Año 1904 — Nº 1484

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMOPTISIS

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOMINGO M. CHICHIZOLA

EX-PRACTICANTE MAYOR DE LOS HOSPITALES NORTE Y RAWSON

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARAÑA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

HEMOPTISIS

Año 1904 — N° 1484

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMOPTISIS

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOMINGO M. CHICHIZOLA

EX-PRACTICANTE MAYOR DE LOS HOSPITALES NORTE Y RAWSON

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

VICE DECANO

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. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin 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	»	Rodolfo de Gainza (con lic.)
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon »
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Baldomero Sommer (con lic.)
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
Clínica Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinaria	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón
Patología General	»	Roberto Wernicke

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr.	Adolfo Mugica
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 y Toxicológica.....	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar
Química orgánica y analítica.....	»	Francisco P. Lavalle

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		Vacante
Química inorgánica aplicada.....		Vacante
Farmacognosia vegetal y animal..... ...	Sr.	Juan A. Dominguez
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
Química orgánica y analítica.....		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez (con lic.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiologia Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	Vacante

Padrino de tesis

Académico Titular

Doctor Gregorio N. Chaves

A LOS MIOS

A LA MEMORIA DE LOS DOCTORES

ALEJANDRO POSADAS

Y

MIGUEL CLAVARINO

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Presento á vuestra digna consideración este modesto trabajo para que me sirva de Tesis inaugural.

En él vereis tratados importantes problemas de clínica, ellos lo estarán á medias, es cierto pero no olvideis que están escritos por uno que recien se inicia en la carrera.

Al abandonar nuestra Facultad llevo gratos recuerdos de mi paso por vuestras cátedras donde he adquirido los conocimientos que me servirán para el ejercicio de la profesión.

En los hospitales Norte y Rawson, donde he estado como practicante interno proximamente cuatro años he tratado mis primeros enfermos y recibido lecciones de numerosos médicos á los que les estoy sumamente agradecido.

El distinguido médico, Académico titular doctor Gregorio N. Chaves al hacerme el alto honor de acompañarme como padrino de esta tesis obliga mi eterno agradecimiento.

I.

Generalidades.

—

Historia. — El primer médico que ha hecho alusión al síntoma que nos proponemos tratar fué Hippocrate; siendo Aretée quien lo describió por primera vez.

En el curso del siglo XIX Hoffman y Morton lo relacionan con la tuberculosis, y declaran que la tísis era consecuencia de la hemoptisis. Este erróneo concepto pronto debía ser modificado.

Laennec uno de los que conjuntamente con Bayle, Andral, Barth-Roger, Woillez, Jaccoud, Peter, Kocher han estudiado con tanto detenimiento la tuberculosis aseguró que la hemoptisis era con respecto á esta enfermedad, un síntoma y no su causa.

Schœder, Rokitansky, Ramussen estudiaron la patogenia de las hemoptisis tuberculosas; Virchow señala el rol de la embolia en la arteria pulmonar como génesis de hemorragias en el parénquima.

Louis, Rufz describen hemoptisis en enfermos con fiebre prolongadas; Charcot y Cl. Bernard aquellas que se relacionan á estados nerviosos.

Definición.— Entendemos por Hemoptisis la expectoración de sangre extravasada en el pulmón, traquea, brónquios ó un órgano vecino.

Al formular esta definición hemos tenido en cuenta, que ella es corta, comprende todo los casos, excluye aquellos que sin ser una verdadera hemoptisis se pueden confundir con ella, indicando claramente el origen de la sangre y expresando en conjunto el verdadero sentido clínico del síntoma.

Muchas son las definiciones que al respecto se han dado, pero en todas hemos encontrado algún defecto, motivo por el cual hemos expuesto la que nos satisface.

Descripción clínica. — Muchas son las formas de presentarse una hemoptisis, pero para ordenar nuestra exposición las dividiremos en dos, la una con síntomas que la anuncian, la otra sin ellos llamada comunmente expontánea.

Un estado particular de ansiedad con disnea, contricción y calor retro external, un dolor agudo inter-escapular, cosquilleo laringeo, impresión de tensión en la retrocavidad, un sabor particular estíptico la anuncian, cuando llegan los esfuerzos de tos y con ellos la salida de sangre; esta sangre puede ser de un rojo rutilante ú oscuro, según su proveniencia, en pequeña cantidad, algunos gra-

mos, seguidos de algunos expútos sanguíneos ya enormes cantidades, litros, que muchas veces traen un síncope el que puede ser mortal y cuando no llega á ese extremo se transforma en benéfico porque es un medio eficaz de cohibir la hemorragia.

Entre estos dos extremos se observan todos los intermedios siendo lo más habitual observar hemoptisis de 200 á 300 gr.

Un carácter especial á estas hemorragias es su mezcla á burbujas aerea.

Pasemos á la forma expontánea. Son así llamadas aquellas hemoptisis por general abundantes que se presentan en sujetos con buen estado de salud ó por lo menos aparentemente, así que un esfuerzo cualquiera, quizá insignificante un esfuerzo de tos por ejemplo y acto contínuo es sorprendido por el arrojo de sangre la que puede salir ya sea por la boca unicamente ó por ella y las fosas nasales.

A estas hemorragias considerables es común que sucedan en los días siguientes otras de pequeña importancia en cuanto á su cantidad, pero de mucha cuando se trata de hacer el diagnóstico.

Siendo la hemoptisis un episodio ruidoso, no hay sujeto que en mayor ó menor intensidad, no sufra un golpe moral del que nos damos cuenta cuando nos acercamos á uno de estos enfermos y nos encontramos con un sujeto cuyo pensamiento está absorvido por las meditaciones que sugiere un acontecimiento tan alarmante, como inesperado;

está palido, sudoroso, disnéico, con palpitaciones y pulso frecuente, muy depresible, conjunto de circunstancias que sintetizan un estado sincopal capaz de llegar á él en cualquier momento.

II.

Etiología y Patogénia.

—

Ya tendremos oportunidad de ver en las páginas que siguen cuan numerosas son las causas capaces de originar una hemoptisis, pero no es esto lo que nos impone mayor trabajo, él está en dilucidar como obran esas causas en la producción del fenómeno, en una palabra, averiguar su patogénia.

Para seguir un orden determinado en la exposición consideraremos primero los factores generales: Lesión del vaso, hipertesión sanguínea y acción nerviosa. Cada uno de ellos formará el núcleo alrededor del cual se agruparán elementos particulares á cada caso, es decir, los de las distintas enfermedades aisladamente.

Hemos hablado de factores esenciales que significan en este caso generales principales; y son tales porque sin ellos la hemorragia es imposible; aclaremos un poco el punto: consideremos el pri-

mer elemento, lesión de vaso, y entonces veremos su importancia, en efecto, hay experiencias que todos debemos conocer en las cuales se demuestra que para que un vaso cuyas paredes estén integramente normales, se necesita para su ruptura, si éste es una arteria, una presión catorce veces mayor que la normal y si es una vena una presión cien veces mayor. Ahora bien: un simple raciocinio nos induce creer en su indispensable valor puesto que no hay estado patológico capaz de producir semejantes presiones.

El segundo factor tensión sanguínea nos sugiere las siguientes consideraciones, si bien es cierto como lo acabamos de ver que no es capaz la presión por sí sola de producir la hemorragia muy distinto es el caso cuando el vaso está previamente lesionado por cualquier causa, haciéndole entonces perder su elasticidad y resistencia normales y colocándolo en condiciones de inferioridad para luchar con una fuerza que aumenta en potencia mientras la resistencia á ella opuesta, queda estacionaria; ¿qué resultará entónces? que el desequilibrio se establece, dando por resultado en nuestro caso, la ruptura del vaso y la hemorragia consecutiva.

El tercer factor influencia nerviosa es un hecho reconocido por la mayoría de los autores, razón por la cual lo incluimos en este capítulo, pero de cuyo valor no tenemos un concepto suficiente-

mente claro, puesto que las interpretaciones que al respecto se dan son variadas y producen confusión cuando se analizan en conjunto.

Siguiendo el orden establecido, hablaremos de las enfermedades en particular, colocando en primer lugar, por ser la más frecuente á la tuberculosis.

Por considerar como vulgarmente sabido y hasta extraño á la índole del trabajo, no hablaremos de los detalles que se relacionan con la estructura del lobulillo pulmonar, y de los que nos dá la anatomía patológica con respecto á la formación del tubérculo.

En todos los períodos de la tuberculosis podemos observar una hemoptisis, no siendo raros los casos en que ella anuncia al enfermo y al médico la existencia de una enfermedad que hasta entonces había pasado desapercibida.

El tubérculo al desarrollarse en su lugar de elección, el vestíbulo, trae consigo ya por obrar como cuerpo extraño ya por las toxinas de los bacterios de Koch ó por las de los otros microorganismos que á él se pueden agregan tratándose de lesiones en comunicación con el aire exterior por medio de canales, generalmente sépticos, un proceso inflamatorio en el que toman parte todos los elementos anatómicos del lugar. Particularizándonos con uno de ellos, el que más nos interesa por el momento, los vasos, los encontra-

mos atacados de arteritis y flebitis, pero esto no es todo, pues necesitamos saber de cual de las dos arteritis que nos habla la anatomía patológica de ellos; obliterarante ó ulcerosa? ya lo veremos.

Una peculiaridad á las lesiones producidas por el bacilo de Koch es la degeneración caseosa, la que se reblandece, se funde y se elimina, y tendremos así explicado el origen de la hemoptisis — pero hemos dejado por allí un interrogante hay que contestarlo, sigamos pues — el proceso tuberculoso es lento dicen todos, pero no por eso deja de hacer camino día á día decimos nosotros, y siendo así porqué es que no tenemos las hemoptisis, no día á día, pero sí mes á mes, como sería lógico pensarlo, el porqué de la no existencia de las hemoptisis con la frecuencia supuesta anteriormente está en la endarteritis obliterante producida por las siguientes razones: los vasos de pequeño calibre, que son los que están en cuestión, son nutridos exclusivamente por el jugo plasmático suministrado por la sangre pasando á través del endotelio. Ahora bien, estando la circulación sanguínea en estos puntos, sinó paralizada, por lo menos entorpecida, resulta que la nutrición es defectuosa, el vaso se altera y se altera primero el endotelio formado por tejido epitelial dotado de poca vitalidad como lo hace notar Peter al hablarnos del arco senil (geronto-

xon) y otras manifestaciones del principio de la arterio esclerosis.

Y esta alteración del endotelio vascular en que consiste? en el aumento de volúmen y disgregación de sus células produciendo una irregularidad en la superficie es decir una condición favorable á la coagulación, al deposito de fibrina á la obliteración del vaso por fin.

Aceptado lo anterior, porqué se producen entonces hemoptisis si el vaso está obliterado? porque los puntos aferentes y eferentes de esa parte obliterada, están ya alterados y entonces otra razón interviene y son las congestiones activas fluxionaria que no se producen día á día ni mes á mes sinó de tiempo en tiempo sin arreglo á ninguna ley determinada para poder asignar períodos precisos; estas congestiones son las que rompen el equilibrio de que hablabamos al principio del capítulo y producen así las hemorragias en los primeros períodos de la tuberculosis. Una comprobación del hecho la tenemos en la práctica, llega una hemoptisis con fiebre debida á la congestión en un tuberculoso le aplicamos unas ventosas, le damos digital y la hemoptisis desaparece.

Quédanos por hablar de las hemoptisis del período cavitario que se caracterizan por su abundancia; respecto á su manera de producción hay aceptado un hecho clásico, la formación de aneurismas miliares conocidos con el nombre de Ramussen.

La forma especial de tuberculosis conocida con el nombre de Pneumonia caseosa no siendo más que la generalización de los tubérculos; creemos que lo dicho con respecto á los primeros períodos se puede aplicar en este caso.

Bronquiectasia ó Bronquectasia. — Es otra de las enfermedades en que se observan hemoptisis. La sangre puede presentarse sola ó asociada á los productos de expectoración característicos de la enfermedad.

Algunas nociones sobre anatomía patológica nos servirán para explicar la génesis de éste síntoma.

Examinando el bronquio al nivel de su dilatación, encontramos que el epitelio y la membrana basal han desaparecido quedando la superficie revestida por una capa de tejido á células redondas como aquel de los brotes carnosos de una herida, por fuera de él, tejido conjuntivo embrionario invade por todas partes produciendo la transformación fibrosa de sus principales elementos glándulas, fibras elásticas y musculares, cartílagos, etc. Respecto á la destrucción de los músculos Ziegler ha negado el hecho, pero otras autoridades como Cornil y Ranvier han comprobado que en las lesiones avanzadas de la pared ya no existen las fibras musculares pudiéndose encontrar unicamente en las partes aferentes y eferentes á la cavidad. Fitz y Leroy han constatado que los cartílagos sufren una condritis atrófica. Hanot y Gilbert en los archivos de

fisiología francesa en 1881 estudiando el punto en cuestión señalan una alteración particular de los capilares, éstos se encontrarían extremadamente dilatados dando lugar á aneurismas de distintas formas los que hacen tomar á la pared un aspecto de tejido angiomatoso y explican por este motivo las hemoptisis que se observan en esta enfermedad.

Quistes hidatídicos. — La hemoptisis es un síntoma casi constante en los quistes del pulmón, estando su génesis relacionada á dos períodos de su evolución.

Al principio obrando como cuerpo extraño trae consigo la inflamación de la zona que lo rodea; la que produce á su vez la alteración de los vasos de donde un lugar de menor resistencia que agregado á otra causa un esfuerzo cualquiera rompe sus paredes dando lugar á la hemorragia que según Dieulafoy sería un acto defensivo por parte del órgano.

Otra circunstancia que favorece la hemorragia, es la ruptura del quiste que contiene en sus paredes vasos; los que pueden ser lesionados por la línea de ruptura ó por la descompresión bruzca que se produce al eliminarse el líquido.

Pleuresia Interlobar. — Es común de observar las hemoptisis en esta enfermedad; su orígen se explica por el carácter mismo de la afección, un foco cerrado supurado en que los gérmenes patógenos adquiren gran virulencia trayendo consigo

la supuración y necrosis de las partes que lo rodean; necrosis que ataca y eroda los bronquios, justo es suponer que ataque y erode los vasos.

Esclerosis pulmonar. — En cualquiera de sus formas asociadas pleural ó brónquica, la hemoptisis es un hecho frecuentemente constatado.

Por los conocimientos que al respecto de su anatomía patólogica tenemos, podriamos decir que Charcot ha establecido tres períodos ó estado llamados de induración roja, amarilla y gris ó apizarrada en las esclerosis que suceden á las pneumonias no resueltas y que en otros casos una afección crónica de la pleura es el origen de la esclerosis, siendo los bronquios por donde comienza en una tercera variedad, pero lo que nos interesa saber sobre todo á nosotros es que tejido conjuntivo de nueva formación domina el conjunto, atacando los vasos que perdien su elasticidad y resistencia normales y trayendo consigo un aumento de tensión sanguínea por razón del obstáculo opuesto á la circulación pulmonar.

Infarto y gangrena pulmonar. — La característica del proceso en estas lesiones es la destrucción necrobiotica del foco en que se produce. Las hemoptisis de pequeña cantidad son frecuentes en el principio pero cuando el foco supura se reblandece y se transforma en un magma pútrido que es espulsado al exterior dejando una cavidad, la hemorragia entonces puede ser abundante.

Para el infarto hemorrágico en lo que se refiere á su producción Rokitansky, Virchow, Rinfleisch, Ranvier han expuesto ó aceptado teorías que sin entrar en consideraciones nos basta decir que aceptando cualquiera de ellas la hemorragia está justificada.

Aneurismas aórticos. — Ya asienten en la parte ascendente cayado ó descendente pueden dar orígen á una hemoptisis. El mecanismo de su producción depende en gran parte de la proximidad que se encuentra con los bronquios y sobre todo el izquierdo en el cual cabalga una parte de la aorta.

No nos extrañará por cierto la necesidad que hay para que se produzca la hemoptisis en estos casos de ser abierto el bronquio puesto que vemos con que facilidad un aneurisma de la toraxica destruye y carcome las vértebras, elementos oseos.

Sífilis. — Las hemoptisis son raras y cuando existen son de poca consideración no obstante haber casos como los citados por Lanceraux y Leudet en que fueron muy abundantes.

En el pulmón la sífilis puede presentarse en forma de gomas ó de esclerosis siendo lo común que están asociadas. El proceso se inicia por un tejido de granulación alrededor de los vasos, los que apesar de sus lesiones quedan permeables por mucho tiempo en las regiones en que se desarrollará la esclerosis mientras que su obstrucción trae consigo la formación de gomas. Por lo que acabamos de ver los

vasos toman buena participación en el proceso y de allí deducimos el origen de las hemoptisis.

Cáncer. — En esta enfermedad las hemoptisis se presentan con un aspecto especial conocido vulgarmente con el nombre de esputos en jalea de grosellas.

Heridas penetrantes.— Por cualquier circunstancia que ella sea hecha la hemoptisis es un síntoma que nos demuestra la ruptura del parénquima pulmonar, dependiendo la abundancia, del calibre del vaso abierto.

Ictericia crónica. — Las hemorragias por modificación de la sangre en enfermedades del hígado es un hecho conocido desde mucho tiempo atrás. Galeno daba á las epistásis, sobre todo de la nariz derecha valor de un síntoma para el diagnóstico de estas enfermedades.

Las hemoptisis ocupan un puesto poco importante entre las diversas hemorragias, pero ellas existen y por eso las mencionamos. Su patogenia nos es aún oscura y los pocos conocimientos que al respecto tenemos podriamos resumirlos en las palabras que siguen y que son tomadas á Lanceraux.

Siendo dada la acción del hígado sobre la composición de la sangre, parece natural relacionar á una modificación de este líquido las hemorragias sobreviniendo en el curso de las alteraciones de este órgano.

Desgraciadamente ningún análisis químico ha

sido presentado en apoyo de esta manera de ver; y otras explicaciones han sido buscadas por vía experimental, así introduciendo una débil cantidad de toxinas microbianas en la sangre de un animal se ha llegado á producir en muy poco tiempo hemorragias gastro intestinales.

Gauthier interpretando este hecho ha opinado que estas hemorragias se encuentran comunmente en las cirrosis del hígado y obedecen á sobre carga de toxinas y á dilatación de los vasos portas siendo esta dilatación á su vez debida á reflejos partidos de los centros nerviosos. En resúmen se busca la claridad pero la luz no aparece.

Escorbuto. — En esta enfermedad las hemoptisis que suelen observarse se relacionan también á modificaciones del líquido sanguíneo. Lo único que al respecto puedo decir es que el análisis de la sangre en estos casos dá una disminución en glóbulos, albúmina hemoglobina y sales sobre todo de potasio. Ahora bien si ello es suficiente para producir una hemoptisis que así quede establecido.

Suplementarias. — Hay hemoptisis que muchos autores reconocen por origen, la supresión de un flujo sanguíneo que hasta un cierto tiempo antes de su hemoptisis han tenido habitualmente; la menstruación ó la ruptura de venas hemorroidarias por ejemplo.

Sin embargo esta patogenia ha sido objeto de controversias y no son pocas las veces que nos

encontramos leyendo algunos autores con las palabras siguientes: «las llamadas hemoptisis suplementarias» y otros han ido más lejos hasta negarlas categóricamente relacionando su existencia en estos casos á lesiones tuberculosas.

Trousseau que ha estudiado con interés el asunto, asegura la verdadera existencia de las hemoptisis suplementarias probando el hecho con historias clínicas de enfermos por él examinados y en los que no encontró ni rastros de lesiones tuberculosas.

En oposición á lo dicho encontramos muchos que las ponen en duda, basándose para ello en razones como las que siguen:

La dismenorrea ó amenorrea es un hecho vulgar en las mujeres, sin embargo, las hemoptisis son raras en estos casos. Sin lesión de vaso es imposible la hemorragia. La perturbación menstrual es un síntoma de tuberculosis comprobada.

El diagnóstico de esta enfermedad puede permanecer oculto á los medios vulgares de examen pero que extremando la investigación se dará á conocer. Esta enfermedad en su principio es curable, por lo tanto no es razonable deducir la ausencia de ella cuando algún tiempo después de la hemoptisis los síntomas no aparecen como lo hace Trousseau en sus historias clínicas.

En resúmen una série de objecciones que colocan al médico que no tiene suficiente experiencia propia sobre el asunto en una posición de duda.

Por nuestra parte aceptamos la posibilidad de tales hemoptisis basados en el siguiente hecho:

J. F., arg., de 18 años, ingresa al servicio de la sala VI del hospital Rawson en Enero de 1904, remitida por un practicante del mismo hospital, quien había tenido oportunidad de constatar en ella la producción de una hemoptisis, de unos 150 gramos.

Al examen de la persona en cuestión nos encontramos con una mujer perfectamente bien conformada grueso panículo adiposo, ausencia de tos y expectoración en su pasado, teniendo ahora un poco de tos pero que no la incomoda mayormente, tiene buen apetito y digiere perfectamente, su pulso és normal y su corazón igualmente. La temperatura varía de 36 á 37 grados. Siente dolores de cabeza que los localiza en la región frontal, son muy tolerables y no continuos. Sus reglas comenzaron á los 14 años, siempre fueron normales en cuanto á su cantidad y periodicidad y es recién cuatro meses antes de su entrada al hospital que se hicieron escasas y poco teñidas en rojo haciendo dos meses que no se han presentado. Efectuamos el examen físico de sus diversos órganos y aparatos y no encontramos nada de patológico, motivos por los cuales es dada de alta diez días después al de su ingreso recomendandosele asista á un consultorio de ginecología para que se le haga el examen de sus órganos genitales y se le dé tratamiento para combatir su amenorrea.

Las cosas quedan en este estado hasta que proximamente dos meses después vuelve á ingresar al servicio, remitida esta vez por un practicante del hospital Boca quien había constatado la producción de una nueva hemoptisis en cantidad que evalúa en 200 gr.

Interrogámos á la enferma y nos dice que no había sido asistida durante su ausencia del servicio por ningún médico y que sus reglas no habían aún aparecido, pero que ella se encontraba bien. Hacemos nuevamente el examen físico completo y nada de anormal encontramos fuera de unos rales esparcidos en regular superficie del pulmón derecho; damos la medicación apropiada para evitar una nueva hemoptisis y observamos diariamente á la enferma.

Después de 15 días en que nada de anormal se había producido, por el contrario han desaparecido los rales que existían, pienso que se trata de un caso de hemoptisis debida á su amenorrea. El médico del servicio pensó desde el primer momento lo mismo; como el caso ofrecía interés pedí á algunos médicos que la examinaran y todos estuvieron contestes en que no había nada de patológico estando de acuerdo respecto á la etiología de la hemoptisis que habíamos formulado nosotros, pero uno de ellos el Dr. P. Escudero nos dijo que podría proporcionarnos tuberculina la que inyectada demostraría perfectamente la ausencia de tuberculosis

en este caso; aceptamos el ofrecimiento y dos días después nos mandaba una soluc. al milésimo preparada en el Laboratorio de la Casa de Aislamiento,

Una vez que la enferma aceptara por su parte el procedimiento investigatorio á que se le proponía prestarse: Se le deja á dieta láctea durante tres días y se le toma la temperatura cada 2 horas, dando lugar á un trazado en el que la temperatura más alta fué 37° y la más baja 36° con 4; después de llenados estos requisitos inyectamos $^1/_2$ milígr. de tuberculina y se le sigue tomando la temperatura hora á hora la que en el transcurso de los tres días que siguieron á la inyección no hubo mayor elevación de 37°, en los que siguieron hasta el octavo tomando la temperatura cada tres horas no se encontró aumento alguno. En vista de esto se le hace otra inyección de 0,001 milígr. con las precauciones tomadas en la anterior á excepción de la dieta que después del segundo día de la primera inyección no quiso soportar y tampoco hubo elevación; en vista de esto se le hace una tercera inyec. de 0,002 milígr. siendo el resultado nuevamente negativo. En vista de esto la enferma pasa á la sala de ginecología del mismo hospital, habiendo aumentado durante su permanencia en la sala VI cinco kilos.

En el servicio de ginecología se le hizo tratamiento médico y quirúrgico por tener una estenosis marcada del cuello uterino. Sus reglas han vuelto

y de los exámenes clínicos que he vuelto á repetir varias veces no he encontrado nada de anormal.

Después de la exposición que antecede creo estar autorizado á decir que existen hemoptisis suplementarias.

Artríticas.—H. Huchard que con tanto interés ha estudiado el artritismo dedica entre las lecciones clínicas que ha publicado, una al estudio de las hemoptisis que se relacionan con esta diatesis.

Según él serían debidas á congestiones broncopulmonares, tan frecuente en este estado diatésico; argumenta su exposición con casos clínicos tendentes á demostrar la realidad del hecho. En su patogénia, se hace intervenir las perturbaciones de la enervación vaso motriz. La histeria por igual causa sería capaz de producir hemorragias broncopulmonares.

Extrechez mitral.—Entre las afecciones cardíacas la anteriormente mencionada, es la que cuenta con mayor número de hemoptisis. En los cardíacos, las congestiones ya sean activas ó pasivas, son comunes de encontrarse y traen consigo por su repetición, modalidades anatomopatológicas conocidas con los nombres de carnificación, induración roja, catarro brónquico, edema del pulmón, etc.; lesiones en las que los vasos toman participación, presentandose espesados debido al aumento de tegido conjuntivo periarterial, distendidos, ectasiados en partes, con endarteritis sub aguda ó

crónica, en una palabra desprovistos de su elasticidad normal, y si á esto agregamos el aumento de presión que trae consigo la estrechez mitral en la circulación pulmonar fácil nos será deducir la posibilidad de hemoptisis en estos casos.

III.

Diagnóstico.

—

Subdividiremos el capítulo en dos partes, en una hablaremos del síntoma en sí mismo y en la otra del diagnóstico etiológico, es decir de las diversas enfermedades en que puede encontrarse.

Cuando un sujeto expulsa sangre por la boca ésta puede provenir del aparato digestivo, estómago, exófago, faringe, etc., del aparato respiratorio, nariz, traquea, bronquios, pulmones, etc., y diremos que esta sangre pertenece á una hemoptisis cuando ella ha sido expulsada con esfuerzos de tos, estando mezclada á burbujas de aire y á su expulsión ha precedido un estado particular de ansiedad con opresión y calor retro external, disnea, cosquilleo laringeo; que en los antecedentes del enfermo hay datos de una afección bronco-pulmonar ó aórtica que á la primera expulsión de sangre sucedan en los días siguientes otras bajo forma de exputos sanguíneos aereados. Como

estos síntomas pueden algunas veces faltar, tenemos que buscar otros que se relacionan con hemorragias estomacales ó de órganos que en él pueden depositarse. Una hematemesis siendo un vómito sanguíneo, va precedido de los prodromos que caracterizan á todo vómito en general; sensación de ansiedad epigástrica, con impresión de desfallecimiento, de vértigo, la cara se recubre de sudor viscoso; la respiración disminuye, se hace suspirosa y se saliva abundantemente; después de una inspiración profunda sigue una expiración forzada y con ella la expulsión del contenido estomacal, examinando éste, puede contener á más de la sangre restos de alimentos, mucosidades gástricas, el olor ágrio y reacción ácida.

Siguiendo nuestra investigación buscariamos síntomas de las enfermedades más comúnes, capaces de dar origen á la hematemesis que son, la úlcera redonda, el cáncer y las varices exofagianas, dejando de lado las otras numerosas causas entre las que se encuentran las heridas penetrantes que no merecen en este momento llamar nuestra atención.

En la *úlcera redonda* encontraremos dolor intenso parosístico, lancinante que los enfermos lo comparan á un puñal que los atravesara de delante atrás, tiene irradiaciones á los lomos y flancos; la ingestión de alimentos lo exaspera, el apetito está aumentado, los eructos ácidos son frecuentes por la hiperclorhídria que acompaña casi siempre á la

úlcera. El aspecto de la sangre que por lo general es abundante es de un rojo escarlata, y no coagulada.

Brinton dice que un 1/5 de los casos de úlcera los enfermos mueren por hemorragia. La constipación es frecuente.

Cáncer gástrico.—El dolor puede ser intenso pero lo vulgar es que sea sordo continuo con irradiaciones á todo el abdómen, la ingestión de alimentos no lo modifica mayormente pero su expulsión trae una calma momentánea.

La anorexia es muy manifiesta y los vómitos son frecuentes, sobre todo cuando se desarrolla en el píloro trayendo obstrucción y tienen por esta razón en cuanto al tiempo de su producción el carácter de ser tardíos 3 ó 4 horas después de la ingestión. Cuando está en las proximidades del cardias, son fenómenos de obstáculo, al pasage de los alimentos y los enfermos describen muy bien diciendo que solamente se alimentan con líquido, porque los sólidos poco á poco han ido presentando dificultad, para pasar hasta hacerlo completamente. La caquexia en estos enfermos es provervial, como también la hematemesis en borra de café.

Varices exofagianas.—Tan frecuentes en las cirrosis hepáticas, traen consigo por su ruptura la produción de hematemesis. Según el calibre de la vena abierta, es el aspecto de la sangre vomitada, si la hemorragia es considerable, la sangre será

arrojada líquida de color oscuro sin mayor modificación á la normal, pero si ella es lenta, dos circunstancias pueden producirse, ó es vomitada coagulada y completamente modificada ó bien pasar á los intestinos y ser expulsada bajo forma de melena, presentando en este caso el aspecto de alquitran por el gran recorrido que ha tenido que hacer para salir por el ano. Ahora que hablo de melena voy á cometer una disgreción por tratarse de un caso que conozco y que es muy interesante. Se trataba de un enfermo á quien se le proponía una intervención quirúrgica; laparotomia. En estas condiciones es llamado el profesor Ayerza, que es quien nos ha relatado el caso y hace diagnóstico de úlcera sifilítica del colon, basado en los antecedentes del enfermo y por la presencia de una melena en forma de un cilindro alargado, que no podía ser formada ni en el intestino delgado, ni en la ese ilíaca ó ampolla rectal.

Diagnóstico etiológico

—

Una vez comprobada la existencia de una hemoptosis, nos queda por saber algo que es muy importante, por ser necesario para el pronóstico y tratamiento de ella; la enfermedad que la produce.

Hemos visto en el capítulo que trata de etiología y patogénia, que son numerosas las enfermedades en cuestión y que si intentaramos entrar en la descripción de cada una de ellas pecariamos á sabienda de dos defectos, uno el relatar hechos que son demasiados conocidos para ser citados y otro que se desprende del anterior, el fastidiar aquel que por deber ó por simpatía leyera este humilde trabajo.

En consecuencia daré al capítulo un giro especial, haciendo un esfuerzo para intentar evitar en lo posible tales defectuosidades.

Siendo la tuberculosis la enfermedad que con mayor frecuencia produce hemoptisis, hablaremos un poco de ella.

Cuatro períodos se describen en su evolución completa. El primero llamado de germinación por Grancher, corresponde al más antiguo de tuberculosis oculta de Bayle, correspondiendo al tiempo que transcurre entre la entrada del bacilo, formación y desarrollo del tubérculo. Los síntomas á que dan lugar estas lesiones son rudeza, gravedad y entrecortamiento de la respiración; veamos un momento como se originan estos fenómenos.

Aceptando con Rinfleisch el desarrollo de los tubérculos en el vestíbulo del bronquiolo acinoso, y siendo este lugar así como lo piensan Bondet y Chaveau en donde toma carácter de tal el murmullo vesicular, no nos parece dudoso que este

debe estar modificado. La rudeza siendo debida al frote producido en los puntos estrechados y la gravedad á vibraciones de interferencia producidas á su vez por las variaciones á que se expone la corriente aerea al pasar por estos puntos.

El valor de los signos enumerados como síntomas para el diagnóstico de este período, ha sido objetado, diciendose que á la dificultad de su percepción, se une el de no ser exclusivos á la tuberculosis. En cuanto á la primera objección creemos que aquel que tenga en su oido la noción exacta del murmullo vesicular normal y que ausculte detenidamente las inspiraciones aisladas en uno y otro vértice y haga igual cosa con las expiración como lo recomienda el prof. Grancher puede notar los signos en cuestión; ahora lo que se refiére á la existencia de lesiones de otra naturaleza dando estos signos es cierto que las hay, pero también es cierto que son congestiones que nunca tienen el carácter de permanecer largo tiempo como es necesario que lo tengan, para decir que es tuberculosa: ó por lo menos sospechable de tal.

El otro síntoma, respiración entrecortada, adquiere valor de tal para clínicos como Peter, el, que cree que se produce por el desplegamiento discontínuo entre las zonas pulmonares sanas y enfermas.

2.° *Período.* — Caracterizado anatomo patológicamente por la conglomeración de los tubérculos y clínicamente por matitez ó sub-matitez aumento

de vibraciones, broncofonia, inspiración silenciosa y expiración soplante.

El motivo de estos síntomas es muy sencillo, la matitez aumento de vibraciones y broncofonia por el hecho de que siendo los sólidos mejores conductores del sonido que el aire, y siendo reemplazado este contenido por los alveolos en estado normal, por una infiltración de tubérculos más semejante á aquellos, lógico es suponer entonces explicado por este motivo la existencia de tales fenómenos.

La inspiración silenciosa es debida á la imposibilidad que tiene el aire para penetrar en la zona infiltrada y la expiración ruda la explicamos por el siguiente raciocinio. El ruido espiratorio en estado normal, no se percibe casi porque él tiene su origen en la laringe por extrechez de la glotis y su transmición es débil, cuando el pulmón está aereado, pero cuando en lugar de aire tenemos sustancia mejor conductora del sonido como es nuestro caso, él se transmite también más claramente y tenemos así explicado, el porque de la expiración soplante.

3er. Período. — Reblandecimiento de los focos, trayendo consigo fenómenos, tales como ser: rales crepitantes, subcrepitantes, crugidos y frotes; cuando interviene como lo hace amenudo la pleura.

4º Período. Cavernas. — Timpanismo, aumento de vibraciones, broncofonia, soplo inspiratorio y expiratorio con un carácter especial que le ha valido el nombre de cavernoso ó cavitario. Mo-

dificaciones de tonalidad de Whintrich y Gerard. Son estos los signos físicos que caracterizan el cuarto período de la tuberculosis á marcha crónica.

Tuberculosis. Quiste hidatídico. Pleuresia interlobar. — El objeto que me propongo al enumerar estas enfermedades capaces de originar hemoptisis, es suponer el caso en que un diagnóstico diferencial entre ellas, sea necesario hacer para reconocer el verdadero origen de la hemoptisis.

Así supongamos un primer caso en que el sujeto nos da algunos ó todos de los siguientes antecedentes: Que hay entre los miembros de su familia, uno ó varios que han muerto de tuberculosis ó que padecen de ella, que es originario del país que habita en lugares mal aereados y oscuros, que su alimentación no es suficientemente nutritiva, que el trabajo que ejecuta diariamente es superior á sus fuerzas, que se haya notado con fiebre durante las tardes, que transpira más de lo de costumbre, y esto sin esfuerzo, durante su permanencia en la cama, que siente un desgano marcado para ingestión de alimentos, que suele tener vómitos y nota un adelgazamiento rápido. La tos es frecuente y vá en aumento, lo mismo que la expectoración, la cual, de mucosa que era en un principio, se ha hecho purulenta y viscosa, presentando algunas veces estrías sanguíneas. Á todo esto se agregan dolores toráxicos persistentes, localizados en puntos que no

están en relación por lo general con los de neuralgias intercostales, disnea que no responde á esfuerzos, y cuando todas estas manifestaciones producen en él un abatimiento marcado; una hemoptisis viene á completar el cuadro y es entonces que busca al médico, el cual, en posesión de estos datos, hace el examen físico y constata la presencia de un sujeto demacrado, con ojos brillantes, pómulos rojos, que habla con voz temblorosa, tiene disnea, y su cuerpo pálido se halla recubierto de profusos sudores; las fosas supra é infra claviculares hundidas, su tórax expandiéndose irregularmente, de un lado más que del otro, los ángulos internos de los homóplatos salientes en forma de aletas, á la palpación encontramos las vibraciones bocales aumentadas ó disminuidas en uno ú otro vértice, la percusión descubre zonas de matitez ó timpanismo; á la auscultación soplos inspiratorios, expiratorios, broncofonia, pectoriloquia áfona, rales subcrepitantes, crugidos, frotes, modificaciones de tonalidad de Whintrich y Gerard, etc.

Otro caso. — Un sujeto de 20 á 30 años que trabaja en la campaña ha tenido tres hemoptisis en el transcurso de un año, accesos de tos de vez en cuando, sin expectoración, con dolores limitados á una porción del tórax, á los cuales no le presta mayor atención y que nos dice: «Yo vengo á ver al médico únicamente por estos vómitos

de sangre.» Á pesar de esto, siguiendo la práctica necesaria para llegar á buen diagnóstico, hacemos un examen completo, del cual sacamos los siguientes datos: hombre fuerte, musculoso, con bastante panículo adiposo, menor excursión torácica del lado izquierdo, en el que vemos un abovedamiento marcado que toma una extensión de unos 10 cents. cuadrados, en el cual no existen vibraciones bocales, francamente mate á la percusión que dá una zona redondeada. Á la auscultación silencio respiratorio, y oyendo de bajo de la axila, parte posterior del mismo lado, un soplo suave, no hay broncofonia ni pectoriloquia áfona.

Otro caso. — Un sujeto que habita la campaña joven aún que hasta dos meses atrás gozó de perfecta salud y recién entonces es que principia su enfermedad relatada, de la siguiente manera: Habiendo un día abusado de la alimentación, sentí malestar general con náuseas y vómitos los que se componían de alimentos, un líquido abundante de feo gusto y olor; sangre en bastante cantidad. Al mismo tiempo que los esfuerzos del vómito sintió un dolor agudo en la parte derecha del tórax y hubo un momento en que me asfixiaba; después de esta descompostura, expectoraba sangre y una materia algo purulenta, que siguió aumentando en los días sucesivos. Guarda cama por un tiempo, se mejora algo, se levanta, cree que el restablecimiento completo se hará pronto, cuando con gran

sorpresa en unos esfuerzos de tos arroja una cantidad de sangre espumosa que valúa en $^1/_2$ litro. Entonces se apresura á buscar médico al que suministra los anteriores datos y éste procede á su examen y constata la presencia de una persona bastante delgada, con temperatura de 38 á 39 grados que expectora abundantemente, que presenta un tórax normal, con vibraciones bocales aumentadas en una zona de 4 á 5 centímetros, á la que percutiendo suavemente da matitez, y profundamente sonido timpánico, zona que ocupa el 4º y parte del 5º espacio intercostal derecho, con ruido de pot fêle soplo cavernoso y demás síntomas de una cavidad.

En el resto del pulmón y en el del otro lado, nada de anormal.

Los demás órganos bien.

Otro caso.—Un sujeto sin antecedentes hereditarios, ni personales de importancia, hasta un mes atrás, en que estando en sus tareas habituales siente de pronto un dolor agudo en la parte izquierda del pecho con escalofríos, fiebre alta, disnéa, tos frecuente sin expectoración. Por estos motivos toma el lecho y busca asistencia, estando varios días sin encontrar alivio á sus males, cuando en un acceso de tos siente que algo lo ahoga, se desespera, busca donde asirse y pocos instantes después en vómica una considerable cantidad de líquido purulento de olor nauseabundo y tras él

expectora en menor cantidad pus y sangre. Pasado este episodio dramático siente alivio pero la fiebre, la expectoración que se hace abundante, la inapetencia y el adelgazamiento progresivo no desaparecen.

Se hace un nuevo examen y se constata claramente los síntomas de una cavidad.

Ahora en posesión de estos datos suministrados por los cuatro casos elejidos más ó menos como tipo podemos formular el diagnóstico que corresponde á cada uno de ellos, de donde se deducirá el del caso que se tenga interés en buscar.

En el primero el diagnóstico es de tuberculosis, basado en los antecedentes hereditarios en el comienzo silencioso y evolución crónica de la enfermedad, el estado de enflaquecimiento, las perturbaciones digestivas, tos contínua, con contínua expectoración en la que se encontraban estrías sanguíneas; la fiebre continua, las neuralgias que no responden á los puntos de Valleix, palpitaciones cardíacas, poca tensión del pulso; el carácter de las lesiones pulmonares de encontrarse en los vértices y de ser una cavidad en uno y un foco de hepatización y reblandecimiento en el otro.

En el segundo caso hacemos el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar siendo uno de los que se impoden creemos obvio entrar en razones.

En el tercero, quiste hidatídico pulmonar abierto en un bronquio basados en lo siguiente. Pro-

cedencia del sugeto; hace solamente dos meses del principio de su enfermedad, la cual se inauguró agudamente con una vómica sanguíneo-purulento, debida á la ruptura del quiste, posiblemente por los esfuerzos del vómito y que el enfermo nos dá el dato de haber sentido un fuerte dolor en ese momento en un lugar del tórax que después se constata una cavidad. El carácter de la expectoración que no es formada por esos esputos viscosos llamados nummulares tan común en los tuberculosos.

La matitez dada á la percusión suave por encima de una cavidad pulmonar me parece más de acuerdo con la capa espesa que rodea á un quiste que á la que circunda á una caverna no siendo ésta más que el producto de un fundimiento y eliminación del parénquima.

En el cuarto caso el diagnóstico es pleuresia interlobar abierta en un bronquio. Nos basamos en lo siguiente: La bruzquedad y la intensidad del comienzo; fuerte puntada de costado con frecuentes escalofríos, fiebre de 39 á 40 grados, delirio, disnea, hemoptisis, vómica, tos frecuente, abundante expectaración con caracteres especiales al ser recogida en una vasija se forman dos capas, una inferior de líquido albuminoso y otra superior con gruesos grumos amarillo verdosos, el olor algunos lo comparan al yeso mojado.

Para terminar con este pequeño ejercicio clínico,

solo me queda por decir que al considerarlo como tal, he dejado de lado, los datos que nos dá el laboratorio, bacilos de Koch, fibras elásticas, membranas ó ganchos de equinococo, etc., etc., y también la radioscopía y radiografía.

IV.

Tratamiento.

—

Para el tratamiento de las hemoptisis tendremos en cuenta los elementos principales que intervienen en su patogenia. No indicando tratamiento especial en relación con cada una de las enfermedades capaces de producirla, porque llegaríamos á una repetición cansadora y sin mayor provecho.

Basado en tales consideraciones, dividiremos los medicamentos en tres grupos. Tratando en el primero aquellos llamados vasomotores y que obran más ó menos directamente, en el segundo de aquellos que obran por acción refleja, y por último en el tercero de aquellos, llamados modificadores de la sangre.

Primer grupo. Ergotina. —Sustancia la más corrientemente empleada en los detalles, de la cual trataremos al fin del capítulo, mencionando por

ahora las dosis. Ergotina Ivon, que es una combinación de extracto de cornezuelo y glicerina preparada en condiciones de ser inyectada por vía hipodérmica en dosis de 1 á 3 gr. en las 24 horas, por vía gástrica 3 á 4 gr., pero en estos casos se prefiere generalmente la Ergotinina Bonjean mitad menos activa que la anterior á dosis de 4 á 8 gr.

Hay otra preparación llamada Ergotinina Tanret cuya composición es la siguiente: Ergotinina 0.01 gr., ac. láctico 0.02 gr., agua destilada de laurel cerezo 10 gr., dándose por vía hipodérmica V gotas que equivalen á 0.001 miligr. de ergotinina, pudiéndose repetir en las 24 horas cuatro á cinco veces.

Hidrastis Canadensis. — Tiene una acción contradictoria según los autores, en general se admite que influye contrayendo los vasos. Huchard le acuerda gran valor en las hemoptisis de origen tuberculosas, en dosis de LX á LXXX gotas de extracto fluido al día, fraccionadas en dosis de XX gotas.

Hammamelis Virgínica. — Conserva algún uso pero su utilidad es problemática; la dosis es de L á LXXX gotas de tintura en las 24 horas, fraccionadas en dosis de XX gotas.

Digital. — Esta sustancia tiene entre sus múltiples efectos el de contraer los vasos el que puede ser debido á la acción excitadora sobre las fibras musculares de ellos. A más regularizando los latidos

cardíacos presta servicio en los casos de congestiones pulmonares acompañadas de hemoptisis.

Tiene el inconveniente de obrar tardíamente, lo que no excluye su indicación como tratamiento posterior.

La dosis aconsejada es de $^1/_2$ á 1 milígramo de digitalina ó su equivalente en gotas XX á LX gotas de la solución alcohólica al milésimo.

Morfina. — Disminuye los latidos del corazón, deprime la actividad de los centros cerebrales y hace descender la presión sanguínea pero se le objeta de producir dilatación vascular. Dosis á emplear 0.01 gr. que se puede repetir si hubiere necesidad por vía hipodérmica.

Atropina. — Según Brown-Sequard disminuye el poder reflejo medular, siendo un depresor y por consiguiente un calmante general, amás estrecha los vasos y según algunos disminuye los latidos cardíacos, pero estos efectos son al principio trayendo á su continuidad una vaso-dilatación por cuyo motivo es conveniente asociarla á la ergotina dosis 0,001 á 0,002 milígramos fraccionada, en cada vez, $^1/_4$ de milígr.

2° *Grupo*. — Vomitivos — Ipeca — Tártaro Estibiado. Como obran los vomitivos? Según Pecholier por la emetina que contienen actúan tonificando el pulmón, para Soulier por el estado nauseoso favoreciendo la coagulación de la sangre. Por otra parte se sabe que la ipeca obra violentamente

sobre el aparato respiratorio al producir el vómito trayendo consigo una série de reacciones vaso matrices reflejas sobre el corazón y los vasos, amás disminuye la respiración por cuyas razones se recomienda en el tratamiento de las hemoptisis.

El tártaro estibiado determina lo mismo que la ipeca, el vómito, pero trae consigo una hiposteni-sación muy marcada sobre el corazón.

Revulsivos. — Apesar de las contradicciones que ha sujerido esta medicación se puede admitir como un hecho evidente que toda excitación cutánea modifica inmediatamente la circulación profunda, sobre todo en su vecindad.

Derivación. — Más por acción refleja que por extracción de sangre es que da resultado esta medicación.

3er Grupo. Astringentes. — Se admite generalmente que todos los astringentes ya sean minerales ó vegetales retraen los tejidos disminuyendo las secreciones, esto no es del todo cierto sinó en los casos que obran directamente sobre el lugar; salvo el ácido gálico y la ergotina, todos coagulan la albúmina.

Tanino. — El tanino se combina con la albúmina de la sangre pero no precipita por ser medio alcalino. En cuanto á la acción directa de este medicamento sobre los vasos, estudios de Rossbach prueban que produce una vaso dilatación marcada; puede ser administrado en píldoras de 0,10 gr. hasta 2 gr. al día.

Ac. galico, 0,50 gr. á 2 gr.

Rathania. Extracto 2 á 5 gr. en poción.

Trementina. — La esencia y sus derivados terpina, terpinol, tienen acción débil sobre la circulación, pero algo la disminuyen.

Hierro. — El percloruro; sabemos que este cuerpo coagula la sangre en aplicación local pero al ser ingerido se transforma en protocloruro sin acción sobre ella. En general se admite que las preparaciones de hierro tienen más inconvenientes que ventajas en el tratamiento de las hemoptisis.

Antipirina. — Se sabe que produce una excitación vaso motriz, después una parálisis con disminución de la presión sanguínea; algunos autores tales como Morat han visto que á una vaso dilatación periférica correspondía una constricción de los vasos internos. Localmente, produce una vaso contricción marcada.

Después de esta larga enumeración de medicamentos que en la práctica médica se hace uso con objeto de combatir una hemoptisis, quiero por mi parte exponer el tratamiento que he puesto en uso cuando me he encontrado frente á un enfermo con hemoptisis.

La ergotina Ivon inyecciones de 1 á 2 ctm. cúbicos por las propiedades siguientes: Acción constrictiva sobre los vasos, comprobada por experiencias de Holmes, Peton, Laborde y Nothnagel. Por su acción sedante sobre el corazón retardando

y regularizando sus latidos como lo prueban experiencias de G. Sée y Debierre. Por la facilidad y rapidez en su administración.

Ipecacuana. — A dósis nauseosa que trae consigo lentitud en la respiración, disminución de la tensión sanguínea según Pecholier, Grasset y Amblard. Acción constrictiva sobre los vasos pulmonares según Peter el que atribuye el fenómeno á excitación de los filetes del plexo solar en el estómago repercutiendo sobre la totalidad del gran simpático, produciendo la anemia pulmonar; hecho que ha sido demostrado por Pecholier en conejos.

Cloruro de cal.— Este medicamente recientemente estudiado tiene una influencia marcada sobre la coagulación de la sangre, hecho que he podido comprobar por experiencias que uno de nuestros compañeros el Señor C. Mainini ha hecho recientemente y en trazados gráficos se ve que á los animales á quienes les ha inyectado soluciones al dos, tres y cuatro por ciento su sangre se coagula en dos terceras partes del tiempo que emplea la normal.

Por vía gástrica sufre modificaciones pero á pesar de ello tengo muchas observaciones de médicos del hospital y mías, que comprueban un efecto seguro.

La morfina la empleo en inyecciones hipodérmicas, cuando hay mucho disnea. La cafeina en igual forma cuando el corazón funciona irregular

y débilmente, acompañando á este medicamento con: Digitalina administrada por gotas, que en estados conjestivos del pulmón tiene acción segura. Las ventosas, á quienes le reconozco una acción favorable obrando quizás por vía refleja, pero lo cierto es, que con su aplicación disminuye notablemente la disnéa.

He dicho por vía refleja porque no comprendo que con la extracción de 15 grs. por ventosa y después de dos ó tres de ellas podamos observar como lo hacemos diariamente, un efecto tan saludable.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

—

OBSERVACIÓN 1ª

Hospital Rawson

SERVICIO DEL DOCTOR L. URIARTE

G. SOUTO P. ESCUDERO, MÉDICOS AGREGADOS

Cama Nº 15. Sala IV.

L. De Carlo, italiano, 36 años, agricultor, procedente de la provincia de Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia, hasta hace tres meses en que principia su efermedad actual que la relata en la siguiente forma: Estando un día en tareas de labranza, transpirando abundantemente, bebe unos sorbos de agua fría y pocos minutos después sobreviene bruscamente tos quintosa y sensación de opresión torácica, angustia respiratoria á la que sigue un vómito abundante que le dura 10 ó 15 minutos, constituido por un líquido claro de sabor amargo y salado, cefalalgia y un fuerte dolor en el sacro.

La tos y expectoración continuan en los días siguientes hasta el presente, formadas por esputos hemoptoicos mezclados con pus y mucosidades; guarda cama durante 15 días, pero no encontrando mejoría resuelve ingresar á un hospital, haciéndolo al ya mencionado, el día 7 de Enero de 1904. A su entrada tiene nuevas hemoptisis, 37 con 8 décimas de temperatura y los síntomas ya enumerados á los que agregamos anorexia y pérdida de peso.

Estado actual.—Individuo en buen estado de nutrición, musculatura bien desarrollada, mucosas bien vascularizadas, tórax simétrico, vibraciones exajeradas en la fosa supra é infraclaviculares derecha que disminuyen en intensidad hasta desaparecer en el 2º espacio y siendo nuevamente perceptibles por debajo del 4º donde son normales. Sub matitez en las fosas ya mencionadas hasta el 2º espacio, donde se hace mate, y continúa así hasta el 4º, donde vuelve la sub-matitez. En el tercer espacio hay pot fêlé, la matitez se limita por la izquierda á un través de dedo por fuera del borde derecho del externón; el límite derecho á un dedo por dentro de la línea axilar anterior. A la auscultación en la fosa infraclavicular hay un soplo inspiratorio y expiratorio que adquiere un carácter francamente cavernoso cuando se ausculta al nivel del 3er espacio intercostal. Hay broncofonía y pectoriloquia áfona.

Por detrás vibraciones aumentadas y lijera matitez en la fosa supra espinosa derecha, broncofonia.

Hígado grande, se palpa á dos traveses de dedo del reborde costal, liso é indoloro. Bazo grande, se palpa. En repetidos exámenes microscópicos de los exputos no se han encontrado bacilos de Koch, ganchos, ni membranas. El examen de la orina no suministra dato de importancia.

Diagnóstico, quiste hidático pulmonar abierto en un bronquio.

Este caso es operado por el Dr. R. Roccatagliatta, comprobándose el diagnóstico, y el enfermo es dado de alta el 6 de Junio, curado.

—

Observación 2ª.

J. Diaz, arg. 46 años, pintor, procedente de la prov. de B. Aires, ingresó al servicio el 9 de Diciembre de 1902.

Antecedentes Hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes Personales.—A los 18 años cólicos saturninos, no es sifilítico, palúdico, alcohólista, ni reumático.

Enfermedad actual.—En el mes de Julio próximo p. á continuidad de una mojadura, tuvo tos, fatiga, expectoración abundante y mucosa.

En Octubre una hemoptisis abundante seguida de otras de menor cantidad. Ha permanecido en el lecho durante 20 días, durante los cuales mejoró algo, pero queda su tos anorexia y enflaquecimiento.

Estado actual.—Buena conformación osea. Regular estado de nutrición, palidez general, fosas supra é infra-claviculares hundidas, hemitorax izquierdo mucho más pequeño que el derecho, la columna vertebral desviada con concavidad izquierda, retracción inspiratoria y disminución en la amplitud con relación al derecho.

Pulmón izquierdo.—Vibraciones vocales conservadas en la fosa supra espinosa, en la infra y resto del pulmón desaparecidas completamente; en el derecho, normal. Percusión, submatitez en la fosa supra espinosa izquierda, en el resto matitez absoluta. En el pulmón derecho sonoridad aumentada.

Auscultación.—En la fosa ya mencionada inspiración y expiración soplante que desaparece en el resto del pulmón para no sentirse ni murmullo.

En el derecho respiración ruda.

Hay Broncofonia en el vértice izquierdo descendiendo desaparece.

Por delante.—Existen las mismas modificaciones en ambos pulmones, que por detrás. El espacio de Traube libre.

Corazón.—El choque de la punta late á dos tra-

veces de dedo por fuera de la línea mamelonar, borde derecho al nivel del borde similar del externón, el izquierdo se confunde con la matitez pulmonar; la punta no se desplaza; pulso irregular con ocho intermitencias en 78 pulsaciones que tiene por minuto; tensión 9, area cardíaca 139 cmt. cuadrados; tonos normales salvo el 2º pulmonar que estaba reforzado; no hay ruidos agregados; arterias duras y esclerosas.

En numerosos exámenes de esputos no ha sido posible encontrar el bacilo de Koch. La temperatura oscilaba entre 37 y 38 grados, habiendo extremos de 36.3 y 39. A su entrada pesaba 58 kilos 300 gr. y diez días antes de su muerte pesaba 46 kilos.

Falleció el 16 de mayo, haciéndosele la autopsia el día siguiente en la cual se constatan las siguientes lesiones: Pulmón izquierdo tan adherido que fué necesario desprender á legra.

Las pleuras fibrosas espesadas en más de un centímetro; el pericardio adherido completamente á ella habiendo sido imposible su separamiento.

Incindiendo el pulmón se constata la presencia de tejido fibroso diseminado por todas partes y que crujía al ser cortado, varias cavidades en número de 12, cuyos tamaños variaba desde el de una mandarina á un garbanzo; sus paredes irregulares anfractuosas ulceradas y recubiertas de una sustancia caseosa en unas y purulentas en otras.

Al examen microscópico de varias de ellas se encontraron bacilos de Koch.

El pericardio por dentro nada anormal; corazón grande, ventrículo derecho hipertrofiado; no hay lesión de válvulas.

El diagnóstico que se hizo en el servicio fué de esclerosis pleuro pulmonar, de origen posiblemente tuberculosa, porque el examen de los esputos que fueron más de 30, no se encontró bacilo de Koch.

Hospital Rawson

SERVICIO DEL DR. A. F. LLOBET

JEFE DE CLÍNICA M. BEGUERESTEIN

Sala III, cama 2.

O. M., 28 años, argentina, viuda domiciliada Bolivar, Prov. B. A.

Antecedentes Hereditarios. — Sin importaneia.

Antecedentes Personales.—A los 8 años varicela, á los 14 primeras reglas, á los 15 su primer hijo, á los 19 dos chancros blandos.

Enfermedad actual. — Hace un año sintió un dolor al nivel del ángulo inferior del homoplato izquierdo que no la incomodaba mayormente y que no era acompañado ni de fiebre ni de tos ni de expectoración; la duración de aquel no la sabe precisar, pero dice que desde entonces hasta la fecha tenía períodos de ausencia. Hace 6 meses, durante el sueño, tiene un acceso de tos y con ella una hemoptisis que avalúa en 300 gramos, esto preduce la alarma consiguiente; queda unos días en cama, luego se levanta y no siente nada.

En la noche del 14 de Marzo del corriente año, sin haber sentido nada durante el día, pierde el conocimiento y expulsa por la boca una cantidad de líquido turbio, líquido que es visto por un médico que va á asistirla y dice ser de un quiste hidatídico. La enferma queda con dolores toráxicos, tos sin expectoración, anorexia y un poco de fiebre; es en estas condiciones que llega al servicio el 26 de Abril.

Estado actual.—Buen esqueleto, regular musculatura, escaso panículo adiposo, muçosas anemiadas, piel oscura y flaxida, temperatura 37°. Pulso igual regular, poca tensión 75 pulsaciones por minuto, aliento fétido, expectoración abundante.

Exámen físico.—Torax por delante, hemitorax izquierdo deprimido con escursiones respiratorias menores que en el derecho. Vibraciones vocales ligeramente aumentadas sobre todo en la región infra clavicular; sub-matitez en las fosas supra é infra clavicular que se extiende hasta el 4° espacio y da en conjunto una forma redondeada, por debajo de la axila, hay ruido de pot-fêlé. A la auscultación un soplo inspiratorio y expiratorio francamente cavernoso, sobre todo al nivel del 3er espacio.

En el pulmón derecho nada de anormal.

Por detrás los mismos fenómenos que hemos anotado al hablar del pulmón izquierdo por delante. El pulmón derecho normal.

El exámen microscópico de los exputos no da

bacilos de Koch, ganchos ni membrana de equinococo.

El examen de orina no arroja ningún dato interesante.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico abierto en un bronquio, para unos, y para otros pleuresia interlobar; pero en final se aceptó este último, siendo operada la enferma, por el jefe del servicio y entonces se comprobó que lo que había era una pleuresia enquistada de la gran cavidad al nivel de los tercero y cuarto espacios intercostales con comunicación al exterior por una fístula brónquica.

D. M. Chichizola.

Buenos Aires, Junio 11 de 1903.

Buenos Aires, Julio 11 de 1904.

Nómbrase al Académico Doctor José Penna, al Profesor Titular Doctor Abel Ayerza y al Profesor Suplente Doctor Ricardo Colón, para que, constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Artículo IV de la «Ordenanza sobre exámenes» en vigencia.

UBALLES

Zenón Aguilar

—

Buenos Aires, Julio 18 de 1904.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis, presentada por el ex-alumno Sr. Domingo M. Chichizola.

«En el local de la Facultad á 14 de Julio «de 1904, reunida la Comisión que subscribe en- «cargada de dictaminar respecto de la admisibi- «lidad de la tesis presentada por el ex-alumno «Sr. Domingo M. Chichizola que versa sobre «Hemoptisis» resolvió admitirla. Con lo que «terminó el acto. — Firmado: Penna — Ayerza — «Colón — Cárlos Robertson, Secretario».

Buenos Aires, Julio 4 de 1904.

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

UBALLES

Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª Diagnóstico del infecto hemonigico del pulmón fundido en los síntomas hemoptoicos.

2ª Siempre, que á una hemoptisis, acompaña alta temperatura, el pronóstico es grave.

3ª Indicaciones y contraindicaciones del uso de la ipecacuana en las hemoptisis tuberculosas.