Año 1910 N.° 2222

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

SÍFILIS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADELIO P. BARCELÓ

Ex-practicante externo é interno del Hospital San Roque
(1904 — 1910)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

SÍFILIS DEL PULMÓN

Año 1910 N.º 2222

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

SÍFILIS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADELIO P. BARCELO

Ex-practicante externo é interno del Hospital San Roque
(1904 — 1910)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO Z. ARCE
» » JUAN A. BOERI (suplente)

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ
» J. T. BACA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Hıgiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ (en ejerc.)
	» CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ (en ejerc.)
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÈ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. RODOLFO ERAUZQUIN » LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR RICARDO A. NÖLTING

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

CARIÑO Y GRATITUD

A LA MEMORIA DE MI HERMANO DALMIRO

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

AL Doctor IGNACIO J. MORELLO

MI SINCERO RECONOCIMIENTO

A MI AMIGO

DOCTOR BENIGNO T. AVELEYRA

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

El trabajo que vengo á presentar á vuestra consideración cumpliendo con la última de las disposiciones reglamentarias de la Escuela de Medicina, no es una obra sino un extracto de lo tanto escrito sobre el tema que he elegido.

Versa éste sobre «Sífilis del pulmón» que me ha parecido tan interesante como difícil, tiene para mí el único mérito de haber podido observar y seguir varios casos durante mi internado en el Hospital San Roque, viendo el resultado notable del tratamiento mercurial en ellos instituido.

Al egresar de la Escuela de Medicina llevo el recuerdo de vuestras sabias lecciones y consejos que me servirán de ejemplo para el desempeño del ejercicio de la medicina, haciendo de ella lo que hacen los altruistas: un apostolado. A ello me inclino con firme propósito.

En estas líneas quiero dejar constancia de agradecimiento á los que fueron mis jefes en el Hospital San Roque: ex profesor Dr. Juan B. Justo, profesor Dr. Diógenes Decoud, Dr. Julio A. Blaksley, Dr. Alfredo Lagarde, Dr. Ignacio Morello, Dr. Felipe Luchinetti, Dr. Ulises Carbone, Dr. Ricardo A. Nölting y Dr. Matías Gil.

Al señor director del Hospital San Roque doctor Antonino Ibarguren y sus médicos internos.

Al Dr. Ricardo A. Nölting por el altísimo honor de acompañarme como padrino en la presentación de este trabajo.

HISTORIA

La historia de esta afección, ó sea la *sífilis pulmonar*, no se describe claramente sino después de muchísimos años y que bien podríamos decir después de algunos siglos.

Al citar de la lectura de autores como Laennec, Cruveilhier, Pancritius y Virchow me llama la atención lo escrito por Pancritius donde dice: «La floreciente juventud y parte de la edad adulta es diezmada por la sífilis pulmonar bajo forma de *tisis sifilítica*»; de lo cual solo podremos aceptar la existencia de la afección pero como poco común y no tan general como la creía este autor.

Si ha existido, podremos admitir que haya pasado ignorada durante tanto años, como lo ha sido la sífilis misma en su origen, iniciada por el chancro y no siendo ésta sino la misma enfermedad localizada en el pulmón como fenómeno tardío ó mejor dicho terciario.

Bien podríamos decir que su historia es sin documentación, pues no la tenemos con claridad sino llena de largos y difusas descripciones.

Hay descripciones y opiniones de autores que para nuestra época no tendrían objeto ni valor, pero sí el mérito de haberlas iniciado.

En el siglo XVI Ambrosio Paré hace notar los estragos de la sífilis y Cesalpinus cita la tisis con lesiones laríngeas; en el siglo XVII hay algunas descripciones sobre la tisis sifilítica.

J. A. Franck en 1807 la llama *tisis a lue venérea* y J. Franck, más tarde, describe la *tisis pulmonar sifilítica*.

Tenemos después de éstos á Morton, Sauvages y Portal, que daban gran importancia en los enfermos del pulmón con antecedentes de haber sido atacados de sífilis para creer que fuera la misma enfermedad limitada á la víscera, (pulmón, pleura, etc.)

En esta época, en que la anatomía patológica y la auscultación eran desconocidas, mal podría discutirse científicamente la sífilis pulmonar ni tampoco la tuberculosis.

Vienen las primeras investigaciones y estudios anátomopatológicos con Bayle, sobre lesiones tuberculosas, pretendiendo hacer una diferenciación de las lesiones del pulmón.

Hasta esta época se daba el término *tisis* á todas

las enfermedades consuntivas, preferentemente de los pulmones y tenemos también á autores como Stockes, Graves y otros creyendo bajo la influencia de la sífilis á las afecciones del pulmón, tales como la tuberculosis, bronquitis, pneumonias, etc.

Así Bayle en sus investigaciones sobre la tisis pulmonar, relaciona más la denominación tisis con la tuberculosis.

Munck, discutía y negaba que la sífilis pudiera formar tubérculos. Laennec mismo negó que la sífilis pudiera producir la tuberculosis y solo admitía que por abusos ó exceso de tratamientos mercuriales pudiera producirse esta complicación en un enfermo atacado de sífilis pulmonar.

Ricord hace estudios de la sífilis en sus accidentes terciarios y describe los gomas de los huesos y también los gomas del pulmón, diciendo que uno de los sitios de la economía donde los gomas sifilíticos se desarrollan con bastante frecuencia es en el tejido pulmonar, aunque las opiniones de su época le eran contrarias.

Depaul fué el primero en presentar á la Academia de Medicina sus trabajos sobre alteraciones en los pulmones de fetos sifilíticos y que habían sido considerados hasta entonces como lesiones tuberculosas.

Siguen después Dittrich y Virchow con sus publicaciones, dudando este último primeramente de

las pneupatías sifilíticas hasta que su opinión se de fine, en su obra de Patología de los Tumores y demás trabajos, favorablemente.

Hay, además, los trabajos de autores que no hago sino citar sus nombres en honor de sus estudios científicos realizados, como ser: Cornil y Ranvier, Pidoux, Lancereaux, Fournier, Ladrieux, Schnitzner, Pancritius, G. See y Talomón, Potain, Tripier Dieulafoy, Baltzer, Charcot y Bouchard, etc.

ETIOLOGIA

Muchas teorías fueron presentadas y discutidas con el propósito de explicar la causa de esta enfermedad, generalizando y atribuyendo á malos humores, miasmas, etc.

Estos trabajos, que se sucedían al mismo tiempo que los estudios presentados por Pasteur, hacían preveer su origen parasitario ó microbiano.

Fué Shaudinn el que descubrió el agente específico, después de muchas polémicas, de pruebas y contrapruebas y en circunstancias de hallarse ocupado en demostrar la no especificidad del microorganismo de Siegel.

Tratábase en este microorganismo de un pequeño protozoario que él llama *Cytorrhyctes-luis*. Encuentra casualmente Shaudinn al espirilo *Treponema pallidum* y al que dió el nombre por primera vez de *Spirochæ pállida*, que debía ser después aceptado como el verdadero agente sifilógeno.

Metchnikoff y Roux hicieron varias comunicaciones á la Academia de Medicina de París, teniendo lugar la primera el 16 de Mayo de 1905 sobre los trabajos de Shaudinn en colaboración con Hoffmann. Estos comunicaron el resultado de sus estudios el 17 de Mayo del mismo año á la Sociedad Médica de Berlín que titulara *Spirochæte pállida* y hacen una diferenciación entre esta forma y las otras especies pertenecientes á este género.

Thesing objetó que los spirochœtes descriptos podrían ser perfectamente producidos por la descomposición de los colorantes empleados, objeción que fué rechazada por carecer de fundamento.

Hoy ya no se duda sobre este micro-organismo y es aceptado por todos como el verdadero agente etiológico de la sífilis.

El spirochœte pállidum en los diversos períodos y lesiones de la sifilis.

Ha sido hallado en todas las manifestaciones de la sífilis, ya sea en la adquirida, en la hereditaria como en la experimental. Así en el accidente inicial ó chancro duro, ya genital ó extragenital, se le ha encontrado infinito número de veces y aun habiéndose manifestado con sus caracteres anátomo-patológicos propios del chancro ó esbozado simplemente.

Se ha encontrado tanto en los primeros días como después de quince dias en un caso de Levaditi.

Hoffmann lo halló después de una buena serie de cortes de una inclusión.

Reuter los vió en gomas del pulmón, en un caso de sífilis hereditaria, y en gomas ulcerados.

En cuanto al sistema vascular, en este período ha sido hallado varias veces en casos de aortitis.

Las investigaciones hechas en el líquido céfalo-raquídeo han sido siempre negativas, lo mismo que en el tabes y la parálisis general progresiva, que como sabemos, se consideran como accidentes parasifilíticos, atribuyendo estas lesiones como de origen tóxico.

En la sífilis experimental el virus utilizado fué extraido del hombre ó del mono indiferentemente, y ha sido siempre encontrado el spirochœte.

Se ha inoculado en la cámara anterior del ojo del perro y conejo y se le ha visto en gran cantidad con los mismos caracteres.

Distribución del Spirochœte con las lesiones anátomo-patológicas.

En el chancro el spirochœte no se halla uniformemente distribuido sinó que sigue la distribución de los vasos; están en abundancia y existen tanto en su vecindad como en sus paredes y algunas veces en la luz misma del vaso. Esto sucede en la periferia; pero en el centro del chancro, en el espesor mismo de los tejidos se hallan también en cantidad y van en disminución á medida que se llega á los

contornos. En el centro del chancro y hacia el nivel de las fibras conjuntivas su número es tan grande que parecen estar enteramente constituidas por spirochœtes, pues siguen todas sus direcciones,

En los vasos linfáticos se ven en gran cantidad y en los nervios no solo siguen su vaina conjuntiva sinó que se alojan entre las fibrillas nerviosas.

Hacia la parte superior del chancro, en el medio se nota una gran cantidad de polinucleares que van disminuyendo en la profundidad y son reemplazados por mononucleares.

La polinucleosis en las capas superiores responde á infecciones agregadas ó sobreañadidas y aquí no se encuentran spirachœtes; lo mismo al nivel de las papilas dérmicas y aún en las epidérmicas raramente se podrían encontrar.

En el pulmón se han hallado en número considerable al derredor de los bronquios, de los vasos, á lo largo de los capilares y en los septum alveolares. En los bronquios se han visto también en las células epiteliales ciliadas.

Tenemos que el chancro empieza por una simple lesión epidérmica, sufre luego una incubación, que varía de 20 á 30 días, apareciendo después una mácula congestiva que se convierte finalmente en una pápula chancrosa.

En esta primera incubación se efectúa la multiplicación del parásito y se supone que la reacción

de los tejidos es lenta en aparecer porque tarda en franquear el dermis.

Pasados unos 40 ó 50 días ya se halla en la circulación general, lo que determina lesiones del período secundario.

En el período terciario los parásitos tienden á localizarse en un pequeño número de focos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La sífilis puede producir en el pulmón lesiones muy diversas que son más ó menos mezcladas y confundidas, de manera que si bien no existen todas reunidas, estos procesos pueden ir apareciendo sucesivamente: así tenemos: los *gomas*, las *lesiones cicatriciales esclerosas* y las *lesiones hiperplásicas*: hay además otras alteraciones sobreagregadas ó consecutivas, como ser: la *inflamación*, la *ulceración* y la *gangrena*.

Los gomas.—Estos provienen, al principio, de una proliferación del tejido y la iniciación de su desarrollo responde al modo de formación de la granulación y á sus células, como á continuación se explicará.

En Cornil y Ranvier dícese que lo más característico de la sífilis del pulmón es el goma; visto anatómicamente, aunque no siempre, se puede clasificar con toda claridad. Vemos que han sido descriptos

los primeros y hubo quien los describió por analogía á otros gomas, como lo hizo Mac-Carthy en 1844. Los nódulos gomosos fueron considerados por algunos como formados por elementos especiales y hasta por neoplasias, como se ve en los *granulomas de Virchow.*

Los gomas tienen caracteres diferenciales, como ser. 1.° estar rodeados de una zona fibrosa y 2.° presentar elementos en vía de necrosis. Ahora bien: cuando la parte central está alterada ó necrosada se dice que el goma está en completo desarrollo y se llama *goma á tumores ó nódulos* aunque no hayan llegado á la ulceración ó necrosis.

Estos tumores (gomas) son de volumen y aspecto variables, según que tengan más ó menos tiempo de desarrollo ó crecimiento; generalmente son bien redondeados, aunque los haya tambien de centornos irregulares; son de color blanco-grisaceo ó blanco-rosado y de una consistencia dura, análoga á la dureza de una castaña; constituye adherencias á los tejidos que los rodea y los engloba y suelen hacer preeminencias ó salidas hácia afuera de los órganos en los cuales se desarrolla; más tarde, cuando el tejido se hace menos duro y la parte central se reblandece, entonces se hacen adherencias y lo limitan para vaciarse hácia afuera.

En un corte estudiado macroscópicamente el tejido es de color grisaeeo y á veces rosado, más ó

menos vascular y sin líquido al estado de crudeza, es decir, antes que el tumor se haya reblandecido; más tarde el centro se hace blanco-amarillento, opaco, absolutamente seco y friable: este es el periodo de caseificación que se encuentra sobre todo en los gomas parenquimatosos.

En el periodo de reblandecimiento la parte central forma una masa semiblanda, puriforme, englobando masas más ó menos voluminosas que son verdaderas escaras formadas por partes caseosas destacadas en bloc en la parte central.

Por fin, cuando la ulceración se produce queda una caverna anfractuosa cuyas paredes induradas son constituidas por la parte periférica del goma y las cavernas que así se efectuan vienen á abrirse en los bronquíos dando salida á la sustancia de la parte central que, como hemos explicado, se reblandece.

En las paredes de las cavernas así formadas se desarrolla un tejido de brotes carnosos para llenar la cavidad y eliminar todas las partes en regresión gránulo-grasosa que deben ser desprendidas de ahí por evolución natural, produciéndose entonces la retracción de la cavidad y su cicatrización.

Se han descripto gomas esclerosos á unos nódulos fibrosos de color blanco-grisáceo, duros y á veces cretáceos.

El sitio de ellos es variable lo mismo que su nú-

mero; se dice que puede existir uno solo, que es generalmente grande ó un grupo de tres á seis, limitado á una parte del pulmón preferentemente,—el hileo ó la base del pulmón,—y tambien se cita de haberse visto en el vértice y á veces se ven antes de hacer el corte del órgano, que se hacen aparentes por debajo de la pleuna que, sobre un fondo grisáceo, se notan haciendo relieve redondeado; que se sienten á la palpación en la pieza anatómica lisos y duros. Si su parte central está ya necrosada hace hernia lijera con tendencia á enuclearse.

El aspecto microscópico estudiado del goma presenta dos partes que se pueden considerar en central una y periférica la otra. La parte central se diferancia, cuando está modificada, en una masa de forma granulosa—amorfa que colorea mal ó no se colorea, donde se suele ver la forma de los alreolos y tambien vestigios de algún grueso vaso. La zona preriférica está formada de un anillo de tejido fibrilar, denso, generalmente pobre en célnlas. Se diferencia muy bien esta zona de la central y cuando la necrosis es avanzada existe una fisura entre el anillo fibroso y el bloc caseoso.

Hay veces en que la zona periférica no se delimita bien, pero se la vé modificarse paulatinamente yendo hácia el centro; estos elementos se decoloran, las fibras desaparecen, las células tambien y se termina insensiblemente á la masa granulosa central.

La parte externa de la zona fibrosa es á menudo muy espesa y se pierde en el tejido vecino: se ve entonces infiltrada de células con nucleos vivamente coloreados.

Lesiones cicatriciales-esclerosas.—Se designa á estas alteraciones con el nombre de esclerosis blanda y esclerosis dura, que se engloban bajo un mismo término de *esclerosis* ó *pneumonía intersticial*. Se suceden fenómenos hiperplásicos en evolución con tendencia á una actividad considerable de los tejidos, como veremos más adelante y otras lesiones de aspecto cicatricial con tendencia á limitarse.

Estudiaremos estas últimas bajo su aspecto macroscópico.

Esta esclerosis es formada de un tejido duro, crepita al corte del cuchillo, de tinte blanco-grisáceo, gris ó raramente oscuro si hay infiltración antracósica.

Es este tejido retráctil, hay bridas irradiadas que van á un punto central y forman con los tejidos vecinos un punto de retracción. Hay tambien bandas ó blocs subpleurales que dan á la superficie del corte conos á bordes estrellados de dimensiones variables, donde la cerosa se deprime más ó menos. Tambien se suelen formar nódulos esclerosos, duros, con un punto que crepita al corte, que si bien los hay en lesiones tuberculosas se podrían, aunque no siempre, distinguir.

Las lesiones esclerosas en algunos casos ofrecen una disposición más particular en la sifílis, cuando se localiza al derredor de los bronquíos formando como un expesamiento de estos é irradiándose al hileo y es lo que los alemanes llaman *peri-bronquitis sifilítica fibrosa*. Aquí existen lesiones de los grandes bronquíos y á veces de la traquea.

En estos casos suele suceder que las bridas é irradiaciones retráctiles siendo muchas producen retracciones que se ha descripto *pulmón ficelé* por analogía al *hígado ficelé*.

El aspecto microscópico es como en toda esclerosis por otra causa.

El punto fibroso está constituido por un tejido fibrilar ó á bandas hialinas casi unidas, sin tejido celular ó muy poco, habiendo células alargadas, aplastadas, fusiformes ó estrelladas.

Lesiones hiperplásicas.—Se llaman así á las lesiones con predominio de vascularización que ocasionan un espesamiento de los tejidos, con aumento de volumen y densidad y cuyo corte visto su aspecto macroscópicos da una forma carnosa y suculenta. Como tipo más puro de estas lesiones las tenemos en las pneumonías blancas de los recien nacidos y cuya herencia específica se conoce: es en estas don, de mejor se observa el aumento de volumen y densidad de las partes atacadas. Si se toma un trozo, echado al agua va al fondo; su color es generalmen-

te pálido; los hay tambien de color gris-rosado; su consistencia es dura; tomando un lóbulo pulmonar, uno de los pulmones ó los dos en totalidad.

Su aspecto microscópico se podría estudiar para mejor comprensión de las lesiones bajo tres tipos principales aunque haya muchas variaciones. *Primer tipo:* de forma adenomatosa; *segundo tipo:* de forma decamativa y *tercer tipo:* de forma de pneumonía intersticial.

En la *forma adenematosa* se caracteriza por su considerable espesamiento del estroma, un estado particular de revestimiento epitelial, cuyas células se han hecho casi cúbicas y de un aspecto adenomatoso que presenta el tejido; el tejido intermedio abundante en vasos queda infiltrado de numerosos elementos celulares de variadas formas, alargadas ó estrelladas; algunos parecen linfocitos y otros parecen células de revestimiento alreolar; hay también parte como formando nidos cuyas células toman el tipo epitelial.

En los vasos podría notarse algunas veces lijera endarteritis y casi frecuentemente se nota un espesamiento bastante acentuado de la túnica externa.

En la *forma descamativa* se nota un abundante desprendimiento de las células en los alveolos con aumento de volumen y sin espesamiento de los tabiques inter-alveolares. Las células son voluminosas, con núcleo pequeño, único, habiendo tambien célu-

las multinucleades; están infiltradas de gotas grasosas pequeñas en buen número, lo que unido á la anemia que se produce por compresión de los capilares da la coloración blanca de los tejidos.

En la *forma de pneumonía intersticial* estas lesiones se distinguen por el espresamiento difuso de los tabiques inter-lobulares é inter-alveolares, de los tejidos sub-pleurales, peri-brónquicos y peri-vasculares con infiltracción celular abundante.

Hay descamación de células en el alveolo que son voluminosas, con núcleos redondeados y algunas toman la forma cúbica. El espesamiento del tejido intersticial se produce por aumento de la vascularización, por la infiltración considerable de células nucleadas con protoplasma abundante y que suelen tomar la forma epitelial. Los alveolos son deformados y de diferente tamaño. Los vasos capilares así como los linfáticos están aumentados de volumen

En la pneumonía sifilítica del adulto es más difícil identificarla porque no la encontramos en la forma pura como en el feto ó recién nacido sifilítico, por las variadas infecciones pulmonares y complicaciones del mismo por lesiones de riñón ó corazón que pueden producirse en el adulto.

Lo más común se presenta en estas bajo forma de goma aislado ó rodeado de infiltración gomosa, como ya se ha descripto anteriormente, con su aspecto inflamatorio al principio; su reblandecimien-

to, despues; las lesiones esclerosas, finalmente, cicatriciales, retráctiles ó hiperplásicas, análogas estas á las del recién nacido ó feto.

En resúmen tenemos que generalmente en todo proceso sifilítico pulmonar del adulto empieza por alteraciones del tipo inflamatorio banal, por una pneumonía dicha catarral que se hace la pneumonía sifilítica que evoluciona hácia la curación con las lesiones esclerosas y retráctiles ya dichas; anatómicamente y á simple vista da coloración grisácea ó gris rosada, de densidad y consistencia aumentadas, dando sensación de producto carnoso. Al corte, poco húmedo, liso; á la presión, el dedo se deprime dando resistencia algo elástica; un trozo echado al agua se va poco á poco al fondo; no crepita á la presión pero da algunas burbujas finas junto con escasa sustancia líquida, lo que indica que hay en los alreolos un poco de aire. Al examen hictológico tiene un tipo uniforme y regular é infiltrado de gran cantidad de elementos celulares; los alveolos se notan modificados, tanto que en algunas partes están como borrados ó reducidos á una hendidura sinuosa y larga; otros son voluminosos, llenos de células de aspecto variable, ya con protoplasma claro, granuloso ó vacuolado ó ya de células más pequeñas, nucleadas, que parecen linfocitos. El epitelio está formado de células cúbicas, nucleadas, que en algunos alveolos esta desprendida y mezclada

dentro del exudado del mismo. El tejido intermediario está espesado de fibrillas y de elementos celulares alargados. En los bronquíos se nota una infiltración enorme de sus paredes y á veces el epitelio de estas está levantado por un exudado que allí se produce. La túnica externa de las arterias en general es muy espesada y rodeada de exudados; el endarterio presenta algunas veces un lijero espesamiento.

En la pleura hay procesos de hiperplasia en todo su tejido y suelen estar adosadas las dos hojas (parietal y visceral) por láminas conjuntivas muy espesas, sucediendo esto siempre que las lesiones hayan sido muy grandes.

Hay dilataciones brónquicas con alteración de sus tejidos que dan diferentes aspectos, ya sea dilatación difusa, aislada, ampular, sinuosa ó simulando cavernas y puede tambien dar alguna retracción de tipo escleroso.

Las lesiones agregadas son las supurativas, ulcerosas ó gangrenosas, siendo estas con destrucción más ó menos grande de tejido pulmonar.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

En todo examen clínico de un enfermo debemos sacar el mayor número de datos á objeto de saber las afecciones que haya tenido en su vida hasta la enfermedad que padece en el momento de su observación, así como también sus antecedentes hereditarios.

Bien difícil, por cierto, en el caso de sífilis hereditaria ó adquirida que sea ignorada por el enfermo y cuando no ha dejado rastros, mucho más si se tropieza con personas que se creen puritanas é insospechables ó que por ignorancia supina ó maliciosa pudieran ocultar datos preciosos para la clínica.

No sucede así cuando esta terrible enfermedad ha atacado dejando signos indelebles.

Tenemos, en sus síntomas, un enfermo con buen estado de salud general, que tose, tiene dísnea, espectoración muco-purulenta, hemóptisis, á veces

fiebre ligera, con adelgazamiento y pérdida de sus fuerzas después; tiene sudores nocturnos, la fiebre se acentúa y va á la caquexia progresivamente, simulando así una tuberculosis.

Estos síntomas que si bien no se presentan todos en conjunto son también confundibles con otras lesiones.

De los síntomas más comunes se destacan la fiebre y modificaciones del estado general; la fiebre á veces no aparece sinó más tarde ó hay elevaciones de temperatura hasta de 40 grados sin ser muy continuada en ocasiones y otras suele ser acompañada de supuración y gangrena y presenta los caracteres de fiebre de pus coleccionado en alguna parte del organismo enfermo, como sucede en estos casos.

Las modificaciones del estado general consisten en la pérdida de sus fuerzas y enflaquecimiento que si bien es cierto en el principio de la enfermedad es menos acentuado que en la tuberculosis, puede también llegar como ésta, al final, á la caquexia. Hay también verdaderos casos de sífilis florida, aunque raros. Junto con estas modificaciones y pérdida de fuerza se observa también una palidez de la piel de tinte terroso que suele ser muy acentuado.

Viene después la tos, dolor, espectoración, disnea; la tos es más frecuente y no presenta ningún

carácter particular; el dolor localizado en la región retro-esternal; la espectoración es muco-purulenta en sus comienzos y puede ser tomado el enfermo por un bronquial que luego, poco á poco cambia de aspecto; esta espectoración muy repetida y abundante que á veces viene de golpe, particularmente por !a mañana como formando una verdadera vómica, está compuesta de un líquido puriforme conteniendo bridas ó sustancias grumosas y á veces filamentos purulentos y fétidos; tal espectoración se deposita en un recipiente en capas, siendo la más espesa la del pus y mucosidades que se van al fondo, una capa intermediaria líquida y otra más superficial aereada y espumosa. La primera del fondo suele ser en un principio herrumbrosa aunque no muy clara y después amarilla verdosa ó amarillenta solamente; la intermediaria es un líquido más bien turbio blanquecino y á veces algo trasparente y la última es blanquecina generalmente.

En la espectoración cuando es más consistente puede haber masas espesas de color grisáceo que se toman como partes del goma ulcerado y que suelen ser rosadas y teñidas de sangre; vistas al microscopio resultan ser partes del tejido pulmonar que se han desprendido. Se encuentra una espectoración análoga cuando á estas lesiones se agrega la gangrena que desprende en la misma forma trozos de tejido dulmonar que se esfacela.

Dije más arriba que los esputos suelen ser á veces numulares solamente.

El dolor que se presenta en algunos casos tambien como puntada de costado y á veces provocado á la presión, otras veces es espontáneo.

La disnea suele ser á veces acentuada y otras acompañada en cierto grado de cianosis y esta no es más acentuada que en las otras lesiones de pulmón; la dísnea así producida puede dar á veces lesienes de corazón, distensión del ventrículo derecho, como lo producen todas las lesiones agudas del aparato respiratorio.

Las hemoptisis se producen y las hay tan abundantes que á veces pueden ocasionar la muerte. En uno de mis casos de observación que asistí haciendo servicio de primeros auxilios en el Hospital San Roque me refería el enfermo que había tenido hemoptisis frecuentes, hasta en la calle, donde había sufrido desvanecimientos á consecuencia de tan grande hemorragia; en dos veces que ví á este sujeto me mostraron una palangana de sangre pura en cantidad más ó menos 500 gramos una vez y 1000 la otra.

Los signos físicos consisten en modificaciones de sonoridad á la percusión y variaciones á la auscultación de los signos físicos cuyo principal es el caritario.

Los signos físicos son: ya sean de condensación

pulmonar, submatitez ó mate con aumento de vibraciones, respiración tubaria ó tambien signos cabitarios precedidos de rales crepitantes secos ó húmedos, etc.

En general el foco habitual es á la altura del híleo del pulmón y de preferencia el lado derecho. Ya hemos dicho en anatomía patológica que hay casos donde se han encontrado lesiones gomosas clásicas en el vértice y en la base del pulmón, así que bien podríamos encontrar los signos arriba mencionados en un específico.

El enfermo que del buen estado general va al desmejoramiento progresivo, puede ser por la caquexia sifilítica atacando esta enfermedad los otros órganos ó por una consunción pulmonar progresiva, su fiebre héctica, sudores, dedos hipocráticos y rápido enflaquecimiento.

No tienen éstos deformaciones toráxicas como las hay generalmente en los tuberculosos. Si además nos dan antecedentes de sífilis y se constatan otros accidentes terciarios, gomas, periostitis, laringitis; no dando bacilos de Koch en el examen repetido de los esputos; si hacemos la sero-reacción de Wassermann y nos diera positivo, tendreya regular elemento de diagnóstico.

La sífilis pulmonar puede ser precoz si se manifiesta al poco tiempo de la enfermedad y *tardía* cuando es manifestada después de mucho tiempo de la infección ó contagio.

Tenemos de particular que las lesiones pulmonares sifilíticas atacan á este órgano generalmente en sus accidentes terciarios; de ahí que pueden pasar muchos años sin manifestarse. Las bronquitis sifilíticas, sí, se manifiestan precozmente: estos enfermos se ponen roncos. hay una traqueo-bronquitis, tosen, espectoran; auscultando se oyen rales sibilantes, rales mucosos, lo que ha hecho pensar en una grippe ó en un resfrío banal, no siendo otra cosa que la sífilis.

Esta traqueobronquitis sifilítica puede repetirse muchas veces, y desde los primeros años de la infección.

Diculafoy cita casos que muchas veces se ha creido en el comienzo de una tuberculosis y por ello la indicación de buen aire, buena alimentación, baños de mar, cuando—dice el mismo autor —se hubiera debido empezar por prescribir el tratamiento mercurial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En estas lesiones del pulmón que se hace muy difícil constatar por la facilidad con que este órgano es atacado siempre, aún en las personas más sanas, sean congestivas puramente ó congestiones mecánicas por lesiones renales ó de corazón, bronquitis simple, influenza ó grippe, lesiones asmáticas ó las más graves como la tuberculosis, pneumonía, broncopneumonía y gangrena pulmonar.

En las bronquitis agudas, á excepción de las infecciones agregadas que complican más el diagnóstico, tenemos que al estado de temperatura, aspecto de tos y espectoración, sudores, signos de auscultación, todos son parecidos y solo se podría diferenciar cuando estos síntomas se localizan en la parte media del pulmón, eliminando tuberculosis por no haber bacilos de Koch en los análisis repetidos de los esputos, bien que podemos decir aquí, que la ausencia de bacilos en los análisis no impli-

ca afirmar categóricamente que el individuo no sea tuberculoso. Podríase por sospecha y ayudado de los antecedentes si los hay, decir es una bronquitis sifilítica.

Ya hemos dicho que en los específicos las bronquitis se hacen también traqueobronquitis sifilíticas, se repiten muchas veces y desde los primeros años de comenzada la enfermedad; tiene á veces un aspecto banal, se pierde y se confunde con las bronquitis simples, lo que hace muy difícil poderla diferenciar. Los síntomas iniciales de tos y ligera opresión hacen pensar en una bronquitis simple, pero después aparecen otros como ser: tos pertinaz, quintosa, coqueluchoidea, sensación de cuerpo extraño, constricción, dolor detrás del esternón, respiración ruidosa, cornaje traqueal, dísnea contínua y parosística. Estos son los síntomas de estrechez de tráquea. La respiración se calma cuando el enfermo queda en reposo, pero si se le mueve ó agita le ataca una dísnea violenta; los accesos de opresión son debidos á espasmos reflejos de la glotis que sobrevienen tanto de día como de noche y producen en el enfermo una angustia inexplicable. Estos accesos de opresión son más frecuentes en la sífilis terciaria traqueal; la espectoración es espumosa, á veces es sanguinolenta ó purulenta y otras se observan partes que se han desprendido del goma.

Si las lesiones han atacado la tráquea y no se ha

instituido el tratamiento á tiempo, viene lentamente la asfixia por retracción cicatricial, pueden producirse síncopes y la muerte súbita.

Los rales de bronquitis pueden atacar los dos pulmones y habrá una respiración más ó menos ruda pero no podríamos decir una tubaria. Generalmente en medio de un catarro crónico, por una recrudescencia de fenómenos agudos, se observa en pulmones atacados de esclerosis difusas, fenómenos disnéicos, aumento de rales, aumento de signos á la percusión, submatitez, se auscultan rales finos y tubaria suave.

En las formas pneumónicas debemos describir primero la *pneumonía lobar* que ataca un solo lóbulo, todo un pulmón y que suele atacar á veces los dos pulmones aunque no en su totalidad; hay la presencia de pneumococos en los esputos, su duración es de nueve días más ó menos, está clasificada en tres fases: primera, de *congestión* ó *engouement;* segunda *hepatización roja*, y tercera *hepatización gris;* con su espectoración herrumbrosa, su matitez á la percusión, respiración tubaria, rales crepitantes, broncofonía, aumento de vibraciones y al final hay rales subcrepitantes en los dos tiempos de respiración; la espectoración de rojo ladrillo muy viscosa, cambia de coloración y se hace menos fluida hasta que desaparece, la temperatura se mantiene elevada, más ó menos 40 grados, cayendo á la

normal á los nueve días y después desaparecen todos los signos arriba mencionados.

Pueden haber complicaciones de la pneumonía y en tal caso, ya podríamos empezar á sospechar que no sea una pneumonía puramente, sino una pneumonía sifilítica. Esta enfermedad no da los síntomas clásicos de la pneumonía lobar. Las pneumopatías crónicas suceden á las hepatizaciones agudas y suelen semejarse á las esclerosis confirmadas que es la consecuencia de la induración gris específica.

Presenta entonces una pneumonía sifilítica: una matitez; una zona de obscuridad; hay, á la auscultación tubaria, pocos rales ó ninguno y bronco-fonía.

La pneumonía hiperplásica, propiamente dicha, considerada como la continuación de ciertas hepatizaciones rojas, no resueltas, se distingue por su evolución menos rápida con relación á una pneumonía lobar, por la fiebre persistente é irregular, por la abundancia de rales subcrepitantes y por una espectoración muco-purulenta, mucho más abundante; la evolución de la enfermedad es larga y no cede sino al tratamiento específico.

Simulando una tuberculosis aguda la sífilis del pulmón presenta un cuadro casi fiel á la pneumonía tuberculosa aguda; principia bruscamente con fiebre elevada, tos frecuente, disnea violenta, espectoración

muco-purulenta, sudores profusos, enflaquecimiento rápido, zona mate á la percusión, rales y tubaria á la auscultación; estos signos son comunes á la broncopneumonía sifilítica y á la broncopneumonía tuberculosa aguda,

Simulando una tuberculosis crónica vulgar afecta la forma de un tísico por su enflaquecimiento que va á la caquexia, un enfermo que tose desde mucho tiempo atrás, espectora abundantemente esputos purulentos verdosos, accesos de fiebre frecuentes por las tardes, con cefalea, cansancio, pérdida de fuerzas y apetito, sudores profusos nocturnos; la percusión nos da una zona submate ó mate, en la tuberculosis de preferencia es el vértice y muy raro en la sífilis del pulmón; en la auscultación se nota una tubaria intensa, tipo de caverna, rales y gorgoteo á gruesas burbujas después de toser; todo esto simula una tuberculosis pulmonar y hay además hemoptisis que suelen ser abundantes y casos con espectoracion hemoptóica. Debo recordar aquí á uno de mis casos de observación que, ya he dicho, tuve ocasión de ver varias veces con hemoptisis abundante que me impresionaba como un tuberculoso por tener casi todos los signos arriba mencionados menos su estado general que era bueno, así como su apetito. Este enfermo me refería que nunca le habian encontrado bacilos de Koch en análisis repetidos de sus esputos; no dando mucho crédito

á este caso, le propuse llevarlo al Hospital, donde fué también considerado como tuberculoso. Era este pobre enfermo un cliente para la guardia del Hospital San Roque que noche á noche llamaba de su casa que por cierto su domicilio no era fijo, porque de uua y otra lo despedían temiendo un contagio. En estos llamados á la calle me tocó concurrir unas cuatro veces, y la última de ellas le propuse internarlo y aceptó, lo que fué una suerte para él. Llegó á la Sala I, donde en un principio se creyó lo que todos habían pensado, pero exámenes más prolijos de esputos que fueron negativos y tomados sus antecedentes personales en donde se llegó á saber que había tenido hacía muchos años, uno ó varios chancros y que había tenido erupciones ó manchas en el cuerpo; de ahí se resolvió por el jefe de servicio hacerle el tratamiento mercurial. A las pocas fricciones, con gran sorpresa y alegría del enfermo, las hemóptisis desaparecen y el hombre empieza á mejorar de su tos, espectoración y en general su lesión pulmonar, tanto que llegó á hacerse un enfermo interesante para la clínica como se había tornado en pesado y fastidioso para médicos y practicantes. Se fué del servicio en muy buenas condiciones.

En las lesiones terciarias podríamos encontrar lesiones tuberculosas y es más frecuente que aparezca la lesión bacilar en un pulmón ya afectado; puede

también suceder que la sífilis ataque á un sujeto ya tuberculoso y entonces las dos lesiones se inician, se desarrollan y evolucionan cada una por su parte independientemente, siendo la tuberculosis la que produce mayores y más rápidas lesiones para agravar más el pronóstico; de todos modos sea que una empiece primero que la otra, tenemos un caso muy difícil de tratar por la diferencia de medicación y las alteraciones que produce en el órgano.

En la gangrena pulmonar sifilítica la espectoración exhala un olor fétido por la necrosis que produce del parénquima en las cavidades gomosas que así se forman y las infecciones agregadas.

El enfermo siente puntada de costado, fiebre y espectoración; se auscultan rales y respiración tubaria que generalmente se localiza hacia atrás en el tercio medio del pulmón derecho; la espectoración es negruzca, de olor aliaceo, suele eliminarse productos del goma y tejido pulmonar de color borra de vino.

Con la gangrena del pulmón no sifilítica se diferencia por no haber tenido antecedentes de sífilis, como por la existencia de fibras elásticas y por la marcha aguda de la enfermedad; como pronóstico siendo ambas muy graves ó fatales, podríamos tener más esperanza en la primera siempre que el tratamiento se haya hecho á tiempo para conseguir hacerla reaccionar favorablemente.

En la sífilis pulmonar con predominio escleroso se hace generalmente más ó menos al rededor de los bronquios de mediano calibre y al nivel del híleo para de ahí irradiarse en el parénquima pulmonar; la proliferación conjuntiva ejerce una acción deformante sobre los bronquios dilatándolos ó disminuyéndolos de volumen. Estas lesiones sifilíticas broncopulmonares suelen dar pleuresías que se hacen crónicas con espesamiento de la pleura y á veces derrame pleural.

Las lesiones esclerosas dan á menudo dilataciones brónquicas y éstas se manifiestan por tos desde tiempo atrás, edema de los miembros con albuminuria y por ataques repetidos con dísnea violenta, cianosis, la tos con espectoración mucopurulenta abundante, á la auscultación que se hace muy difícil se constatan rales como de bronquitis difusa siendo más abundantes y más finos á la derecha generalmente.

Si la lesión esclerosa es muy limitada la retracción que produce es muy pequeña y no da casi signos clínicos; si la lesión es más extendida existe con frecuencia un sindroma de bronquiectasia difícil de analizar; sus síntomas y su evolución no difieren en nada de las que produce la bronquiectasia en general.

Con los quistes hidáticos del pulmón conociendo el origen (el equinococus) de donde resulta también

que las lesiones en los casos de quiste son más localizadas, hay dolor, tos, hemoptisis; la tos en principio seca y quintosa acompañada más tarde de espectoración mucosa ó mucopurulenta; la hemoptisis es persistente y repetida, espectoración sanguinolenta; el dolor variable en intensidad suele ser localizado; la dísnea es continua y por accesos; los enfermos se quejan de somnolencia y sensación de angustia indefinible, síntomas de compresión de los órganos del mediastino, desplazamiento progresivo del corazón á veces, etc. Los signos físicos: se nota á la inspección una disminución de la amplitud de los movimientos respiratorios, dilatación del tórax, elevación de las costillas y los espacios intercostales ensanchados, un abovedamiento de una mitad del tórax como los grandes derrames de pleura; á la percusión da una zona mate y submate cuando el quiste no es superficial; las vibraciones son disminuidas ó abolidas; la auscultación da disminución ó desaparición de la respiración vesicular, siempre que el quiste sea superficial, porque si es central la respiración vesicular es normal; si el quiste se abre en los bronquios se puede encontrar en la espectoración membranas del quiste y ganchos de equinococus; da signos de caverna con su respiración anfórica, retintin metálico y á veces ruidos de glou-glou; en general, no se puede confundir con una lesión sifilítica del pulmón.

En casos de cáncer del pulmón empezaremos por decir que el cáncer primitivo es muy raro y siendo secundario debemos encontrar la lesión primitiva en otro órgano. El enfermo tose lo mismo con tos que suele ser quintosa y con puntada de costado, se enflaquece rápidamente, sus facies pálido amarillo pajizo, hay dísnea moderada al principio y suele ser más tarde intensísima. La espectoración banal al principio se hace mucopurulenta al final y de color rosado gelatinoso; el análisis de la espectoración da células cancerosas. La hemoptisis es bastante frecuente hasta ser sangre pura. Da signos de compresión de los órganos del mediastino; á la percusión da zona limitada mate ó submate; á la auscultación da tubaria, pectoriloquia con egofonia y rodeado de una zona de rales subcrepitantes. En esta enfermedad que si bien hay algunos signos análogos, hay otros bien distintos, por lo que no es fácil confundir con la enfermedad que presento en este trabajo.

Pronóstico.—Si esta enfermedad se presenta sola y la diagnosticamos á tiempo, aún estando el enfermo grave, podremos hacer un pronóstico más bien benigno; más no así si se complica con tuberculosis, en cuyo caso es grave y fatal. Tengo sin embargo, un caso de observación, tuberculoso y sifilítico en tercer grado, que está en condiciones relativamente buenas.

TRATAMIENTO

Desde muchos siglos se usa y, hoy por hoy, se seguirá usando el mercurio y el yodo en el tratamiento de la sífilis; estos dos medicamentos sin los cuales no podría tratarse esta terrible enfermedad, son los que limitan las lesiones producidas en algunos casos y curan en otros.

Hay un medicamento muy nuevo el atoxil (anilarsinato de sodio) al que se le atribuye propiedades curativas de las lesiones específicas, pero he recogido datos de muy buena fuente que informan ha producido accidentes terribles y que más valiera no usarlo aparte de que se niega el tal poder curativo.

Seguiremos, pues, con lo que está probado desde tantos años, agregando á esto la medicación tónica é higiénica como complemento de tratamiento.

El mercurio se puede administrar de diferentes modos al enfermo, por ser muchas las vías de intro-

ducción en él. Por la vía dijestiva llegó á emplearse el mercurio metálico que hoy no se usa.

Se administra el bicloruro de mercurio y el protoyoduro. El mercurio metálico solo se usa asociados á otros medicamentos como en las píldoras azules y las de Sedillot.

El bicloruro de mercurio cuya fórmula es la de Sweiten solución al milésimo de bicloruro, alcohol y agua. Una cucharada de sopa contiene 0.015 (miligramos.

Las píldoras de Dupuytren:

Bicloruro de mercurio. 0.01 centígramos.
Extracto de opio . . . . 0.02 »
» » guayaco. . 4.00 gramos.
(Para una píldora)

han sido modificadas por Fournier en la forma siguiente:

Bicloruro de mercurio. 0.01 centígramos.
Extracto de opio . . . . 0.01 »
(Para una píldora)

Para que la píldora se conserve blanda debe agregársele glicerina neutra en pequeña cantidad.

El bicloruro de mercurio trae trastornos dijestivos, gastralgias sensibles que obligan á menudo á interrumpir el tratamiento.

El protoyoduro de mercurio es más usado y se tolera mejor y es el intestino el que sufre más, por

lo cual se da asociado el opio para evitar la diarrea que produce, siendo esta de dos clases, la primera, la de adaptación, que aparece á los primeros días es benigna y desaparece pronto; la segunda, la intercurrente, aparece varias veces en el curso del tratamiento, durando tambien pocos días y reapareciendo de tiempo en tiempo.

La fórmula es la siguiente:

Protoyoduro de mercurio. . 0.05 centígramos.
Extracto tebáico. . . . . 0.01 »

La dosis es de 5 á 10 centígramos; algunos llegan hasta 15, y otros aconsejan no pasar de 5 centígramos diarios.

Se aconseja dar la medicación en las comidas, pues mezclado con los alimentos el mercurio, parece mejor tolerado, consiguiéndose así evitar en algo los trastornos gástricos.

Siendo éste el modo de administrar el mercurio es en general mal tolerado y menos activo y con mucha más razón si las píldoras no se disuelven, ya sea porque van envueltas en materia fecal ó porque no sean suficientemente blandas, consistiendo esta cualidad en su mala preparación, que se corrige con sólo agregar una pequeña cantidad de glicerina.

Por la vía cutánea tenemos las fricciones mercuriales, siendo éste el método más antiguo, pero el mejor, debiendo éstas hacerse en las partes despro-

vistas de folículos pilosos para evitar la foliculitis que por irritación se produce.

Estas regiones son el pliegue de ambos codos, partes laterales del tórax, cara interna del muslo, huecos poplíteos y el dorso del pié; en esta última región he observado que la absorción del medicamento se hace rápidamente.

La fricción debe hacerse bien, durando ésta de 20 á 30 minutos y agregando al final de ella un fomento caliente recubierto con gutapercha ó tela Mackintosh que facilita la absorción del mercurio dejando la piel limpia, sin que por esto se quiera decir que sea el algodón lo que absorbe, retirándose éste al día siguiente limpio y blanco, si algo quedara, siendo muy poco, con agua tibia y jabón sale fácilmente. Este es el grande y único inconveniente que tiene la pomada mercurial, pues siendo sucia y de mal olor, también notada por la mancha que deja en los sitios fricción, aunque ésta desaparece al poco tiempo, sirve de pretexto para las personas de buena posición para rechazarla. Indudablemente que pasar la noche embadurnado con una pomada de estas condiciones es molesto á cualquiera persona aseada; pero que recubierto del fomento que se coloca expresamente en esas regiones después de cada fricción, en algo se subsanan estos defectos. Otro gran inconveniente es que el enfermo denuncia su afección con la pomada, lo que hace preferir las inyecciones.

Las ventajas son grandes, la dosis se hace diaria, pudiendo vigilarse bien el enfermo para suspender el tratamiento á los primeros fenómenos de intoxicación mercurial, si llegara á aparecer.

El profesor Sommer emplea este método de preferencia como el mejor; la dosis es de 4, 6, 8 gramos de mercurio por fricción; el ungüento napolitano ó pomada mercurial doble, comunmente empleada, se formula así:

Mercurío metálico . . . . 70 gramos
Axonge banzóico . . . . 70 »

Divídase en 10 partes iguales.

Debiendo friccionar uno de estos papeles cada noche, cambiando de región cada vez, para evitar de irritar la piel. Los baños se aconsejan templados, uno que otro, como higiénicos.

El método subcutáneo ó hipodérmico que ha sido ensayado empleando el bicloruro de mercurio en solución acuosa se absorbe, y algunos han obtenido buenos resultados. Son, sin embargo, muy dolorosas, producen abscesos, gangrenas y neuritis, siendo éstos el mayor de sus inconvenientes.

El método de inyección intramuscular se hace con un compuesto mercurial soluble ó insoluble.

Los primeros se hacen en dosis diaria ó cada dos días, siendo esta inyección menos dolorosa si se hace diariamente, cuya dosis es de 1, 2 y 3 centígramos, pasando de 3 centígramos, ya se hace do-

lorosa, y aun esta dosis, durando el dolor hasta dos horas; depende también de la sensibilidad de los individuos, pues he tenido casos que muy poco se quejaban, en cambio otros les era imposible hacerles la inyección diaria por lo dolorosa.

Las inyecciones de sales insolubles se hacen cada 8 días á dosis de 8, 10 y hasta 15 centígramos; en los casos que yo he inyectado por lo general poco se han quejado, pero son dolorosas y pueden producir induraciones y tambien abscesos.

En las muchísimas inyecciones que yo he hecho no he visto un solo abceso fueran ellas hechas con aceite gris ó bicianuro de mercurio; dejan es cierto acobardado al enfermo y suelen producirse induraciones nodulares que desaparecen pronto.

Debo decir también que siempre hice masaje en el punto de la inyección y después de efectuada ésta y que doy mucha importancia por el resultado que he obtenido, de cuyos casos puedo citar uno de los tantos á quien otro médico hacía las mismas inyecciones y dosis que yo hice; notando este enfermo como única diferencia el masaje y como cosa particular no eran dolorosas.

El método de inyécción endovenosa también lo he empleado inyectando de 1 á 1 $^{1}/_{2}$ centígramo de bicianuro de mercurio; no he tenido accidentes pero á pesar de tener riguroso cuidado no me era agradable este método por los temores de embolia

ó infección. Con esta sola idea y sin ser atrevido creí prudente desistir la continuación de este método, á pesar de ser considerado como muy útil en los casos que se quiera actuar enérgica y rápidamente.

Los inconvenientes ó accidentes que pueden producir, lo más frecuente, son la estomatitis, como accidente local y la intoxicación aguda y crónica, como accidentes generales, por cuya causa conviene vigilar el enfermo á fin de suspender el tratamiento cuando estos fenómenos se producen hasta que hayan desaparecido esperando un tiempo prudencial para renovarlo. En la estomatitis que tanto molesta se debe asear bien la boca y tomando esta medida desde el principio del tratamiento mercurial, ordenando limpiar muchas veces al día la boca con agua, cepillo y creta ó cualquiera otra pasta dentífrica. Si en el enfermo hubiera carie dentaria ó raigones sería preferible hacerlos emplomar ó extraer antes que todo.

Los fenómenos de intoxicación hay que tratarlos suspendiendo la medicación, dando laxantes, dieta lactea, diuréticos y diaforéticos, como los polvos de Pollini y el cocimiento de Sittmann.

Se da también el yoduro que según el Dr. Sommer ayuda á eliminar el mercurio por su acción diurética. Se da bajo forma de yoduro de potasio que es la más común, teniendo de preferencia ma-

yor acción en la sífilis terciaria. Se da también al mismo tiempo que el mercurio y tendríamos en esta forma el tratamiento mixto. Las dosis no deben pararse en las medianas siendo así que debe preferirse el tratamiento intensivo.

Viene después el tratamiento higiénico: tenemos en él la hidroterapia, alimentación sustancial, tónicos, hierro, arsénico, cuyas fórmulas son comunes, aceite de bacalao, cuidado de su boca, el tabaco es un enemigo, el alcohol debe prohibirse, escesos de trabajo intelectual, así como también excesos sexuales. Los baños pueden ser sulfurosos ó salados como estimulantes de la piel, de la circulación general y como estimulantes de las secreciones, sobre todo la urinaria.

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL SAN ROQUE—SALA I—CAMA XX—SERVICIO DEL DR. RICARDO A. NÖLTING

Alfredo P., argentino, 33 años, casado, empleado, ingresa por primera vez el 8 de Junio de 1908.

Diagnóstico.—Sífilis terciaria. Tuberculosis pulmonar (infiltración vértice derecho, primer período, con hemoptisis); pleuresia seca derecha, congestión leve del hígado; colitis crónica.

Antecedentes hereditarios.—Padres vivos, sufriendo el padre del corazón, 11 hermanos, siendo solo una enferma del higado; la esposa tiene tres hijos, no ha tenido aborto, todos son sanos.

Antecedentes personales.—A los 3 ó 4 años tuvo sarampión; á los 18 años tuvo una afección caracterizada por una secreción en el meato urinario siendo esta de color blanco amarillento que después

viró al verde, abundante, con ardores á la micción, erecciones nocturnas repetidas. A los 4 años siguientes le apareció una llaga en el miembro tres días después de un coito. Esta llaga del tamaño de una lenteja, localizada en el surco balano prepucial debajo del frenillo supuraba y sangraba, cicatrizando á los quince días. A los 10 meses de esta empezó á sentir cefaleas nocturnas, dolor en los huesos, caída del cabello, cejas y bigote, siendo estas últimas no muy acentuadas. A los dos años de la misma le aparecen manchas en las piernas, confluentes. Hizo tratamiento mercurial tres años seguidos alternado con yoduro de potasio y también tratamiento mixto. Bebía con relativa frecuencia.

Enfermedad actual.—Viene al hospital porque ha tenido seis vómitos de sangre, tiene tos con espectoración muco-purulenta, á veces sanguinolenta, tiene fiebre, dolor de cabeza, dolores en todo el cuerpo y diarreas repetidas.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, con buen paníeulo adiposo, buena musculatura, respiración costo abdominal con predominio abdominal.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal; acusa dolor á la percusión en la mitad inferior derecha; presenta también en esa parte señales de puntas de fuego, base movible á la respiración, vibraciones existen, respiración vesicular, resonancia normal de

la voz, menos en la fosa supra espinosa derecha que está exagerada; no hay ruídos agregados.

Pulmones por delante.—Vértice derecho y fosa infraclavicular y por debajo, hasta el cuarto espacio intercostal; submate timpánico; en el vértice y fosa infraclavicular: tubario suave y broncofonia; ruídos agregados, frotes escasos muy finos en la fosa y debajo vesicular. El lado izquierdo vértice y fosa infra clavicular normal, respiración vesicular, no hay ruídos agregados; lo mismo en el resto izquierdo. Espacio de Traube libre.

Corazón.—Punta, se ve y se siente; matitez, cuarto espacio intercostal, á un centímetro por dentro de la linea mamilar, borde superior de la tercera costilla, un centímetro por dentro de la linea mamilar y borde izquierdo external. Tonos normales en todos los focos, pulso igual, regular, pequeño, depresible.

Hígado.—Cuarto espacio intercostal, en la linea mamilar: reborde costal debajo, se palpa con dificultad por la tensión de las paredes y es algo doloroso.

Bazo.—Matitez siete centímetros en la línea axilar media, no se palpa.

Abdomen.—Se palpa doloroso.

Cólon.—Se palpa doloroso en toda su extensión, especialmente en la fosa ilíaca izquierda y derecha.

Lengua.—Ancha, húmeda, rosada y muy ligeramente saburral, conservando los bordes la impresión de los dientes.

Dientes.—Mal conservados.

Encías y conjuntivas.—Rosa pálida.

Espectoración. — Regular cantidad, numulares, mucopurulenta, herrumbrosa, poco aereadas.

Orina.—Buena cantidad, amarillo-rojizo, sedimento blanquecino.

Tratamiento.—Polvos de Dower, cloruro de cal.

Se da de alta sin temperatura el 23 de Junio.

Segundo ingreso.—Vuelve á tener hemóptisis, misma medicación, poca temperatura, se sigue creyendo un tuberculoso pulmonar. Se manda á la especialidad de garganta informando no hay nada de particular de laringe. Había ingresado el 11 de Septiembre, fué dado de alta el 25 de Octubre de 1908.

Tercer ingreso.—Vuelve á la misma Sala en Enero 10 de 1909. Desde su segunda salida del hospital, estuvo en su casa de reposo durante dos meses hasta que encontrándose fuerte trató de buscar trabajo; en la calle tuvo un ataque violento de tos con esputos sanguinolentos, frío intenso y desvanecimiento. Fueron requeridos los servicios de la Asistencia Pública pero no fué al hospital; en un segundo ataque con hemoptisis fué traido en la fecha arriba indicada.

Se hace nuevo exámen, notándose que el hombro y brazo derecho había perdido, puede decirse, casi la movilidad á causa del gran dolor y nuevamente «estado actual» el día 7 de Febrero.

Estado actual.—Hombre de esqueleto bien desarrollado, buen panículo adiposo, buena musculatura, reflejos tendinosos existen, lo mismo los cutáneos, los reflejos pupilares á la acomodación y á la luz conservados.

Tórax.—Simétrico, diámetro normal, respiración costo abdominal con predominio costal; la fosa supra é infra-espinosa derecha mucho más marcada que la del lado izquierdo, la amplitud respiratoria del lado derecho muy poco marcada con relación al izquierdo.

Pulmones por detrás.—La percusión de la fosa supra espinosa derecha es dolorosa, lo mismo sucede con la mitad inferior; ligera submatitez timpánica en la fosa supraespinosa, sonoridad normal de bajo, base movible, respiración tubaria muy suave y alejada fosa supraespinosa, vesicular debajo; vibraciones exajeradas fosa supraespinosa, normal debajo; á la voz broncofonia, fosa supraespinosa, normal debajo; ruidos agregados, rales subcrepitantes muy escasos.

Pulmones por delante.—A la izquierda, sonoridad normal; respiración vesicular; á la derecha, vértice fosa infraclavicular y el resto, submate timpánico;

base muy poco movible borde superior de la quinta costilla; la percusión del vértice y toda la región es dolorosa; respiración tubaria suave lejana, algunos frotes escasos; rales finos subcrepitantes. Espacio de Traube libre.

Corazón.—Punta no se ve ni se siente; matitez línea mamilar borde de la tercera costilla línea media external; tono normal en todos los focos. Pulso igual, regular, mediano, depresible.

Hígado.—Reborde costal se palpa liso.

Bazo.—No se palpa, matitez, seis centímetros en la línea media axilar.

Abdomen.—Buen panículo adiposo; palpación superficial, no dolorosa; profunda, dolorosa debido al cólon.

Cólon.—Retraido y doloroso en toda su extensión.

Lengua.—Ancha, húmeda, saburrablanquecina en el centro, rosada en los bordes donde conserva la impresión de los dientes.

Dientes.—Mal conservados.

Encías y conjuntivas.—Rosadas.

Espectoración.—Mediana cantidad, mucopurulenta, numulares, herrumbrosas, adherentes, poco aereadas.

De los numerosos exámenes de esputos efectuados no se ha encontrado bacilos de Koch.

Orina.—Buena cantidad, suavemente rojiza, con sedimento amarillo blanquecino.

Diagnóstico.—Sífilis terciaria del pulmón.—¿Tuberculosis pulmonar con infiltración del vértice derecho? Congestión leve del hígado.—Colitis crónica.

Tratamiento.—Fricciones mercuriales de 8 gramos diariamente.

Se nota á las pocas fricciones que desaparecen las hemóptisis, desaparece el dolor del hombro y la inmovilización en que estaba, levantando el enfermo todo el brazo en alto, como demostración evidente de su mejoría.

Encontrándose el enfermo en muy buenas condiciones pide la alta del servicio y se le concede haciéndole un último «estado actual» que comprueba su gran mejoría.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, muy buen estado de nutrición, tóraz simétrico, diametros normales, respiración costo abdominal.

Pulmón izquierdo.—Sonoridad normal, base movible, vibraciones existen, respiración vesícular, se percibe algún ral mucoso fino, resonancia normal de la voz.

Pulmón derecho.—Ligera submatitez fosa supra é infraespinosa debajo sonoridad normal, vibraciones existen, respiración vesicular con espiración prolongada en la fosa, algunos rales crepitantes finos.

Pulmón izquierdo por delante.—Sonoridad normal, espacio de Traube libre, respiración vesicular, algún ral crepitante.

Pulmón derecho por delante.—Sonoridad normal, base poco movible, respiración vesicular.

Corazón.—Punta no se vé ni se siente, matitez, un centímetro por dentro de la línea mamilar borde superior de la cuarta costilla un centímetro fuera del borde external. Tonos normales en todos los focos.

Hígado.—Borde superior de la sexta costilla, reborde costal, se palpa no doloroso.

Bazo.—No se palpa, no se encuentra matitez.

Abdomen.—Ligeramente tenso y se palpa el cólon algo doloroso.

Lengua.—Rosada, húmeda.

Dientes.—Mal conservados.

Encías y conjuntivas.—Rosadas.

Expectoración.—Escasa, aspecto mucoso.

Orina.—Amarillo claro.

Diagnóstico.—Sífilis terciaria del pulmón.

Tratamiento.—Baños sulforosos, tónicos, yoduro de potasio.

Observación II

HOSPITAL SAN ROQUE.—SALA I.—CAMA N.º 6

SERVICIO DEL DR. RICARDO A. NÖLTING

Francisco M., español, 35 años, soltero, jornalero, ingresa á la sala el día 6 de Octubre de 1909.

Diagnóstico.—Sífilis terciaria del pulmón. Hepatización de ambos vértices. Distensión pulmonar (miliar?)

Antecedentes hereditarios.—Padre fallecido no sabe de qué enfermedad; la madre y 5 hermanos viven, son sanos.

Antecedentes personales.—No recuerda haber sufrido hasta los 12 años en que tuvo una herida en la articulación de la rodilla derecha que le demoró 7 meses para curar.

A los 30 años una mañana al levantarse notó la caída del párpado superior derecho y también se le alteró la visión (diplopia); á los tres meses de tra-

tamiento específico mejoró completamente hasta quedar normal.

A los 32 años, tuvo un bubón inguinal derecho y fué operado, desde entonces, dice, no ha tenido ninguna otra enfermedad.

Dice hacía uso de bebidas alcohólicas moderadamente; ha sido muy fumador pero en la actualidad no lo hace porque le perjudica.

Enfermedad actual.—Dice que empezó con una pulmonía derecha (vértice?); tuvo fuertes delirios, se levantaba de la cama dando gritos y que no curó del todo según él, pues de cuando en cuando le aparecían los dolores. En estos últimos días tuvo fiebre, fuertes dolores en el vértice derecho, mucha tos é insomnios; además no andaba corriente de vientre, pues tenía alternativas de diarrea y de constipación. Sintiéndose siempre como resfriado, con dolor de cabeza y por haber empeorado en los últimos días solicita ser internado al hospital como lo hizo en la fecha indicada.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, regular esqueleto, buen panículo adiposo, blanco, tórax simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio costoabdominal; dísnea objetiva.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal, bases paco movibles, vibraciones existen.

Pulmón derecho.—Fosa supra é infra espinosa, respiración tubaria, espiración prolongada, rales

mucosos con timbres y uno que otro ral crepitante. Debajo respiración vesicular acompañada de roncus gruesos; ligero reforzamiento de la voz al nivel de las fosas supra é infraespinosa, debajo normal.

Región axilar derecha.—Sonoridad normal hasta el nivel del mamelón; debajo, matitez; base no movible; respiración prolongada ocupada en ambos tiempos respiratorios por roncus sonoros.

Por delante.—Sonoridad normal, base poco movible, respiración vesicular, espiración prolongada, roncus.

Pulmón izquierdo por detrás.—Base poco móvil, vibraciones existen, sonoridad normal á la percusión; las fosas supra é infraespinosa respiración tubaria suave, rales mucosos pequeños, resonancia normal de la voz.

For delante.—Sonoridad normal, espacio de Trauve libre, respiración vesicular fuertes, rales mucosos pequeños.

Corazón.—Punta no se ve ni se siente, matitez borde superior de la 4.ª costilla un centímetro por dentro de la línea mamilar y un centímetro por fuera del borde external; tonos normales en todos los focos; pulso igual, regular, pequeño depresible.

Hígado.—Borde superior de la séptima costilla en la línea mamilar, reborde costal, no doloroso.

Bazo.—No se palpa, matitez no se encuentra.

Abdomen.—Nada de particular; el colon descendente ligeramente doloroso.

Lengua.—Rosada, húmeda, saburral.

Encías y conjuntivas.—Rosadas.

Dientes.—En mal estado de conservación.

Espectoración.—Albúminosanguinolenta, aereada, abundante, con depósito purulento fétido, en el fondo de la salivera, llenando hasta dos de éstas en las 24 horas; en examen de esputos no se encuentran bacilos de Koch, se ven abundantes cantidades de estreptococus y estafilococus.

Orina.—Amarillo rojizo turbia; al análisis no da nada anormal.

Tratamiento.—Aceite ricino, polígala, bismuto, aceite de bacalao, podofilina, ventosas, adrenalina, cloruro de cal, jarabe de codeina, (creta, talco, magnesia). El día 8 de Noviembre se inicia el tratamiento mercurial por fricciones; el 15 del mismo mes se da hiposulfito de soda por sospecha de gangrena; se hacen diariamente dos inyecciones de cafeína de 25 centígramos cada una; el 25 del mismo se renueva el tratamiento mercurial por inyecciones de bicianuro, continuando con el hiposulfito de sodio. El 30 de Diciembre se le prescribe yoduro continuando las inyecciones; el 26 de Enero de 1910 se suspende todo y se da hierro. El 23 de Febrero nuevamente bicianuro hasta el 30 de Abril que se suspende.

Estado actual.—El enfermo se encuentra en buen estado general, con buen panículo adiposo; buen estado muscular; tinte rosado y húmedo de la piel; en la región supero interna y superior del muslo izquierdo se encuentra una zona de color parduzco escamosa (eczema con gran prurito.

Tórax.—Simétrico, diámetros normales, respiración costoabdominal.

Pulmones por detrás.—Sonoridad ligerísima, submatitez timpánica de la fosa supra espinosa derecha, normal debajo, base poco movible, respiración tubaria poco neta, vesicular, debajo algo alejada, rales subcrepitantes finos (tipo de frotes), en la base derecha; vibraciones algo exagerada en la fosa supra espinosa derecha; á la voz exagerada en la fosa supra, normal debajo; en la mitad izquierda sonoridad normal, base movibles, vibraciones existen, respiración vesicular, resonancia normal de la voz, no hay ruidos agregados.

Pulmones por delante —Sonoridad normal, espacio de Traube libre, base derecha poco movible quinta costilla; respiración vesicular, no hay ruidos agregados.

Lengua.—Roja, húmeda, ligeramente saburral en el centro; *encías y conjuntivas:* rosadas; *dientes:* muy mal conservados, los pocos que quedan muy flojos.

Reflejos cutáneos existen, tendinosos, exagera-

dos; su piel muy dermográfica, no hay signo de Babinsky; el signo de Romber que antes era muy pronunciado ahora apenas se percibe; los esputos casi no existen y quedan algunos pocos mucosos; la orina, buena cantidad, amarilla ambar, sin sedimentos.

El estado general está notablemente mejorado, habiendo aumentado próximamente 15 kilos; ha recuperado el sueño; puede caminar sin bambolearse. La anemia ha desaparecido así como los dolores de pecho y espalda, la fiebre desapareció completamente; se alimenta bien, con apetito.

Se va de alta el 7 de Abril de 1910 en muy buenas condiciones, haciendo presente que el enfermo entró sumamente agotado y febril.

Observación núm. III

HOSPITAL SAN ROQUE.—SALA IX, CAMA NÚM. 7

SERVICIO DEL DR. FRANCISCO SICARDI

Alejandro T., 49 años, italiano, viudo, jornalero, ingresa al servicio en 5 de Julio de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No recuerda haber sufrido hasta los 20 años en que tuvo una enfermedad febril que llama «malaria», durándole seis meses; poco tiempo después tuvo una afección pulmonar que duró 15 días, habiéndose curado con remedios caseros. A los 33 años tuvo un chancro en el surco balano-prepucial, aparecido después de unos 15 ó 20 días de haber efectuado un contacto sexual, habiendo tardado en cicatrizar; este chancro fué acompañado de ganglios inguinales de ambos lados pero no supuraron; á los 50 días el enfermo notó llagas en su garganta, lengua y labios, así como

también en las partes laterales del escroto. Consulta un médico que le da una bebida por gotas y al mismo tiempo le quema las llagas con nitrato de plata; dice el enfermo que el tratamiento no le hizo nada.

Enfermedad actual.—Desde hace 11 meses nota, según el enfermo, que al hacer un esfuerzo ó correr siente inmediatamente fatiga; ha notado que esta fatiga fué acentuándose de una manera lenta y progresiva, pero que pudo continuar trabajando; hace cinco meses nota unos tumorcitos, uno en la cara superior de la clavícula derecha y otro en el maxilar inferior derecho, á los cuales no da importancia por no molestarle ni ser dolorosos; hace tres meses, estando en el trabajo, una tarde siente un fuerte vahido con zumbidos de oidos que le hace perder el equilibrio y casi el conocimiento, quedando aturdido y teniendo que llevarlo á su casa; esa noche no pudo conciliar el sueño debido á fuertes dolores de cabeza; al día siguiente al levantarse se siente pesado, aturdido y con fuertes dolores de cabeza y ciñtura; 3 días después tiene otro ataque con iguales manifestaciones, los zumbidos de oido cada 10 ó 15 minutos con vértigos, con temblores en los miembros inferiores acompañados unas veces de sensación de calor, otras de frío; su fatiga se va aumentando, su voz se debilita, se hace ronca, hasta quedar afónico.

Estado actual.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo, blanco, presenta en la clavícula derecha cicatrices lisas y estrelladas adherentes al hueso y al lado de ellas dos tumorcitos del tamaño de una avellana, de consistencia dura, superficie rugosa adherente á la clavícula; en el maxilar inferior derecho presenta otro de igual naturaleza también adherente.

Tórax.—Simétrico, bien conformado, diámetros normales, tipo respiratorio costoabdominal y lígero cornaje al nivel de la fosa supra external.

Pulmones por detrás.—El izquierdo, sonoridad normal, base movible, vibraciones existen y resonancia normal de la voz.

Pulmón derecho.—Sonoridad normal hasta el ángulo interno del omóplato; debajo, matitez hasta dos dedos por arriba del ángulo inferior omóplato, normal debajo; vibraciones existen; respiración vesicular fosa supra espinosa, tubaria al nivel de la matitez, vesicular alejada debajo; broncofonia al nivel de la matitez, resonancia normal á la voz el resto; rales sibilantes finos escasos diseminados en el pulmón derecho.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal, base derecha movible, espacio de Traube libre, respiración vesicular.

Corazón.—Punta no se ve ni se siente, matitez no se encuentra por ser un poco exagerada la sonori-

dad de la región precordial; tonos normales en todos los focos, pulso igual, regular, mediano, depreciable.

Hígado.—Borde superior de la sexta, reborde costal no se palpa.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Se palpa, no doloroso, no retraído.

Lengua.—Húmeda, rosada, poco saburral en el cetro.

Encías y conjuntivas.—Rosadas.

Dientes.—Bien conservados.

Espectoración.—Mucosa, poca cantidad, no se encuentran bacilos de Koch en los esputos.

Diagnostico.—Sifiloma difuso del pulmón y sífilis traqueobrónquica.

Tratamiento.—Fricciones mercuriales diarias de 8 gramos, yoduro de potasio.

CONCLUSIONES

En las afecciones pulmonares agudas ó crónicas y sobre todo estas últimas consideradas como tuberculosas, conviene recordar la sífilis en sus accidentes terciarios atacando al pulmón.

Diferenciada esta afección su pronóstico es benigno en relación al de la tuberculosis.

Instituido el tratamiento, que debe ser á dosis intensivas y á tratamiento mixto, puede llegar á un estado de casi completa sanación.

ADELIO P. BARCELÓ.

Buenos Aires, Julio 15 de 1910.

Buenos Aires, Julio 15 de 1910

Nómbrase al señor Consejero Dr. B. Sommer, al profesor titular Dr. J. Allende y al profesor suplente Dr. J. Nin Posadas para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Julio 27 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.° 2222, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Coexistencia de sífilis pulmonar con tuberculosis pulmonar?

II

Cabe distinguir entre sífilis y cáncer del pulmón.

III

Frecuencia de las localizaciones sifilíticas en el árbol respiratorio.

BIBLIOGRAFIA

Audrain.—Contribution à l' étude diagnostique et clinique de de la syphilis pulm., 1905.

Balzer et Grandhomme.—Revue mensuelle des mal de l' enfant, 1886.

Balzer F.—Syphilis traqués-bronco-pulmonaire in «Traité de medicine de Brouardel et Gilbert», 1900.

Bayle.—Recherches sur la Phtisie pulmonaire, 1910 et Memoire sur la Phtisie pulmonaire, 1812.

Beriel et Favre.—Sur un cas de pneumonie blanche, 1906.

Beriel.—Syphilis du poumon, 1906.

Carrière.—Maladies de l'appareil respiratoire, 1902.

Coyne.—Anatomie pathologique, 1894.

Collet.—Pathologie interne, 1907.

Cornil.—Soc. anatomique, 1862 (Gommes probablement cicatrisées chex l' adulte).

Cornil et Ranvier.—Traité d' histhologie pathologique.

Dieulafoy.—Manuel de pathologie interne, 1904.

Debove et Sallard.—Pathologie interne, 1902.

Fournier.—Syphilis (traité), 1906.

Finger.—La syphilis et les maladies veneriennes, 1900.

Gaxton Lyon.—Clinique thérapeutique, 1908.

Gibert.—Acad. de Médecine, 1853 (cite un cas persônel de «phtisie syphilitique» amélioré par le traitement mercuriel).

Marfan.—Syphilis du poumon, Gaz. des hôpit., 1892.

Nölting Ricardo A.—Sífilis esclero gomosa del pulmón y del corazón, publicado en los Anales del Círculo Médico Argentino, 1907.

Portal.—Observ. sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire, 1809.

Tripier R.—Traité d' anatomie pathologique générale, 1904.

Virchow.—Virchow's Arch., 1848-58.