo, las sinoviales son atacadas indistintamente, sin relación y de cualquier región que ellas sean, mientras que cuando se trata de tuberculosis primitiva de las sinoviales, estas se encuentran afectadas en grupos regionales, de manera que esta diferencia es de bastante utilidad en el diagnóstico, aunque no se pueda considerar como absoluta.

Como causas predisponentes, anotaremos antes de todo, la herencia, después la miseria, etc., teniendo como causa ocasional de importancia, los traumatismos, especialmente las torsiones del pie.

Sintomatología. — En el primer período no da síntomas dignos de tenerse en cuenta; recién cuando principia el hinchamiento es cuando los enfermos se preocupan de su enfermedad. Con el

hinchamiento principia el dolor que existe sobre todo por debajo del maléolo interno, y en el plano horizontal hacia atrás.

Este dolor desaparece ó se atenúa mucho con el reposo, los enfermos no pueden permanecer casi de pie, siendo imposible la marcha.

El dolor es causado por el roce de las partes óseas enfermas; golpeando sobre el talón, aunque no sea el golpe muy fuerte, se produce igualmente dolor.

Los antecedentes de haberse manifestado el dolor lentamente y casi siempre después de un golpe ó una torsión del pie, luego la hinchazón y la molestia que se acentúa poco á poco hasta convertirse en dolor; los movimientos disminuídos ó abolidos según el período en que se encuentra la afección hacen poco difícil el diagnóstico de la enfermedad.

Tratamiento. — En los casos que hay lesiones pulmonares, ó que el enfermo se encuentra en condiciones muy deficientes de nutrición, no se puede titubear, y es necesario proceder á la amputación supramaleolar ó por lo menos á la desarticulación.

Encontrándose el enfermo en condiciones de resistir, sea por no poseer lesiones viscerales, por ejemplo, y teniendo en cuenta la edad, se debe tratar siempre de conservar el pie, haciendo la

calcáneoastragalectomía, ya sea en dos tiempos ó en uno. Este método, muy aconsejado por Ollier en sus trabajos, y autorizado por sus estadísticas, no es empleado lo suficiente, prefiriéndose el tratamiento esclerógeno, los curetajes, etc., que no dan á menudo resultados y cuando lo dan no es duradero.

El método de Ollier permite por la amplitud de la abertura las pequeñas intervenciones, que son de necesidad aún después de haber suprimido la causa principal extirpando los huesos enfermos, esto es, la cauterización de los trayectos fistulosos y el curetaje de las fungosidades que son bastante rebeldes á los tratamientos.

Por último, el drenaje amplio es de suma importancia en este, como en todos los casos en que la infección se reproduce y la limpieza de la cavidad ofrece muchas dificultades.

Hospital San Roque.—Sala XIII.—Número 18

SERVICIO DEL DOCTOR J. B. JUSTO

Julio Maderna, 19 años, argentino, soltero, agricultor.

Antecedentes hereditarios — No tienen mayor importancia.

Como antecedentes personales no ha tenido más afecciones que las comunes y benignas de la infancia.

Enfermedad actual. — Ha empezado hace dos años poco más ó menos. Habiendo recibido un golpe en el pie derecho, notó al poco tiempo que este se hinchaba y le dolía, incomodándole para continuar sus ocupaciones.

En esta forma pasó alrededor de cuatro meses, durante los cuales, á pesar de ligeras intermitencias en los síntomas expresados más arriba, no acusaba ninguna mejoría.

Posteriormente dichas intermitencias fueron desapareciendo, y el pie se encontraba constantemente doloroso, tumefacto, hasta llegar á impedirle del todo el trabajo y la marcha.

Estado actual. — (Febrero 2 de 1903). Regular estado general. Al examen de los órganos torácicos como de los abdominales, no se nota ninguna perturbación funcional.

Examinado el pie derecho, se ven las aberturas de cinco trayectos fistulosos. Uno está situado en el medio de la planta; explorado con el estilete no se consigue llegar al hueso. Otro, situado sobre el tendón del tibial posterior, conduce hasta dicho tendón; y el tercero se comporta de igual manera con los tendones de ambos peroneos laterales. Los

dos últimos están á uno y otro lado del tendón de Aquiles, remontando hacia la parte superior en una extensión de ocho á diez centímetros.

Al explorar todos los trayectos, el estilete camina en medio de masas fungosas, abundantes. Toda la región del cuello del pie está deformada, tumefacta y en los alrededores de las aberturas fistulosas se nota pseudofluctuación.

Movimientos. — Los movimientos de la articulación tibiotarsiana, de flexión y extensión están en parte conservados, como también los del resto del pie, con excepción de los de los dedos, que están perdidos por completo.

Á la presión se despierta un dolor más ó menos vivo en todos los puntos de la región enferma que se compriman.

Marcha. — Es de todo punto imposible, sin la ayuda de las muletas; el enfermo arrastra su pie en varus equino, no muy exagerado.

Dados los antecedentes, tiempo de evolución y los síntomas, se piensa en una probable artritis tuberculosa tibiotarsiana, y se decide intervenir: pensando hacer una incisión exploradora, que en caso de confirmar el diagnóstico permita la ablación de las partes enfermas.

Febrero 3. Bajo anestesia clorofórmica se prac-

tica una incisión curva en el lado externo del pie, que pasa á un centímetro por debajo de la punta del maléolo peroneal, respetando los tendones de los dos peroneos laterales. Se llega á la articulación tibiotarsiana, la cual se encuentra perfectamente sana; explorando el astrágalo, se advierte que está friable y blanduzco en su mitad inferior, evidentemente afectado de tuberculosis.

Se extirpa el astrágalo, y recién entonces se presenta á la vista el conjunto de la lesión; la articulación astrágalocalcaneana y el sinus del tarso están repletos de fungosidades que han destruído completamente ambas porciones del ligamento interóseo. El cartílago tiene un color rojopardo, y está casi en su totalidad desprendido de la superficie ósea, y esto sucede tanto en el astrágalo como en el calcáneo, que también se halla afectado todo entero este y en su mitad inferior el primero.

En una palabra, nos encontramos con una lesión tuberculosa de uno de los huesos, probablemente del calcáneo, que ha invadido la articulación subastragalina y luego el otro hueso, explicándose la producción de un osteoartritis subastragalina avanzada, con infección de las sinoviales tendinosas que rodean la articulación.

Á pesar de estar perfectamente indicada la amputación, el doctor José Arce, que es quien interviene en este caso, cree conveniente esperar; se

suspende la operación, rellenando completamente con gasa yodoformada la cavidad dejada por la astragalectomía, que se ha efectuado.

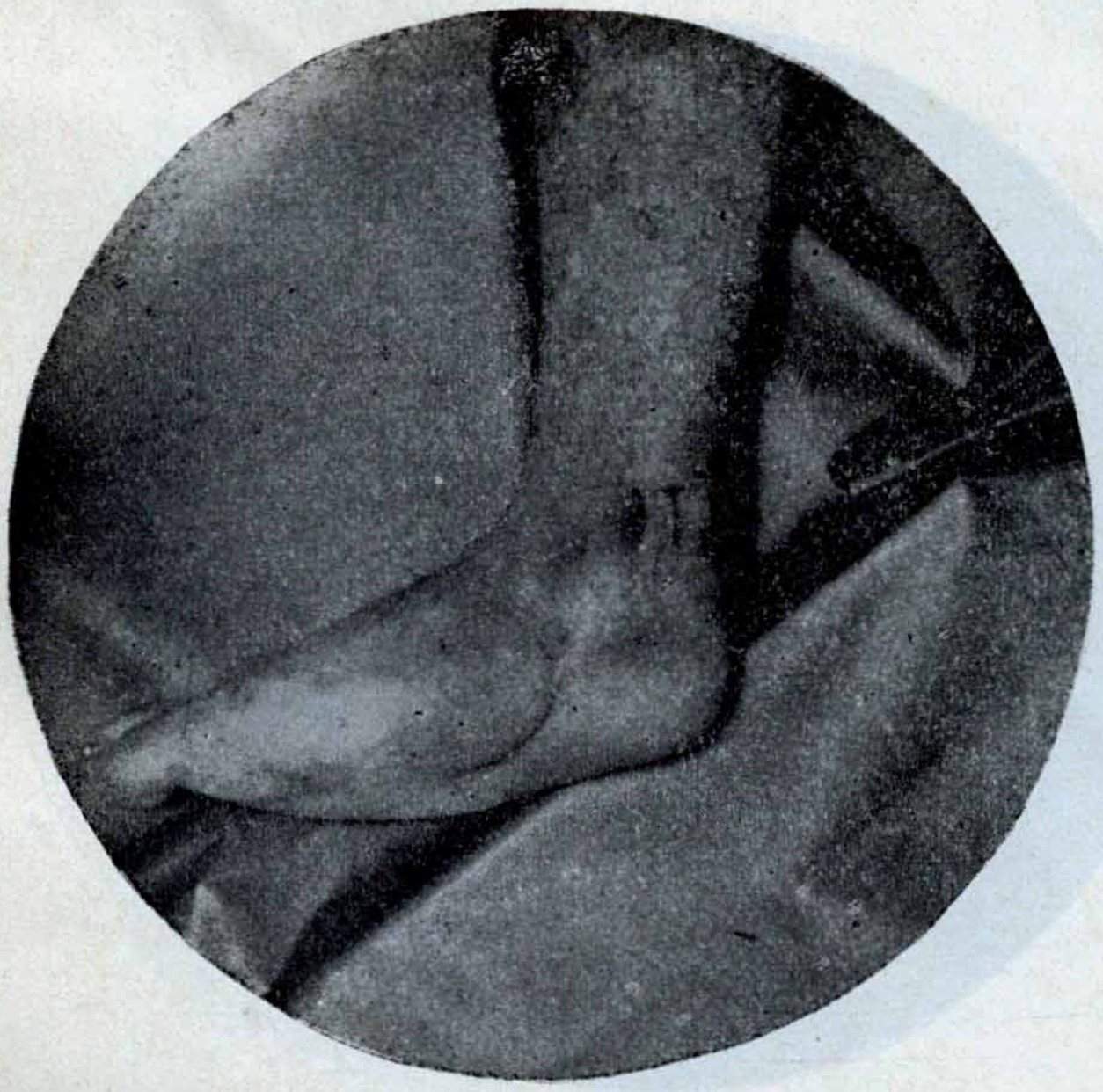
Como era de esperar, después de un drenaje tan amplio, el enfermo mejora notablemente, á tal punto, que el cirujano resuelve seguir un método conservador, continuando por algún tiempo con curaciones con solución de formol y después gasa yodoformada.

Pocos días después se verifica una nueva intervención, consistiendo en una incisión en L, del lado externo, la cual promete extirpar con comodidad el calcáneo, cuya cara inferior se conserva sana; luego se cauteriza las fungosidades sinoviales á lo largo de los tendones, se extirpan algunos trayectos fistulosos.

Se rellena nuevamente la cavidad con gasa yodoformada, siguiendo este modo de curación.

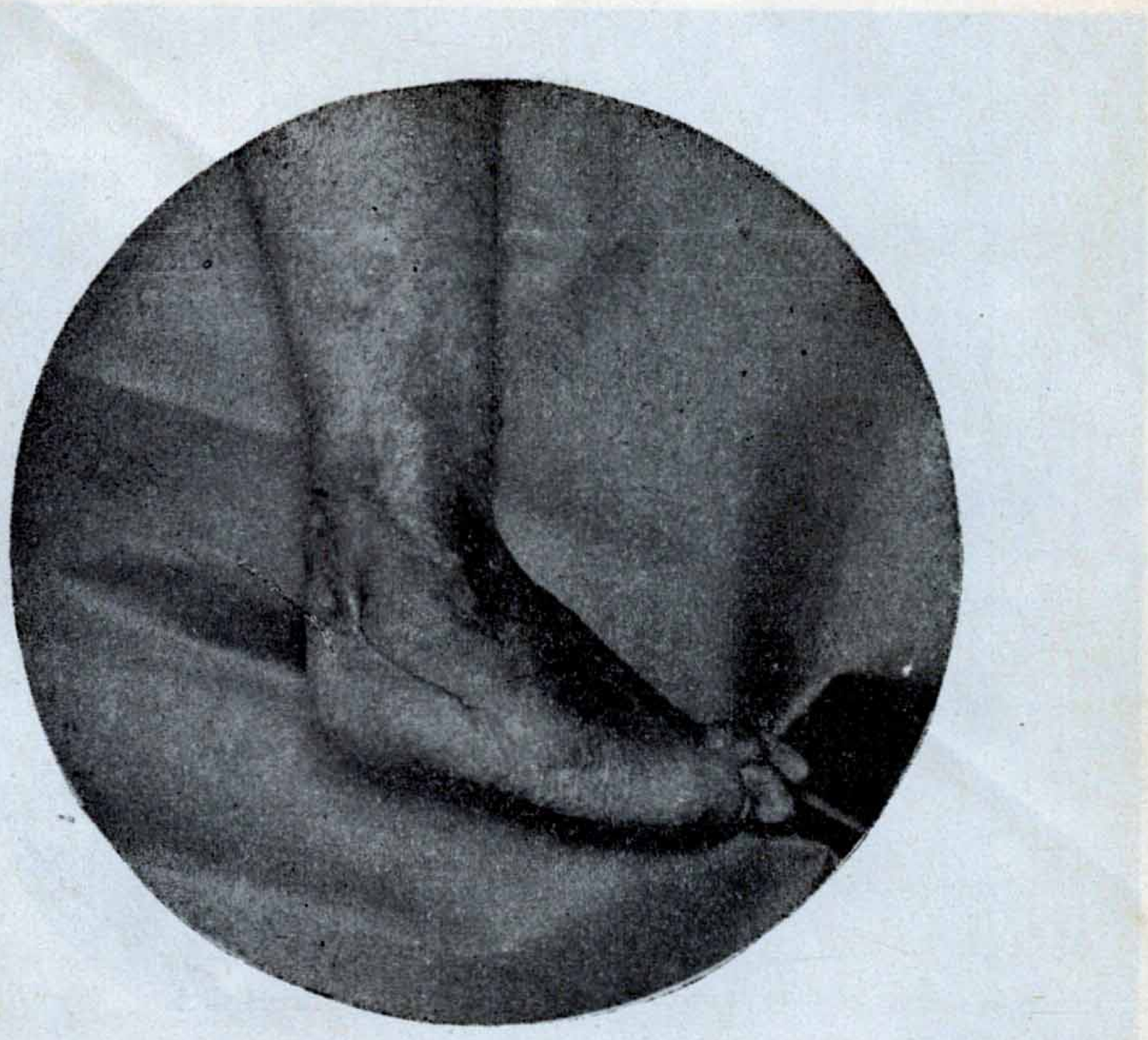
Posteriormente, se intervino en dos ó tres ocasiones, con objeto de perseguir con tenacidad por medio del curetaje, las fungosidades que renacen en los trayectos, y por fin, encaminar la cicatrización defectuosa por inversión de los bordes de la herida.

Poco á poco el estado general, así como el estado local mejoran notablemente, hasta que el enfermo es dado de alta el 31 de diciembre, con una pequeña superficie cruenta, por cicatrizar. Se le aconseja la estadía en el campo, la higiene y



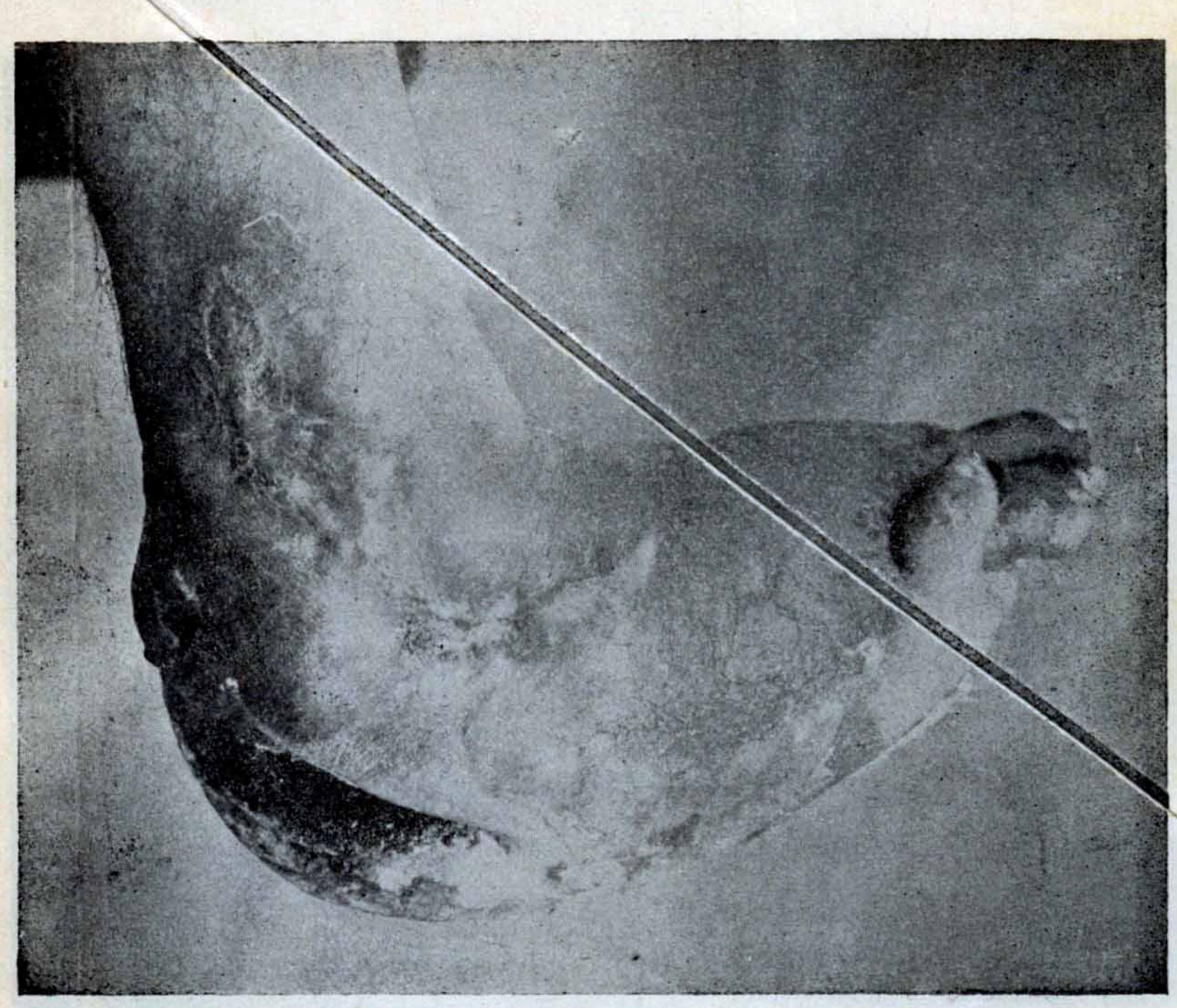
Osteoartritis tuberculosa astrágalo calcánea

Parte interna



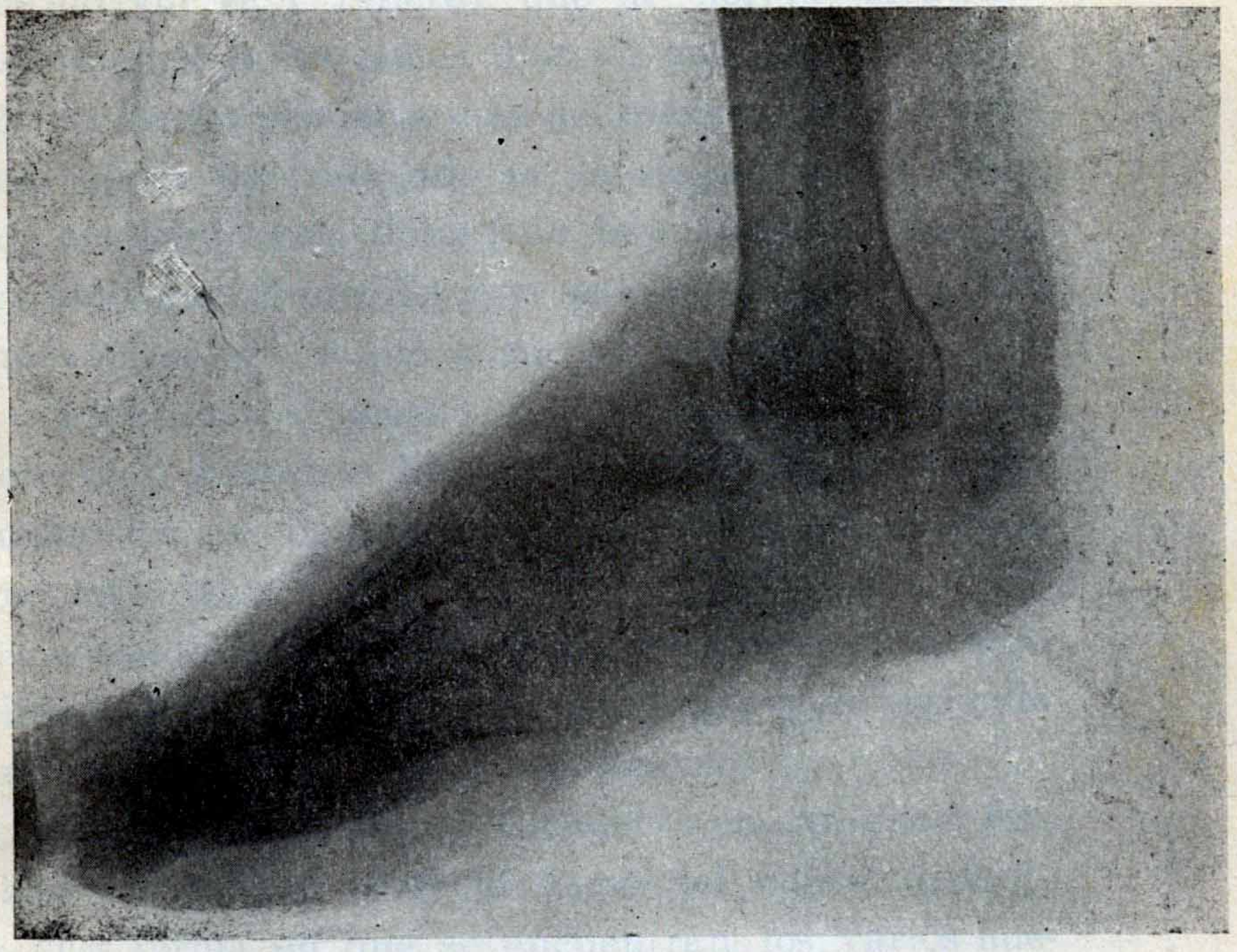
Osteoartritis tuberculosa astrágalo calcanea

Parte externa



Osteoartritis tuberculosa subastragalina

Después de la última operación



Osteoartritis tuberculosa subastragalina

Situación de los huesos del pie después de curado

lo buena alimentación. Debemos advertir que en este sujeto, nunca se observaron síntomas de infección pulmonar.

En el mes de marzo del corriente año, el enfermo vuelve y refiere: que la herida cicatrizó totalmente á los pocos días de salir del hospital, ó sea en los primeros días del mes de enero. Desde esa época ha trabajado en la siega y en la trilla, no sintiendo casi dolor; no hay tumefacción; ha notado que á medida que pasaba el tiempo, podía mover mejor el pie y no cojeaba tanto.

Actualmente (marzo 15), los movimientos se efectúan bastante bien, tanto los de extensión como los de flexión, la claudicación es mínima, no hay dolor.

Durante la marcha, el pie se apoya en su totalidad y se levanta en un solo tiempo, no teniendo ninguna dificultad para caminar.

El pequeño dedo se encuentra en extensión forzada, y echado sobre el dorso del cuarto dedo.

La forma en que se encuentran los varios huesos del tarso, se puede apreciar en la radiografía, que es debida á la amabilidad del doctor José Arce, como así también las fotografías que han sido sacadas, una después de la segunda operación, otra después de haber sido completamente curado.

Se reciben noticias del enfermo, quien dice encontrarse en perfecto estado, sin sentir ninguna

clase de molestias, y trabaja perfectamente.

El objeto de elegir este caso para exponerlo en mi tesis inaugural, estriba no solo en que la rareza de la afección lo hace interesante, sino también en que es un ejemplo bien apreciable, en que la cirugía conservadora y paciente obtiene un hermoso triunfo sobre la fácil, pero desastrosa amputación.

La tuberculosis de la articulación subastragalina, ha sido casi desconocida por los cirujanos hasta hace muy poco tiempo. La mayor parte de las veces se la ha confundido, ó con lesiones tuberculosas propias y exclusivas del calcáneo, ó lo que ha sido más frecuente, con artropatías de la misma naturaleza de la articulación tibiotarsiana, localización sin comparación, mucho más frecuente, de la infección por el bacilo de Koch.

En cuanto á la confusión con las lesiones exclusivas del calcáneo, ella tiene su razón de ser, pues el origen del tumor blanco subastragalino, es en la inmensa mayoría de los casos una osteítis tuberculosa de dicho hueso; por su parte, la confusión con la tuberculosis tibiotarsiana se explica, si se considera la facilidad con que en ambas afecciones se infectan las vainas sinoviales de los tendones que rodean el cuello del pie, y que obs-

curecen una localización precisa. Es esto precisamente lo que ha sucedido en el caso que presentamos, en que dudando del diagnóstico se optó por el de una afección común, como la artritis tuberculosa del cuello del pie, á pesar de que los movimientos de flexión y extensión de este, se hallasen conservados. Y á propósito, hay que insistir una vez más sobre la atención y especial cuidado que se debe prestar al examen de los movimientos del pie, pues él y únicamente él, será en la mayoría de los casos, la llave del diagnóstico diferencial de localización.

Tres clases de movimientos de importancia se ejecutan en el tarso posterior: de flexión y extensión, de abducción y adducción y de rotación hacia adentro ó afuera. Los dos primeros se efectúan casi exclusivamente en la articulación tibiotarsiana, y su desaparición es un signo revelador de una afección de la misma. Los de abducción y de adducción se hacen á expensas de la articulación astrágalocalcánea, y su conservación es un buen síntoma de integridad de la dicha articulación. En cuanto á los últimos, solamente posibles al nivel de la interlínea de Chopart, servirán siempre para sindicar como sana ó enferma, la articulación mediotarsiana.

En cuanto á la evolución de la afección, ella es bien simple: avanzando la osteítis del calcáneo, gana la sinovial subastragalina en una ú otra de

sus porciones ó en totalidad después de destruir el poderoso ligamento interóseo, como en nuestro caso, hecho que *Gangolphe*, en su comunicación al Congreso Francés de Cirugía de 1902, considera muy poco frecuente. Una vez infectada la sinovial, las lesiones del astrágalo se explican fácilmente en una articulación en que los huesos están en tan íntimo contacto. Poco á poco y por vecindad se infectarían posteriormente las sinoviales tendinosas, cuyas relaciones de estrecha vecindad con todas las articulaciones del pie, hacen que estén siempre comprometidas en los casos de tuberculosis.

Con respecto al tratamiento no puede haber dos opiniones: únicamente una operación puede librar al paciente de su mal. Ahora bien, esta operación puede practicarse de muchos modos; cuatro son los principales, dos de los cuales, los más usados, son los peores: el curetaje y la amputación. El primero porque es un procedimiento ciego, con el que, si se consiguen ligeras mejorías á causa del drenaje y la inmovilización, solo sirve para prolongar y dejar avanzar la enfermedad con lo que el enfermo pierde considerablemente en su estado local y general; por otra parte es siempre incompleto y tiene el grave inconveniente de no aclarar nunca el diagnóstico de localización, cosa que en materia de tuberculosis ósea y articular es importantísima.

En cuanto á la amputación, procedimiento admirable para obtener una curación ideal en pocos días, agrega un inválido más á los que ya existen y debe ser desechada en absoluto, mientras no lo exijan la gravedad y la extensión del mal, que hagan imposible toda operación conservadora.

De los dos procedimientos restantes uno es la tarsectomía posterior parcial ó total y otro la operación de *Mickulicz-Wladimiroff.* La tarsectomía debe ser siempre preferida á menos que hasta la piel no se pueda conservar, en cuyo caso debe discutirse la amputación. Y debe preferirse la tarsectomía á la operación de Mickulicz por dos razones:

1.ª Porque no prejuzga lo que se va hacer y permite ir hasta donde va el mal y si se quiere nada más que hasta ahí.

2.ª Porque aún efectuando la tarsectomía total, las condiciones funcionales, después de una operación de Mickulicz son muy inferiores á la de un tarsectomizado, que conserva un pie con una forma casi normal y que camina de una manera mucho más semejante á la marcha normal, usando de un punto de apoyo también normal y siempre mucho más considerable. Además el resultado estético es indudablemente mejor.

Si á esto se agrega que la tarsectomía evita una superficie ósea cruenta y por tanto el peligro

de una infección siempre grave como es una osteomielitis, habremos hecho resaltar bien las ventajas de la tarsectomía posterior parcial ó total sobre la operación de Mickulicz en el tratamiento de las afecciones tuberculosas de la articulación astrágalo calcánea.

En el presente caso la tarsectomía no fué hecha desde un principio, porque se dudaba entre la conservación del pie y la amputación, y es por eso que después de la astragalectomía, el tratamiento se redujo á curaciones con formol y amplio drenaje. Los efectos de la extirpación del astrágalo fueron tan evidentes, que en pocos días el enfermo mejoró notablemente, la supuración cesó y todo hizo esperar que la amputación no sería necesaria.

Fué entonces que se practicó la segunda intervención que tuvo por objeto la extirpación del calcáneo.

En cuanto á las pequeñas intervenciones parciales, que se hicieron posteriormente, se hicieron necesarias hasta alcanzar en sus límites las lesiones de las sinoviales tendinosas que persistían con tenacidad.

Si en casos como el presente, ya muy avanzados, es posible con constancia y principalmente con decisión para abrir ampliamente y ver bien hasta donde van las lesiones, obtener curaciones tan completas, es dable suponer que en muchos

otros, en mejores condiciones, siempre naturalmente que el estado general del sujeto permita una hospitalización un tanto prolongada, se podrán alcanzar aún mejores resultados y tratar de una vez la tuberculosis ósea y articular, tal como ella es, una lesión primitivamente y por muchísimo tiempo local y por tanto en las mejores condiciones para que la cirugía inteligente dé cuenta de ella, sin llegar á la amputación.

QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

ÓRGANOS HIDRÁULICOS DEL HÍGADO

QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

Hospital San Roque.—Sala XIII

SERVICIO DEL DOCTOR JUAN B. JUSTO

Cándido Ibarra, 66 años, argentino (Dolores), jornalero, casado.

Antecedentes hereditarios.—Los padres han muerto, el padre á la edad de sesenta años, la madre á la de sesenta y cinco; ignora de qué enfermedad. Han sido siete hermanos, de los que él es el único que vive; ignora también de qué fallecieron los otros. Es casado: su mujer y un hijo que tiene son sanos.

Antecedentes personales.— Ha tenido sarampión cuando niño y ha recibido algunos traumatismos sin importancia.

Enfermedad actual.— Hace próximamente un año, después de pasar una noche de frío, dice haber sentido un fuerte ardor en los pabellones auriculares, ardor que se propagó al cuello y después al tronco; á los pocos días notó la aparición de ampollas, que luego reventaban, dejando una exulceración que no cicatrizaba. Ha tenido fuertes chuchos.

Estas ampollas siguen produciéndose y reventando, quedando la superficie de la piel en el mismo estado que cuando las primeras.

En el servicio del doctor Sommer se hace diagnóstico de *pénfigo crónico.*

Al propio tiempo, el enfermo se queja de tener el vientre hinchado, hinchazón que va en aumento, produciéndole actualmente un poco de dolor é inapetencia.

Estado actual.— Hombre regularmente desarrollado; buen esqueleto; poco panículo adiposo; piel medianamente elástica.

Inspeccionando el tórax, se nota que no es simétrico en la parte inferior, habiendo una elevación bien acentuada del lado derecho.

El examen de las vísceras torácicas descubre

únicamente una bronquitis crónica y ligera matitez en la base del pulmón derecho.

Abdomen.—Región epigástrica y del hipocondrio derecho abovedada bien visiblemente, hasta dos ó tres traveses de dedo por encima del ombligo. Por el contrario, las fosas ilíacas y el hipogastrio aparecen como normalmente. Toda la piel del abdomen, salvo pequeños espacios, se presenta salpicada de ampollitas y de manchas rojizas pigmentadas en unas partes, dejando el dermis al descubierto en otras; todas estas eflorescencias son perfectamente limitadas.

Á la palpación se nota en la región abovedada una masa lisa y uniformemente resistente, que sigue los movimientos respiratorios, que es mate y cuya matitez se continúa con la del hígado por arriba. La parte inferior del abdomen es perfectamente depresible y no se advierte en ella nada que llame especialmente la atención.

Los signos físicos y la evolución del tumor, que á pesar de su desarrollo considerable, causa al enfermo tan pocas molestias, hacen pensar en un quiste hidatídico del hígado, pues si bien la edad del sujeto es propicia para el desarrollo de los tumores malignos, estos aún antes de alcanzar proporciones semejantes, producen trastornos funcionales graves. Por otra parte, la uniformidad en el crecimiento y la sensación de superficie lisa

apreciada por la palpación, son signos que encuadran bien en los quistes hidatídicos de la glándula hepática.

Puesta en tela de juicio la intervención, que en otro caso hubiera estado formalmente indicada, tiene razones de peso en pro y en contra.

Por un lado se trata de un tumor líquido voluminoso, de crecimiento, si no rápido, por lo menos paulatinamente progresivo, que por su solo volumen será capaz de producir trastornos de importancia y que, por otra parte, razón capital, está expuesto siempre á una infección y á las graves consecuencias que la acompañan, tanto mediatas como inmediatas. Por otro, el estado de la piel del enfermo hace poco menos que impracticable una laparotomía, en la que se corre el grave riesgo de una infección peritoneal y que en el mejor de los casos, siendo imposible una asepsia perfecta, hará que la cavidad periquística supure y que por largo tiempo los líquidos, que drenen, empapen la piel circunvecina, con lo que el pénfigo recibirá un soberbio latigazo. Si á todo esto se añade que por el momento el quiste no molesta mucho al enfermo, casi se estaría inclinado á no intervenir.

Á pesar de todo, la fuerza de los argumentos en pro de la intervención, deciden esta última.

Ella tiene lugar el 3 de marzo.

Previa anestesia clorofórmica y desinfección, sin cepillo, de una franja rectangular, *muy reducida*,

en el epigastrio, á la derecha de la línea media, única de toda la porción del abdomen abovedado, que se encuentra discretamente libre de lesiones penfigosas, el doctor Arce practica una laparotomía lateral supraumbilical de 0.06 metros y llega al hígado, cuya superficie es lisa y brillante. El órgano está considerablemente aumentado de volumen, alcanzando su borde inferior á la altura del ombligo. El bisturí se hunde con facilidad y una ola de líquido transparente escapa por la herida. Se protege debidamente la cavidad peritoneal y se extrae la membrana quística en varios trozos; el contenido líquido no es menor de tres litros. Se practica luego cuidadosamente y haciendo uso de un largo *clamps* la desecación de la cavidad, operación que dura varios minutos y que necesita una gran cantidad de gasas, algunas de las cuales, las últimas, salen ligeramente teñidas de bilis. Á la vista del operador y aún antes de haber secado completamente la cavidad, esta se reduce casi por completo, por plegamiento de sus paredes, que se ponen en contacto. Luego se sutura la herida hepática con catgut y con el mismo hilo se cierra el peritoneo, quedando de esa manera el órgano fijado á la pared en previsión de una posible infección, que se supone, á pesar de las precauciones tomadas, casi fatal; se opta, sin embargo, por el procedimiento *Posadas*, pues en el caso que no fracasase, á la vez se evitaría, como hemos dicho

más arriba, un reagudecimiento de la afección de la piel.

La aponeurosis se sutura con catgut y la piel con crin. Una pequeña y antigua exulceración, avivada con el frote al desinfectar la región operatoria, queda sobre la parte superior de la herida, lo que hace pensar más aún en una posible infección exógena. Curación simple. Al tercer dia, se levanta la curación; la herida está cicatrizada, en la parte superior hay un poco de serosidad purulenta. Pensando que los hilos puedan favorecer una infección exógena, se les retira y una vez bien seca la herida, se coloca una nueva curación simple. Ni ha habido fiebre hasta ese momento, ni la hay en los días subsiguientes. El enfermo sigue muy bien y dice tener más apetito que antes de la operación.

El sexto día se renueva la curación y se constata entonces una herida lineal perfectamente cicatrizada por primera intención, en cuya parte superior el dermis, anteriormente al desnudo, comienza á recubrirse de epitelio. Á la palpación, la región sobre que asienta la herida, es ligeramente dolorosa y está empastada. El epigastrio y el hipocondrio derecho, normalmente deprimidos.

Posteriormente, todo va bien. El décimo día se retira toda curación y se deja un ligero vendaje con solo algodón. La herida es menos dolorosa y el empastamiento es menor.

Á los 22 días el enfermo es devuelto á la sala de enfermedades de la piel; la palpación en el epigastrio no despierta ya dolor ninguno y la sensación de empastamiento ha disminuído considerablemente. Dos meses después, el 3 de mayo, el doctor Arce revee el enfermo, quien se encuentra perfectamente; cicatriz no dolorosa y no empastada, el epigastrio se deja deprimir con facilidad. Ha mejorado mucho de su pénfigo. El 13 de junio el doctor Farini, jefe de clínica dermatológica, me anuncia que no hay ninguna novedad por el lado del hígado, pero que desgraciadamente el pénfigo reagudece.

El presente caso es digno de interés, pues contribuye en circunstancias muy especiales, desfavorables todas, á aclarar algunos puntos debatidos del tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.

Es sabido que desde que Posadas, en 1895, y Delbet, en 1896, sistematizaron en los quistes de contenido claro, el tratamiento por la oclusión completa, sin drenaje, de la cavidad periquística, las más acaloradas discusiones se han suscitado entre los defensores del procedimiento *Lindemann Landan* y los del nuevo método.

Si bien es cierto que la práctica, argumento que está muy por encima de todos los restantes, ha

dado la razón amplia á la oclusión completa, sin drenaje, los partidarios de la marsupialización han insistido siempre asegurando que el procedimiento fracasaba con mucha frecuencia, á causa de que no desapareciendo la cavidad ocupada por el quiste, bilis y sangre, líquidos que con facilidad se infectan, pasaban á ocuparla y un absceso era la consecuencia casi fatal de la intervención. Fuera de este argumento, se ha esgrimido otro con menos fundamento todavía, que es el de la no esterilidad del líquido quístico; los gérmenes en él contenidos serían capaces de producir una infección postoperatoria. En el último Congreso Médico celebrado en Buenos Aires del 3 al 10 de abril, el doctor Oliver, de Montevideo, aunque no decididamente opuesto al procedimiento Posadas, aseguraba que muchas veces la infección era tardía y por tanto supuestos éxitos de la oclusión sin drenaje, se convertían, después de uno ó dos meses, en otros tantos fracasos y, con este objeto, propuso que solo se considerasen curados los enfermos operados por el procedimiento del malogrado maestro argentino, después de dos meses de observación.

Pues bien, el presente caso que, como decíamos, estaba en circunstancias especiales, todas ellas desfavorables al procedimiento en él empleado, viene en apoyo de la bondad de la oclusión completa y sin drenaje de todos aquellos quistes del

hígado, cualquiera sea su volumen, cuyo contenido sea claro.

En primer lugar, durante la operación, se pudo ver con toda claridad cómo desaparecía la cavidad quística, merced á la presión positiva intraabdominal, lo que aleja toda duda de que persistiendo un espacio muerto, líquidos pueden llegar á ella y supurar.

En segundo lugar, la membrana fértil fué extraída en varios trozos, circunstancia que puede fácilmente, por olvido de alguno de ellos en la cavidad, hacer fracasar la operación. En tercer lugar, las últimas gasas salieron teñidas con bilis, lo que prueba que algún capilar estaba abierto y podía sobrevenir una bilirragia que comprometiera el éxito. Finalmente, se operaba en una región infectada, la que había sido, en la medida de lo posible, aseptisada en solo una franja de 0.10 á 0.11 metros de largo por 0.07 á 0.08 metros de ancho, para evitar el contacto de partes demasiado exulceradas. Si á esto agregamos que se trataba de un quiste grande, de más de tres litros, en los que, según los marsupializadores, la oclusión debe ser totalmente desechada, se comprenderá que en un enfermo curado por dicho procedimiento, más de tres meses todavía después de la operación, término que sobrepasa el exigido por el médico uruguayo doctor Oliver, tenga especial interés para, basándose en él, poder

repetir una vez más que el tratamiento por excelencia en los quistes hidatídicos del hígado, de contenido claro, es la oclusión completa y sin drenaje, después de extraídos el líquido y la membrana germinativa.

Como en tantas otras cosas, no es, pues, el procedimiento el malo, sino su aplicación defectuosa; basta para convencerse de esto último recorrer las clínicas y observar, cuando el procedimiento es ensayado, las faltas técnicas, algunas de ellas elementales, que se cometen al practicar una operación de por sí bien delicada.

JOSÉ C. SILVANI

Buenos Aires, junio 14 de 1904.

Buenos Aires, junio 15 de 1904

Nómbrase al Académico doctor Pedro Lagleyze; al profesor titular, doctor Antonio Gandolfo y al profesor suplente, doctor Nicolás Repetto para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la « Ordenanza vigente sobre exámenes ».

UBALLES

Zenón Aguilar

Buenos Aires, julio 11 de 1904

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el exalumno José C. Silvani:

«En el local de la Facultad, á 11 de julio de 1904, reunida la comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del exalumno señor José C. Silvani, que versa sobre «Tres observaciones de clínica quirúrgica», resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado: *Lagleyze. — Antonio Gandolfo. — Nicolás Repetto.* — C. *Robertson*, Secretario.

ZENÓN AGUILAR,
Secretario

Buenos Aires, julio 12 de 1904

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES
Zenón Aguilar

Proposiciones accesorias

I

Profilaxis de la filaria sanguinis homini.

II

El procedimiento australiano es de aplicación peligrosa en los quistes hidatídicos de gran volumen.

III

Diagnóstico diferencial entre una lesión tibio-tarsiana y otra calcáneoastragalina.

Bibliografía

Blanchard. — Traité de zoologie médicale.

Moniez. — Traité élémentaire de parasitologie animale et végétale.

Belou. — Parasitología animal.

Le Dentu et **Delbet.** — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

Anales de Cirugía.