



1917

N. 3357

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Manifestaciones nerviosas

OCASIONADAS POR

PARÁSITOS INTESTINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ TIRASSO



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI-CORRIENTES 3151

1917

Dir. B. 17.9

Manifestaciones nerviosas ocasionadas por parásitos intestinales.



Año 1917

N. 3357

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Manifestaciones nerviosas

OCASIONADAS POR

PARÁSITOS INTESTINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ TIRASSO



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI—CORRIENTES 3151

1917

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

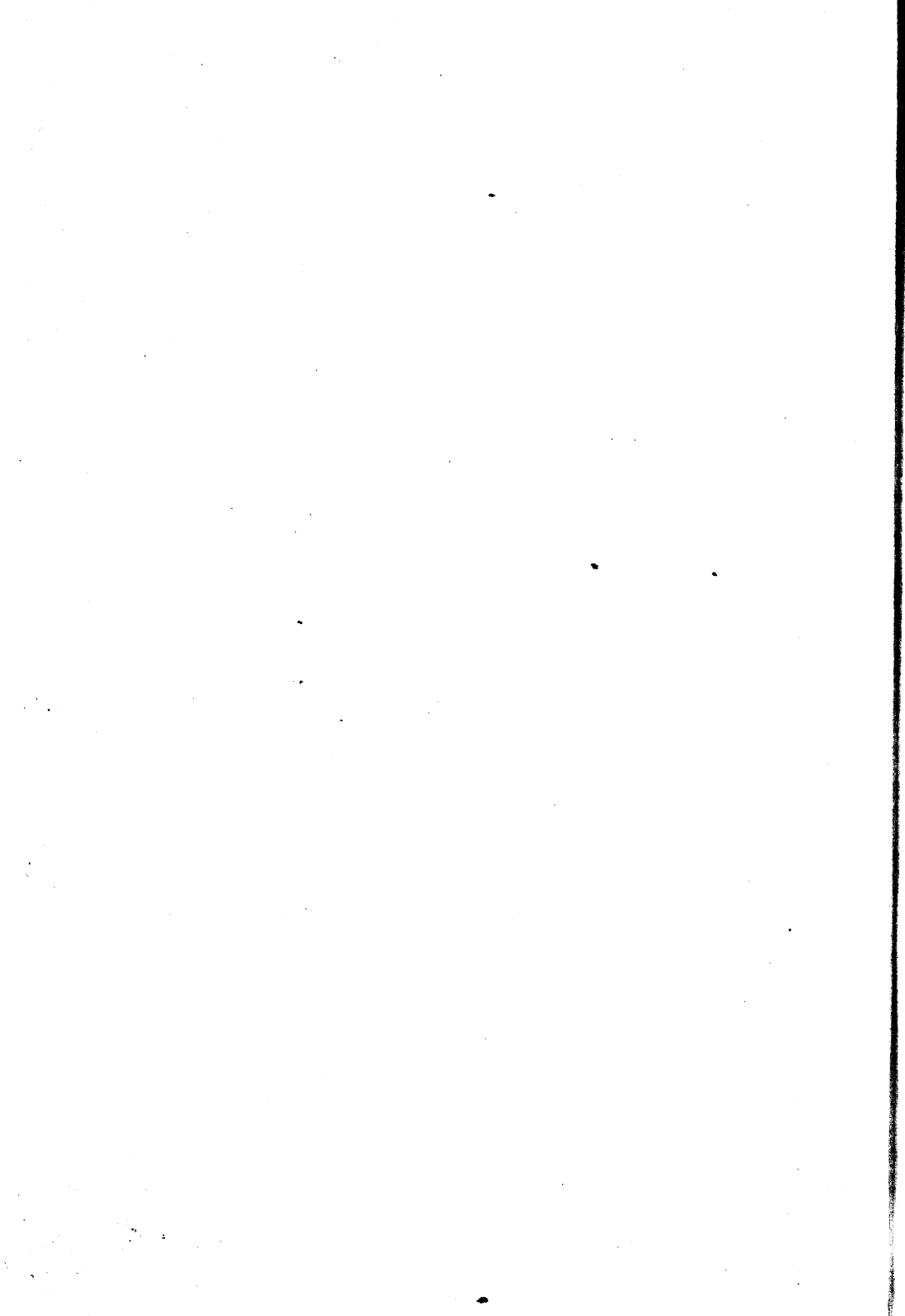
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

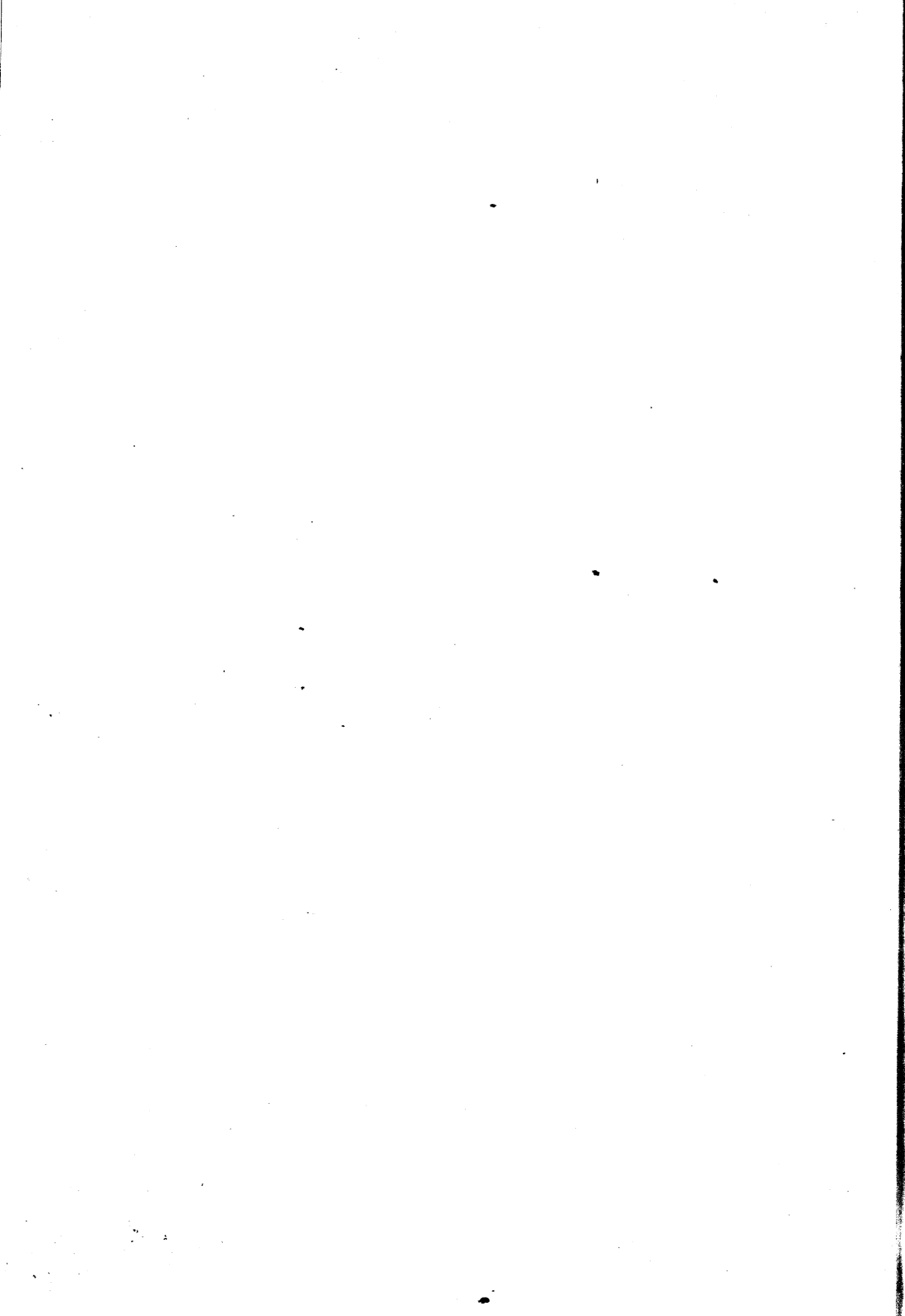


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

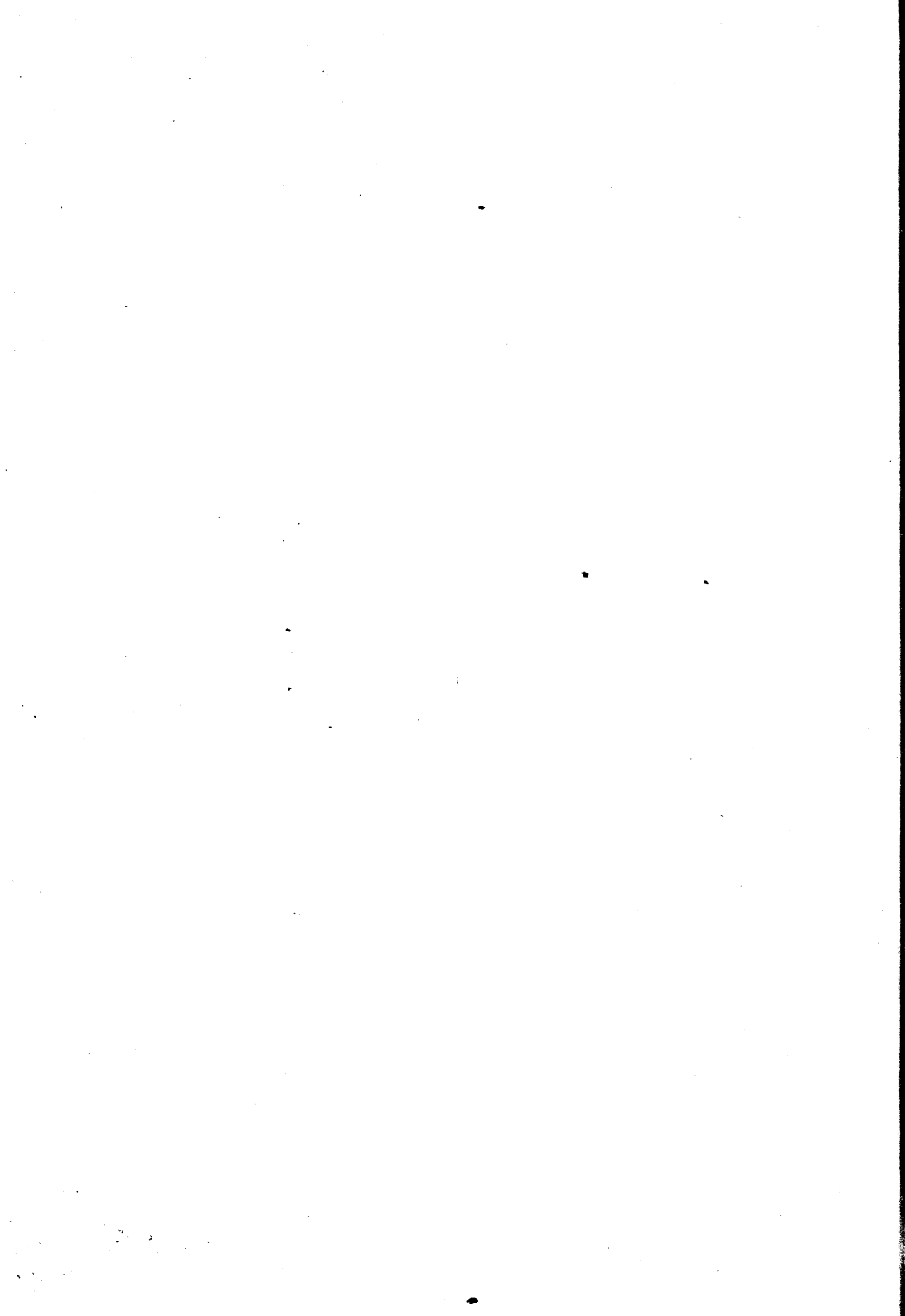
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

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

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

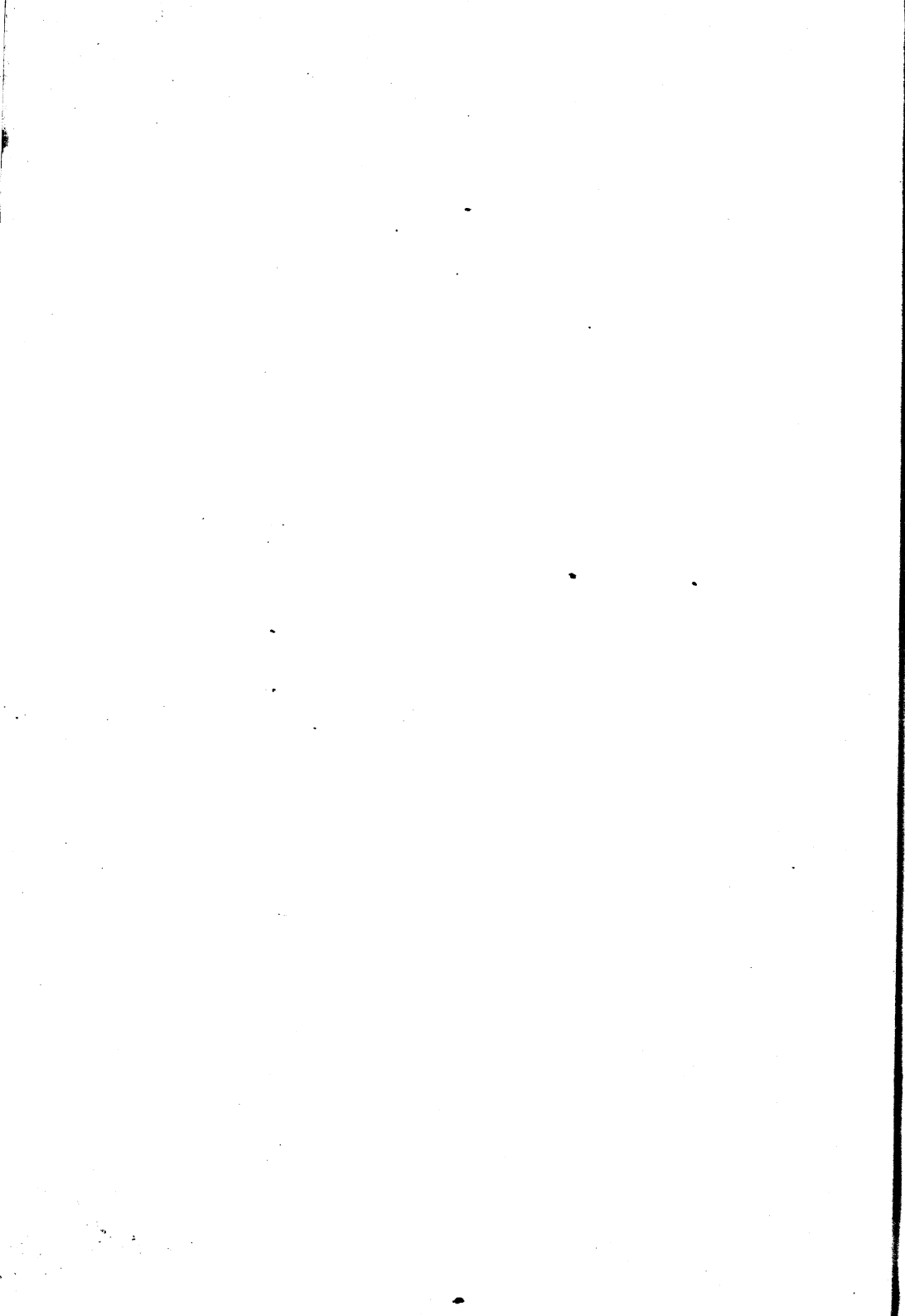
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

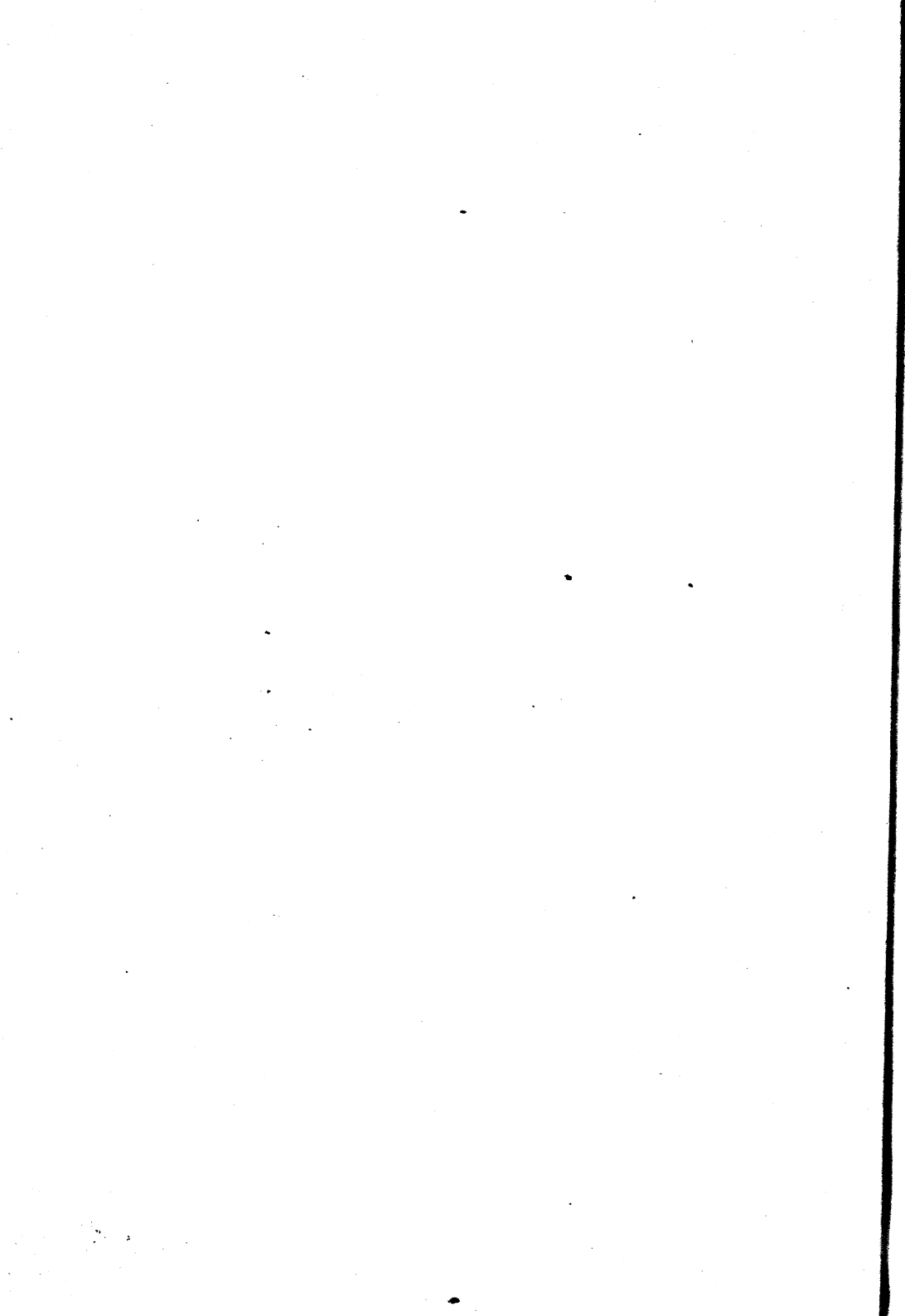
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

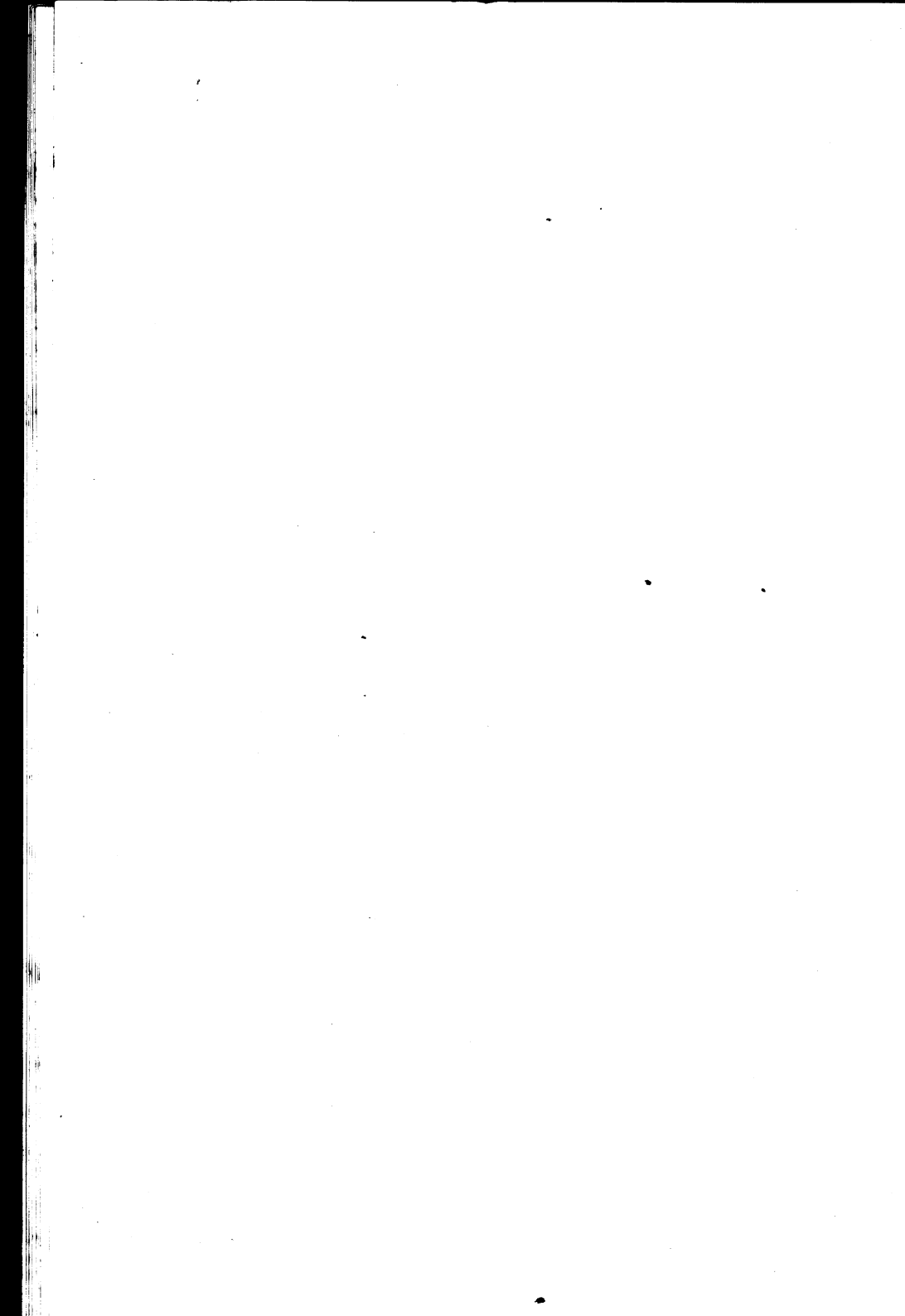
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico. {	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
» Médica.....	{
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

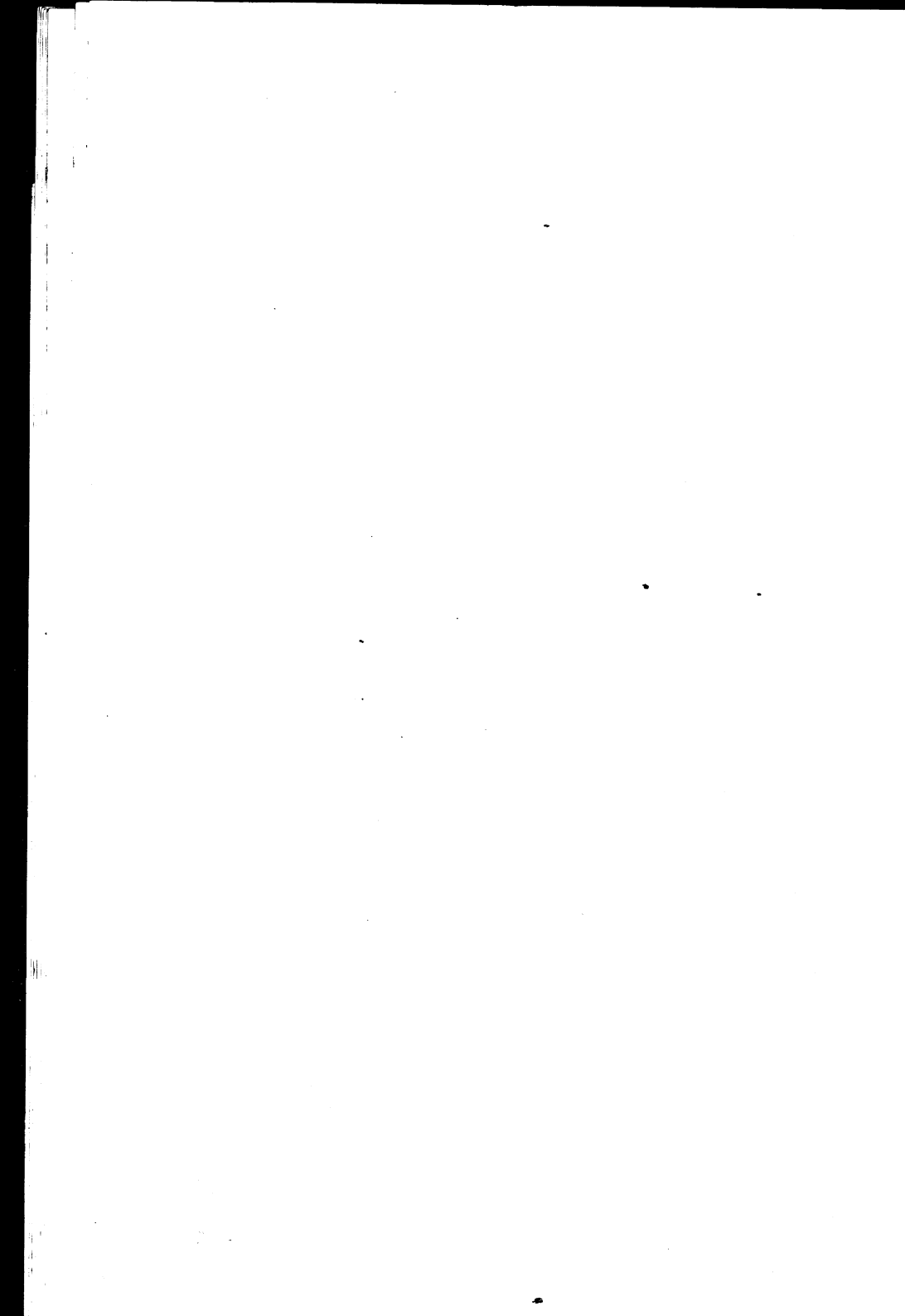
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» BERNARDO HOUSSEY
Semiología y ejercicios clínicos.....	» RODOLFO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Neurológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Médica.....	» CASTELFORT LUGONES
» pediátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
» obstétrica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Medicina legal.....	» PEDRO L. BALINA
Clinica Psiquiátrica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» ADOLFO SOCIETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» JORGE LEYDO DIAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALENE
	» RAFAEL A. HULRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOB V. SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS E. CIRIO
	» JULIO IRIBARNE
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCÉ
	» JUAN R. GOSZALÉZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. ROERO
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ
	» AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares.

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

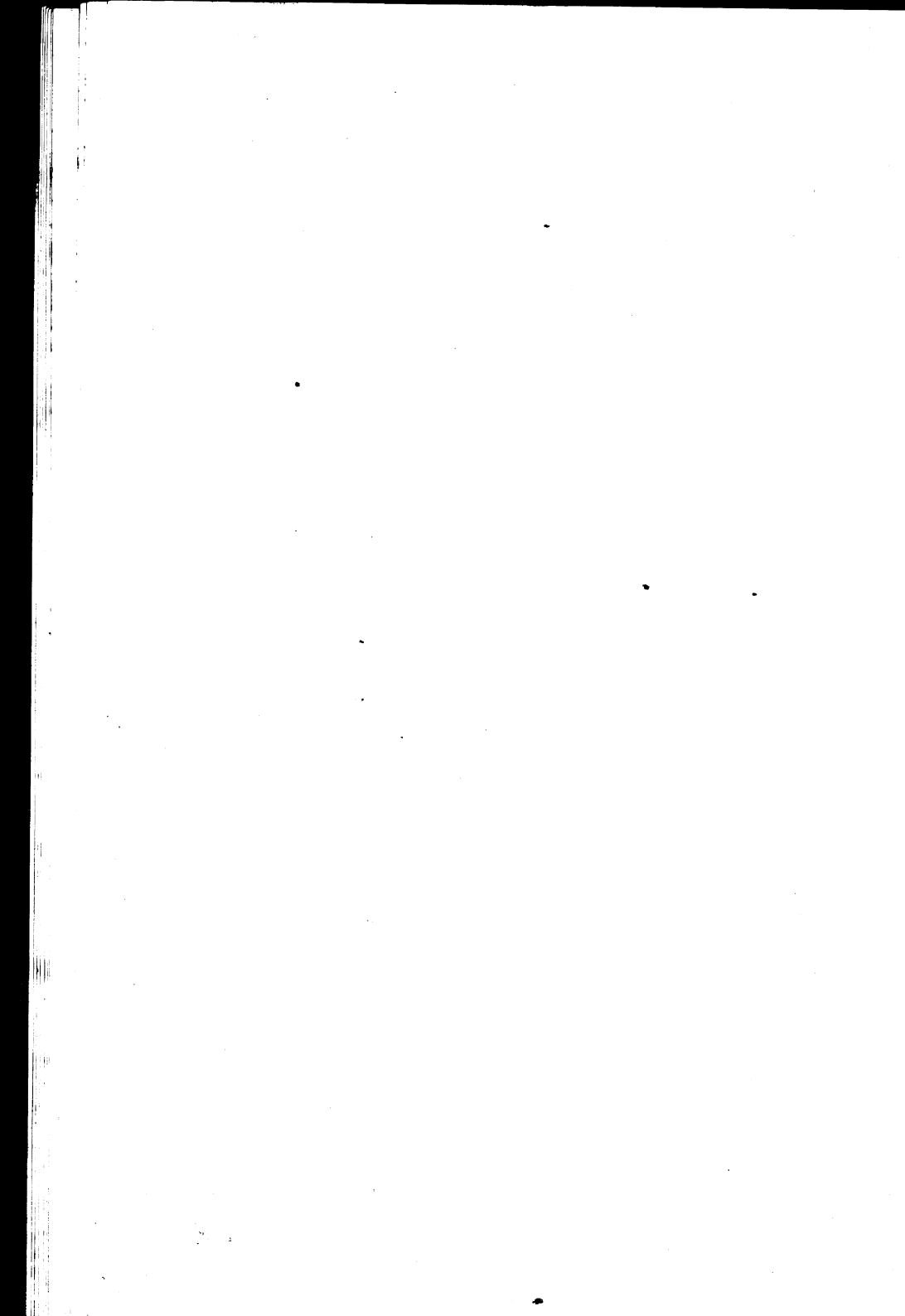
Segundo año :

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL.

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ.



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica..... }	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

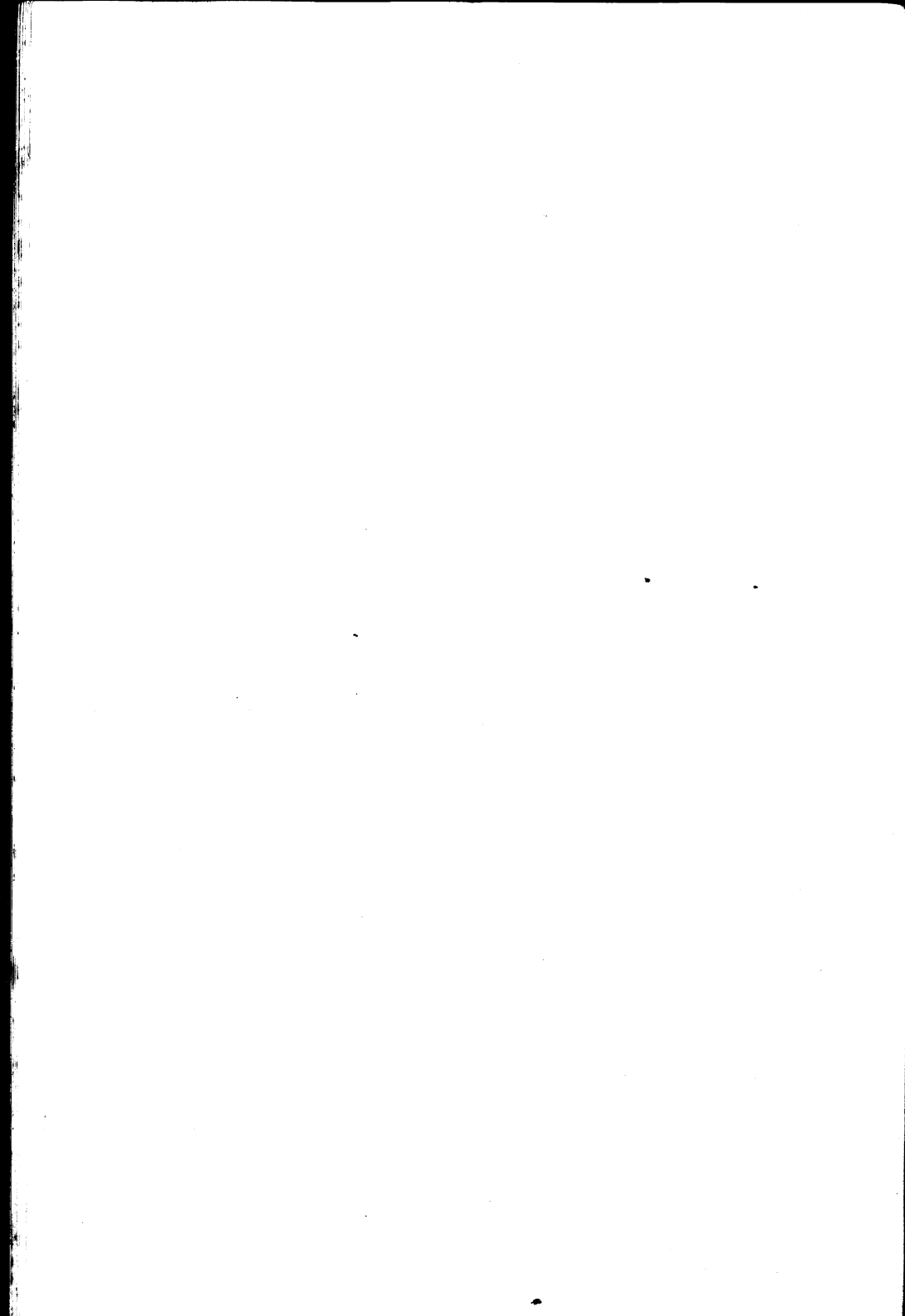
Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

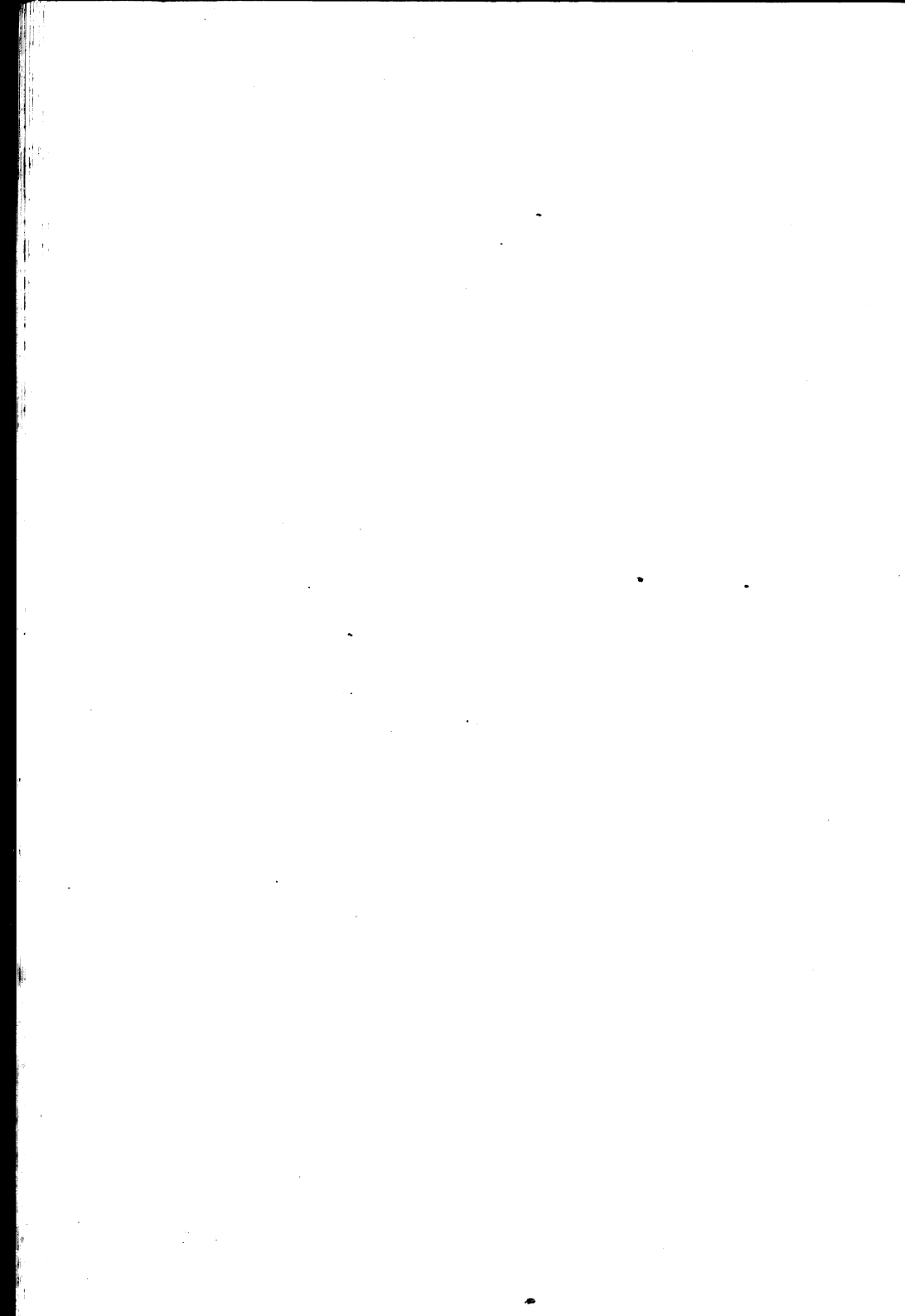
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



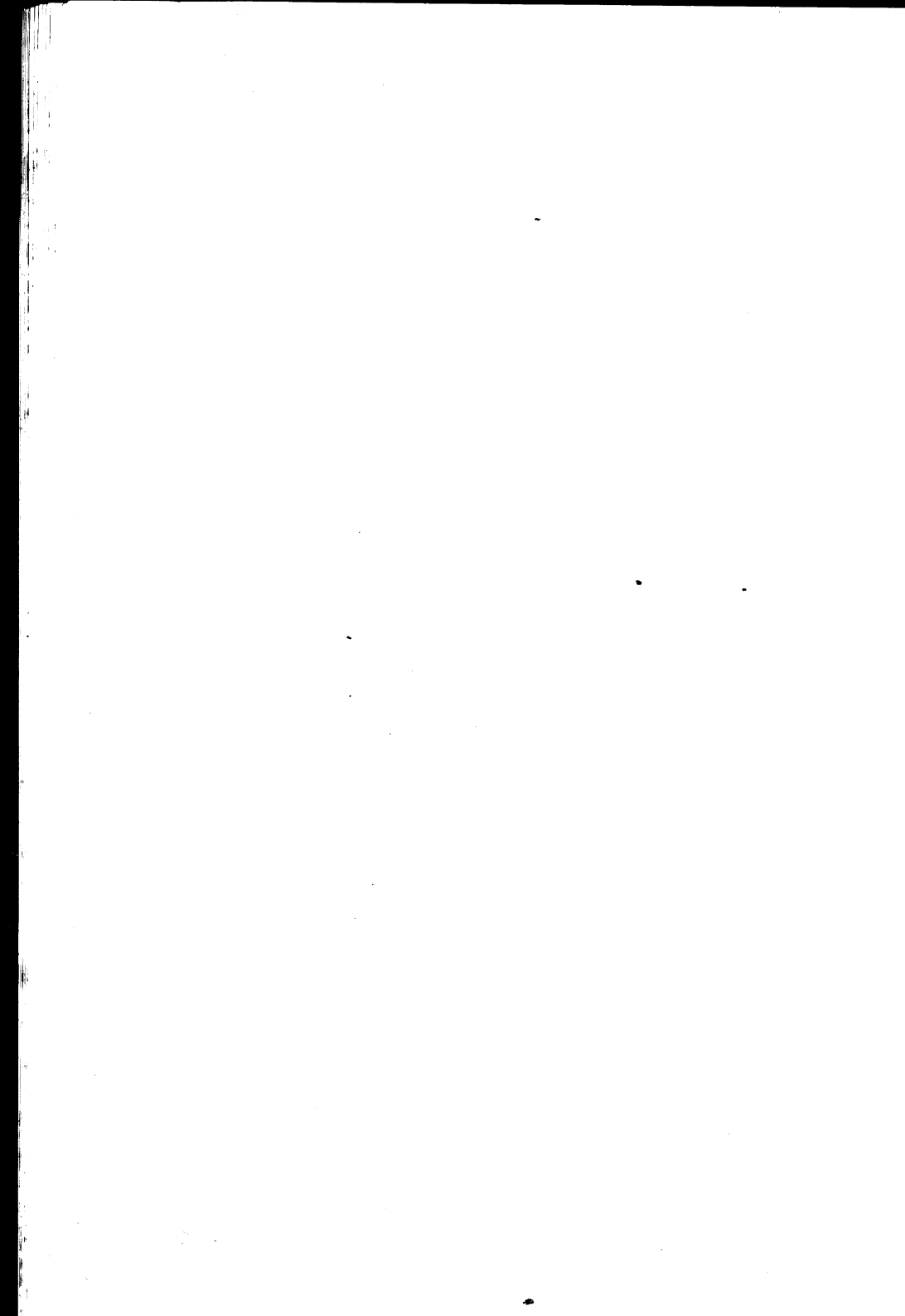
PADRINO DE TESIS

DOCTOR SANTIAGO F. OYARBIDE

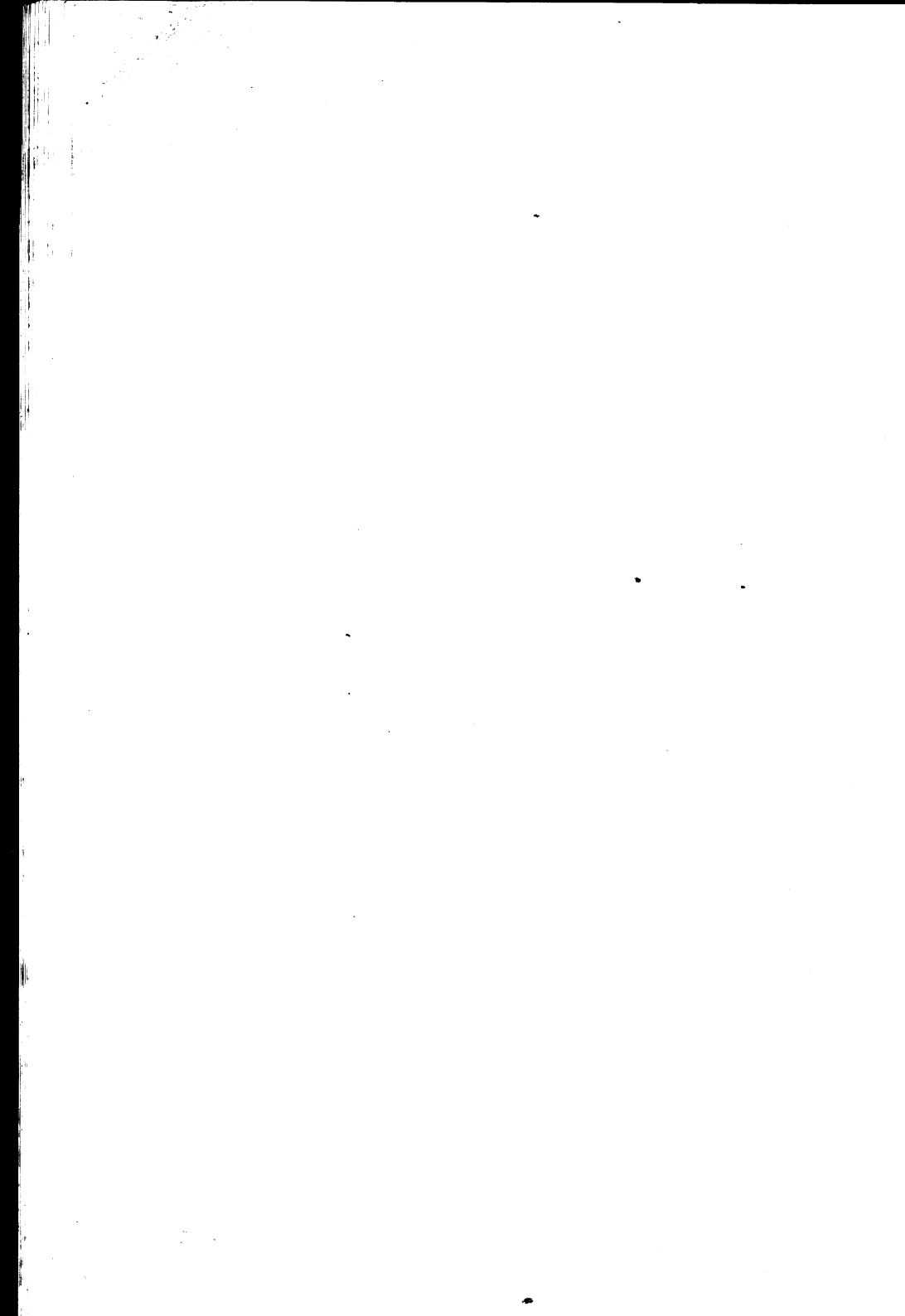
Jefe del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública



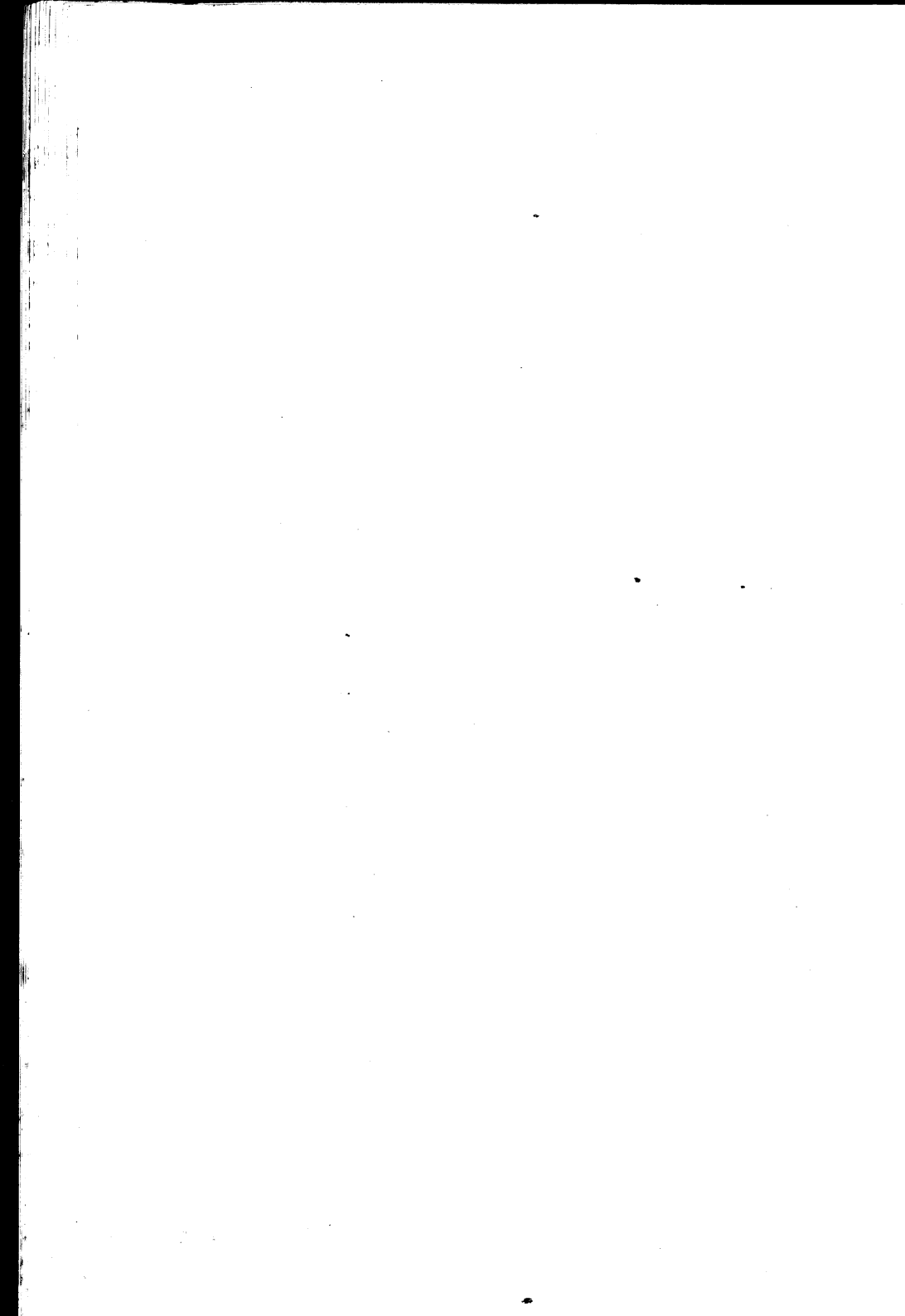
A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A LOS MIOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Habiendo llegado a la última etapa de mi vida de estudiante, solo me falta el postrer requisito exigido por la Escuela: la tesis.

Esta, si bien carece de originalidad en cuanto al tema, es en cambio el producto del trabajo y la observación personal constante y perseverante.

El tema elegido para este trabajo es: *Manifestaciones nerviosas ocasionadas por parásitos intestinales, dividido en los cuatro capítulos siguientes:*

Capítulo I.—Consideraciones generales.

Capítulo II.—Sintomatología.

Capítulo III.—Historias clínicas.

Capítulo IV.—Conclusiones.

Al abandonar la Facultad lo hago lleno de gratitud hacia todos mis maestros, que supieron a

más de inculcarme sus conocimientos, guiarme con sus sanos consejos.

Recuerdo sincero y afectuoso a mis condiscípulos y en especial a los que fueron mis compañeros de estudio.

Mi agradecimiento al personal Técnico del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, donde fui iniciado bajo la dirección de su Jefe, el Dr. Julio G. Fernández, de quien además de su enseñanza, recibí toda clase de atenciones.

Finalmente, solo me resta manifestar mi reconocimiento al Dr. Santiago F. Oyarbide, actual Jefe del Laboratorio, quien me acompaña en este acto como padrino de tesis y a cuya gentileza debo algunas de las observaciones clínicas relacionadas con este trabajo.

CAPITULO I

Consideraciones generales

Al emprender hoy este trabajo no me guía otro propósito que el de recordar cosas ya sabidas; pero que, por lo trilladas se las ha dejado caer en cierto olvido.

No haré en el curso de mi exposición, una repetición de lo que se puede encontrar en los libros de Parasitología o de Clínica Médica, sino que expondré únicamente lo que he observado y visto en el curso de mi corta experiencia.

Los trastornos de todo orden causados por los parásitos intestinales era un tema que desde tiempo atrás me preocupaba y que mi fugaz pasaje por la Escuela, no me ha permitido hacer una larga serie de investigaciones; pero algo he conseguido, sobre todo, con la cooperación del Doctor Santiago F. Oyarbide, Jefe del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, quien me facilitó material de examen y datos clínicos de

cierto número de casos en que pude hacer observaciones interesantes.

Los diversos fenómenos ocasionados por la presencia de los parásitos, no pueden atribuirse como propios y exclusivos a cada variedad, pues en algunos casos el mismo parásito produce distinta sintomatología y en otros, cuando existe asociación, no se puede precisar cual de los síntomas corresponde a cada uno.

Estos trastornos reflejos pueden ser debidos a causas irritativas sobre la mucosa, como también a las toxinas por estos parásitos segregadas y que ejercen su acción sobre el sistema nervioso cerebro espinal.

La causa íntima que produce estos fenómenos no ha sido aún investigada, sino que se observaron los hechos en sí, sin averiguar su origen productor.

Es común ver en enfermos adultos, sujetos con una sintomatología más o menos compleja, que a primera vista pueden hacer clasificar su afección en una entidad mórbida correspondiente a determinada dolencia, y que, profundizando, vemos que no encuadra con dicha afección: sea por falta o exceso de síntomas y de ellos algunos muy capital.

En este caso debemos desconfiar y tratar de indagar con la mayor precisión cuál es la parte

que corresponde a cada entidad mórbida, para poder establecer un diagnóstico preciso y, en consecuencia, su verdadero tratamiento.

Un ejemplo nos aclarará esto: supongamos el caso de una anquilostomíasis en un joven púber en que el síntoma capital y sobre el que más recarga el enfermo, es el dolor precordial con angustia y que presenta el cuadro de un angor pectoris. Si nos ponemos a analizar nos encontraremos con lo siguiente:

1.º La joven edad del sujeto y la carencia de antecedentes que puedan hacer creer en una arteritis de las coronarias, por su edad, por especificidad, por alcoholismo, por tabaquismo, etc.

2.º Su falta de irradiación hacia el brazo izquierdo, como lo veremos en una de las historias que más adelante se describirá.

3.º Con la anemia que es visible en todos los momentos, aun fuera de los ataques.

4.º Con la gran cantidad de ataques que hacen desear al observador la suposición de una angina de pecho, porque fuera del ataque la salud es más o menos relativa.

Esto que a primera vista salta, nos obliga a orientar la investigación hacia otro lado, o, lo que es lo mismo, por el lado de reflejos y en ese caso dirigimos nuestras observaciones sobre un punto en el cual es más común encontrar el de

partida, y, este es el intestino. Y así como nos hemos referido al *Anquilostoma Duodenalis* lo mismo podemos observarlo en otros parásitos.

Por lo tanto, siempre que en la sintomatología de un paciente no encontremos bien claro y completo el cuadro que nos de un diagnóstico preciso; una de las tantas indagaciones que debemos efectuar es la referente al examen de las materias fecales. Si este examen fuera negativo debemos orientarnos en otra dirección; pero como uno de los primeros, no olvidemos aquel.

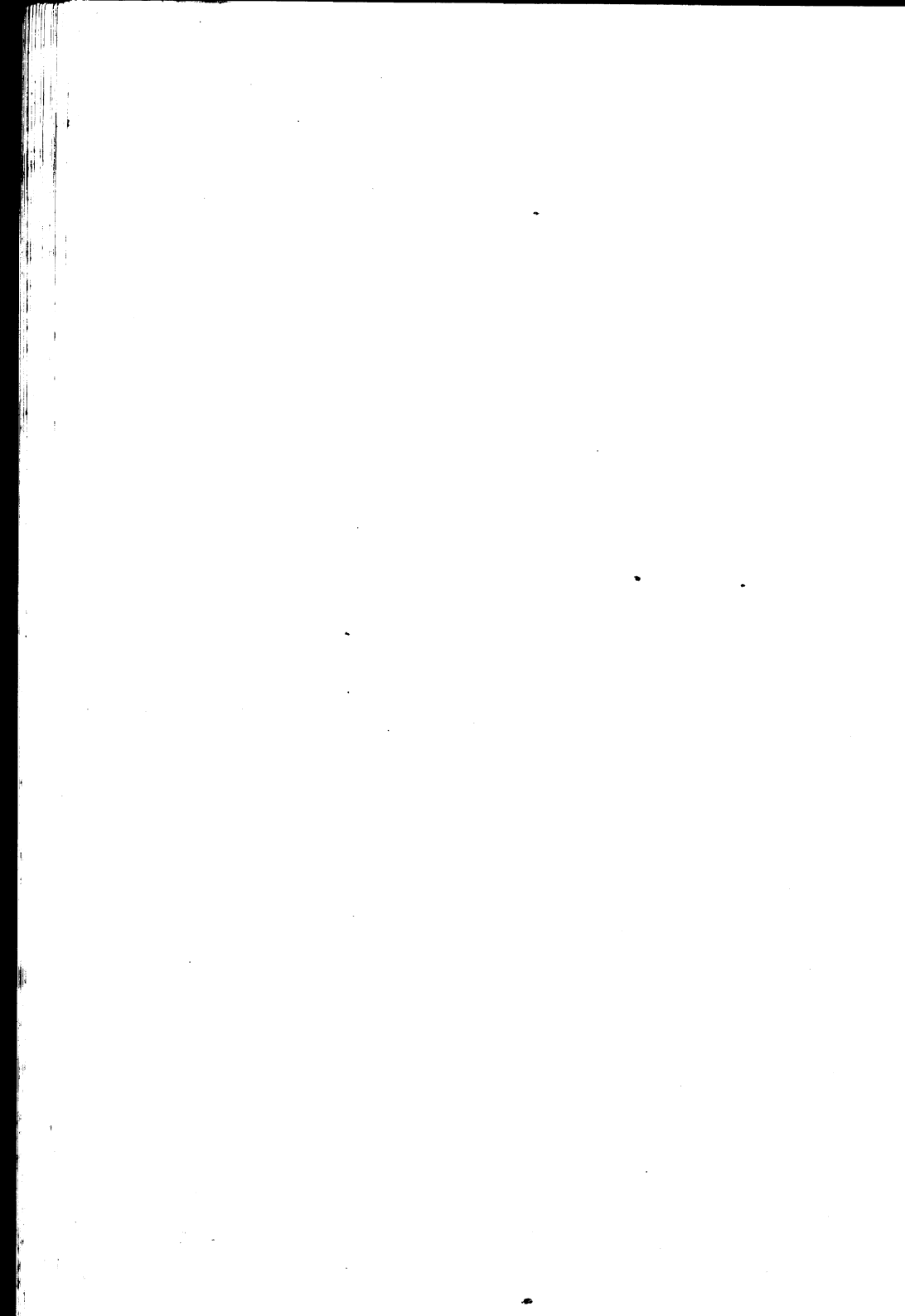
Es de notar también que la inmensa mayoría de las veces se observa en el examen de las materias fecales, la presencia de huevos de *Ascaris Lumbricoides* sin que eliminen el parásito cuando se le administra un vermífugo. En este caso, los sujetos son portadores de huevos que no han eclosionado y que, sin embargo, presentan síntomas nerviosos que después de la expulsión de dichos huevos desaparecen. Habiéndolo observado muy a menudo, llegamos en un momento hasta dudar si serían estos elementos los huevos del *ascaris*; pero pudimos comprobar su identidad con exámenes de materias fecales que tenían el vermes y los huevos.

Con la eliminación de estos huevos también desaparecerían los trastornos nerviosos: ¿Serían éstos producidos por irritación, puesto que la into-

xicación no se podría invocar? A menos que aquellos, desprovistos de envoltura, dejaran en libertad productos tóxicos que pudieran actuar sobre los centros nerviosos cerebro espinales.

Lo indiscutible es que a uno de estos factores, o a los dos, es imputable la causa de dichos trastornos, porque desaparecen con la ausencia de aquellos.





Sintomatología

La sintomatología, es generalmente de lo más variado y sus manifestaciones pueden ser debidas a las distintas acciones que un mismo parásito ejerce, ya sea por acción tóxica, por acción traumática o irritativa, por acción infecciosa o bacterífera, por acción inflamatoria y por acción expoliatriz.

Al referirnos a cada uno de los parásitos en particular, mencionaremos la acción que le corresponda.

Ascariosis

El mayor número de observaciones que hemos hecho se refiere al *Ascaris Lumbricoides* y su sintomatología varia de un sujeto a otro, porque en unos los trastornos son nerviosos mientras que en otros son gastro intestinales.

Las observaciones de trastornos nerviosos han sido las más variadas.

Hemos visto sujetos adultos con lipotimias y que han llegado hasta el síncope sin que pudiéramos en el primer momento saber a qué atribuirlo hasta que, después de múltiples investigaciones en todo sentido, constatábamos en el examen de las materias fecales la presencia de huevos de áscaris y luego con su expulsión veíamos la desaparición de estos síntomas.

Sensación de opresión precordial con angustia, flojedad de los miembros inferiores, vértigos, ataques de histeria, de epilepsia, de epilepsia larvada, prurito anal y nasal, estados neurasténicos, cosquilleo faríngeo y accesos de tos, palidez por vaso constricción periférica.

Los trastornos gastro intestinales también son Como vectores de bacilos de Eberth y por esto de los más variados: dispepsias sea hiperpépticas o hipopépticas, dilataciones de estómago, úlcera gástrica, etc.

Como única manifestación de *acción expoliatrix* de los áscaris podría señalarse el enflaquecimiento del paciente en el caso de que el número de parásitos fuese extraordinario; y aun así el origen del enflaquecimiento sería dudoso, pudiéndose achacar más bien a otras causas porque la cantidad de productos alimenticios de que los áscaris pudieran vivir no llegaría nunca a impedir una buena nutrición del sujeto. Además los ás-

caris no se apoderan de la sangre del huésped; y en esto estamos de acuerdo con Brumpt por los numerosos exámenes que hemos efectuado de los áscaris: jamás hemos encontrado sangre.

La *acción tóxica* que se ejerce sobre ciertos grupos de células nerviosas nos aclararía algunos síntomas.

Respecto a la *acción traumática e infecciosa* observaríamos las lesiones producidas por los labios del parásito sobre la mucosa intestinal. Este hecho no lo hemos comprobado como etiología de ciertas apendicitis.

Por lo tanto, es de recomendarse el examen de materias fecales en esta afección para tratar de poder determinar esta etiología.
son posibles causantes de la fiebre tifoidea.

En cuanto a *acción mecánica* puede, en casos de que el número de vermes sea exorbitantes, dar lugar a la formación de masas grandes que obstruyan la luz del intestino y determinen una oclusión intestinal.

La misma acción podría ser causante de la hernia estrangulada.

También, emigrando del intestino, pasando por el estómago y esófago pueden introducirse en el aparato respiratorio y producir sofocaciones y asfixia o determinar alguna afección bronco pulmonar.

Lo mismo podrían llegar a la vesícula biliar por el canal colédoco y a los canales biliares y ser una causa de obstrucción.

En cuanto a la *acción irritativa e inflamatoria* tendríamos, que, si la cantidad de parásitos es muy grande, ocasiona una irritación crónica y, por lo tanto, catarro intestinal que podría hacernos explicar ciertos síntomas disenteriformes y diarréicos en algunos enfermos.

Estas diversas acciones nos dan, en cierta medida, una aclaración de síntomas que, al parecer, son raros; y que la falta de un buen examen nos lleva a formular un diagnóstico que no es en realidad el de la afección que padece el enfermo.

Helmintiasis

En las observaciones de tenias hemos constatado con respecto a los trastornos gastro intestinales pocas manifestaciones, salvo algunos dolores vagos, constipación casi constantemente, sensación de bola histérica, anorexia o bulimia.

Por el lado del sistema nervioso, alguno de los síntomas observados han sido alarmantes: polineuritis, cefalalgias, hemianestesias con hemiparesias alternando con hiperestesias, abolición de reflejos cutáneos y tendinosos del lado de la hemiparesia, con exageración del reflejo del lado opuesto; tetanización de músculos del cuello con

trismus en los accesos de cefalalgias que duraban hasta un cuarto de hora ;y luego todos estos síntomas desaparecían volviendo el paciente a su estado normal hasta que reaparecían en otro acceso.

Hemos comprobado además, taquicardia, dolores irradiados a los hombros y brazos, y hormigueos de los dedos alternados con dolores.

Los síntomas nerviosos que hemos constatado en los enfermos de tenias nos fueron revelados por la *acción tóxica* de estos helmintos. Estos síntomas desaparecen en un tiempo no fijo después de la expulsión, es decir, después de la desintoxicación por lo que esta desintoxicación no puede ser considerada como la causa irritativa.

La *acción irritativa* se manifestaría por cólicos que ocasionan los vermes en sus distintos movimientos que efectúan en el interior del intestino.

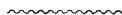
Un caso hemos observado en que los cólicos, la sensación de ahogo, la angustia precordial se manifestaba en una enferma febril que espontáneamente expulsó uno dos metros y medio de proglótides. Desaparecieron los cólicos; pero no así la angustia precordial y la sensación de ahogo.

Indiscutiblemente, los cólicos eran causados por la acción irritativa, mientras que los otros dos síntomas lo eran por acción tóxica.

En cuanto a la *acción traumática* se refiere, no la

hemos observado sin que por ello pretendamos negarla.

La *acción expoliatrix* en los individuos observados no era apreciable; pues se trataba de sujetos en buen estado de nutrición.



CAPITULO II

Tricocefalosis

La presencia de los tricocéfalos puede producir diversas acciones en el huésped.

De estas acciones, la más importante,—según nuestra observación,—creemos que es la *traumática*, que es ejercida por encajarse los tricocéfalos profundamente en la mucosa, irritando de esta manera las terminaciones nerviosas del gran simpático.

Así, en un paciente hemos tenido ocasión de ver ataques epileptiformes que se producían hasta dos y tres veces por día desde seis años atrás; y que desaparecieron con la expulsión de los parásitos.

Este mismo caso presentaba anemia debido a la *acción de las toxinas* sobre el organismo.

La *acción infecciosa* de los tricocéfalos, como

en la helmintiasis y en la ascaridiosis, debe ser investigada en los casos de apendicitis: sin que por esto importe asegurar que la expulsión produzca la curación.

Los trastornos que hemos observados en los casos de tricocefalosis se reducen a trastornos nerviosos, digestivos y nutritivos.

Referente a los nerviosos hemos comprobado ataques epileptiformes de corta duración con aura, contracturas tónicas y clónicas, sopor, micciones involuntarias, etc., que se repetían tres o más veces diarias durante largo tiempo y que desaparecieron juntamente con la expulsión de los parásitos.

Los desórdenes de carácter digestivo se manifestaban por diarreas muco membranosas, muco sanguinolentas de aspecto disenteriforme, con tenesmo, y que eran rebeldes a todo tratamiento.

Con respecto a los trastornos de orden nutritivo era de notarse la anemia y con ella la falta de desarrollo en un paciente que hacía seis años era víctima de esa enfermedad; y que después de transcurridos diez meses de su curación ha cambiado por completo en lo que se refiere a su tinte anémico, a su rápido crecimiento y a su estado de *embonpoint*.

Anquilostomiasis o Uncinariosis

El anquilostoma que habita en el intestino delgado, particularmente en el duodeno y yeyuno, ejerce sobre el organismo varias acciones, a saber: traumática, tóxica y expoliatriz.

La *acción traumática* es producida al fijarse el anquilostoma, por medio de su cápsula bucal, en la mucosa, lesionándola. Estas lesiones son otras tantas puertas de entrada para toda clase de infección.

En lo tocante a la acción tóxica podría atribuírsela a un estado de envenenamiento del organismo debido a la absorción por el intestino, de materias segregadas por los parásitos.

Refiriéndonos a la *acción expoliatriz* diremos que es producida por la absorción de la sangre, aun cuando los anquilostomas no sólo se nutren de sangre, sino también de sustancia intestinal.

El síntoma que más nos llama la atención es el dolor en la región precordial, que es intenso, acompañado de angustia, de sensación de muerte y fácilmente confundible con un ataque de *angor pectoris*; pero sin irradiación hacia el brazo izquierdo y con la particularidad de que pasado el ataque el sujeto se halla bien.

Además, se observa en el paciente anorexia con respecto a toda clase de alimentos; consti-

pación, y cuando se efectúan deposiciones son de color negruzco.

El enfermo se encuentra asténico, pálido, abúlico, con poca disposición para dedicarse a sus quehaceres y con la idea siempre fija «en la enfermedad del corazón» que cree sufrir.

Oxiuros

Las acciones que corresponden al oxiuro pueden reducirse a dos: acción traumática e infecciosa.

La *acción tóxica*, lo mismo que la *acción expoliatrix* son nulas.

A la *acción irritativa* correspondería el prurito anal; y a la *infecciosa* puede imputársele el ser productora de algunas apendicitis.

El síntoma principal que se observa en los pacientes es el ya referido prurito, que es tenaz y, sobre todo, molesto cuando se está acostado.

Esta diferencia en la intensidad de la molestia, es debida seguramente, al calor del lecho que excita a los oxiuros provocándoles mayor actividad. En este momento el prurito suele ser insoportable.

Un ligero examen del ano muestra la presencia de los parásitos sobre una región congestionada, algunas veces con un poco de mucus proveniente del catarro intestinal que es provocado por la acción traumática ejercida por los oxiuros.

Este mucus suele presentarse con estrias sanguinolentas.

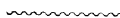
Entre los trastornos nerviosos nótanse ataques epileptiformes, histeriformes, convulsiones, vértigos, síncope, incontinencia de orinas, etc.

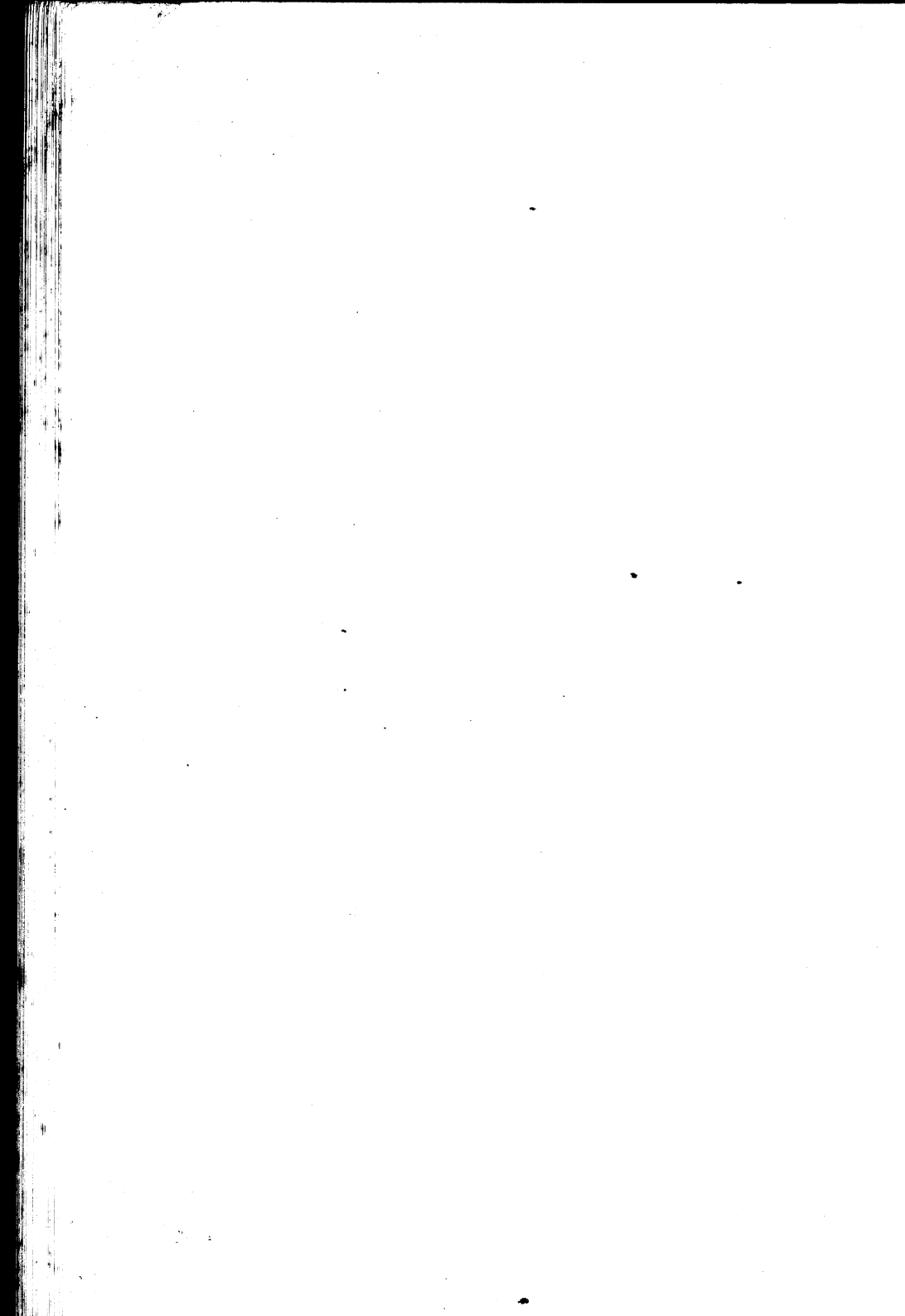
Desórdenes genitales. — Pueden ser atribuidos a trastornos de origen reflejo, encontrándose el ano lleno de oxiuros los cuales producen un escozor tan vivo que provoca erecciones, poluciones, onanismo o ninfomanía, enuresis e irradiaciones dolorosas en la verga.

Oxiuros Erráticos

Lo más general es hallarlos en las niñas, encontrándolos en la vulva o vagina debido a emigraciones que efectúan desde el ano.

No los hemos observado en otros lugares.





CAPITULO III

Historias Clínicas

OBSERVACION I

Sra. M. S. de R.—Argentina, casada, 25 años, procedente de General Villegas.

Diciembre 16 de 1915.—Es vista por primera vez y da los siguientes datos:

Hace como ocho días ha empezado a sentir unos fuertes dolores de cabeza a raíz de haber bebido agua fría, mientras efectuaba las faenas propias de los quehaceres domésticos, estos dolores son paroxísticos y se le calman rápidamente con piramidón. Según la paciente son tan fuertes estos dolores que le impiden toda actividad y como este estado persistiera resuelve trasladarse a Buenos Aires.

Estado actual. —Mujer bien constituída, en buen estado de nutrición. En este momento tiene sus fuertes dolores de cabeza y cara.

A la inspección nada de anormal.

Pulmones. —Normales.

Corazón. —Tonos normales.

Aparato digestivo —Ligera constipación y de vez en cuando fugaces dolores de vientre.

Sistema nervioso. —No existe rigidez de la nuca ni Kernig.

Reflejos tendinosos y cutáneos del lado derecho. —Normales.

Reflejos tendinosos y cutáneos del lado izquierdo. —Abolidos.

Sensibilidad táctil y dolorosa. —Del lado derecho es normal y en el izquierdo están muy aumentadas, existe hiperestesia.

En la cara existen puntos dolorosos en los sitios de emergencia de los nervios: supraorbitarios, infraorbitarios, malaes, dentarios superiores y dentarios inferiores.

Temperatura. —37°.

Pulso. —80 por minuto, regular, igual, buena tensión.

Como los dolores que acusa la paciente, según su manifestación, son intolerables, solicita tomar un cachet de piramidón, y, en efecto, se le consiente.

Diez minutos después la enferma se halla transformada.

Procedemos a un nuevo examen detenido y encontramos con gran asombro de nuestra parte, que en el lado izquierdo los reflejos tendinosos y cutáneos y la sensibilidad táctil y al dolor son normales e iguales a las del lado derecho.

Al día siguiente le fué efectuado el examen en igualdad de condiciones estas, durante el dolor y fuera de el, y el resultado fué exactamente el mismo.

Nos encontrábamos con gran perplejidad para posar un diagnóstico, cuando un suceso inesperado nos vino a aclarar todo.

A los dos días la paciente expulsó espontáneamente una tenia, de la cual no encontramos la extremidad cefálica.

El examen microscópico nos reveló una tenia saginata.

Se le administró todavía un antihelmíntico de extracto etéreo de helecho macho y calomel, seguido de un purgante de aguardiente alemán y jarabe de espinos cervas, sin obtener el resultado que buscábamos, esto es: la cabeza, proglótidos u otra tenia si la había.

Esta tenia había sido expulsada por la mañana como a las ocho a. m. del día 18 de Diciembre.

Ya en la tarde la enferma no tenía dolores ni los volvió a tener más.

En este caso fué obra de la casualidad la que nos puso en camino para el diagnóstico.

Al mismo tiempo nos sugirió otra senda de investigación, que es el motivo de este trabajo para todos aquellos casos en que aparecen síntomas subjetivos que no se pueden encuadrar en ninguna afección por lo raro de las manifestaciones que presentan, sobre todo, como hemos dicho, subjetivas; aunque como en el caso de la presente historia existían signos objetivos.



OBSERVACION II

M. L. C.—Niña de ocho años. Sufre de frecuentes ataques epileptiformes, sobre todo durante la noche con contracciones tónicas, clónicas y emisión de orina. Hace seis años que tiene estos ataques con épocas de remisión y exacerbación. Según manifestaciones del padre son más frecuentes en la primavera y en verano.

Examen.—Poco desarrollo por la edad que tiene, delgada, de color pálido.

Antecedentes hereditarios.—Nulos.

El examen de los órganos es normal.

Se nos dice que es de carácter irascible con sus hermanitos; su aspecto es retraído, prurito anal y nasal.

El 6 de Junio de 1916 se le practica un examen de materias fecales y se constata la presencia de huevos de *Tricocephalus dispar*.

Se le administra durante tres días una poción

con timol y al tercer día un purgante de aceite de ricino.

Desaparecen los ataques epileptiformes durante tres meses, hasta que en Septiembre y como se reprodujeran los ataques practicamos otro examen y nos dió resultado negativo.

En vista de que los ataques prosiguen, se efectúa otro examen y se encuentran nuevamente los huevos de tricocéfalos dispar.

Se le vuelve a administrar timol y desaparecen los ataques por otros tres meses, época en que reaparecen, pero no con la intensidad anterior ni tampoco diariamente, pasando hasta una semana sin ataques.

Repetido otro examen se notan todavía huevos de tricocéfalos dispar y de ascaris lumbricoides.

Como poseíamos una muestra de aceite de quenopodio de la casa Parke, Davis y Cía., le administramos durante tres días seguidos una cápsula de 0,30 centigramos y el tercer día un purgante de aceite de ricino con cloroformo.

Varios exámenes hechos posteriormente no nos permitieron ver más los huevos de tricocéfalos dispar.

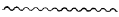
Durante este verano ha tenido algunos ataques, como ya lo hemos dicho con mucha menor intensidad y menos frecuencia y muchos de ellos probablemente producidos por la ingestión de se-

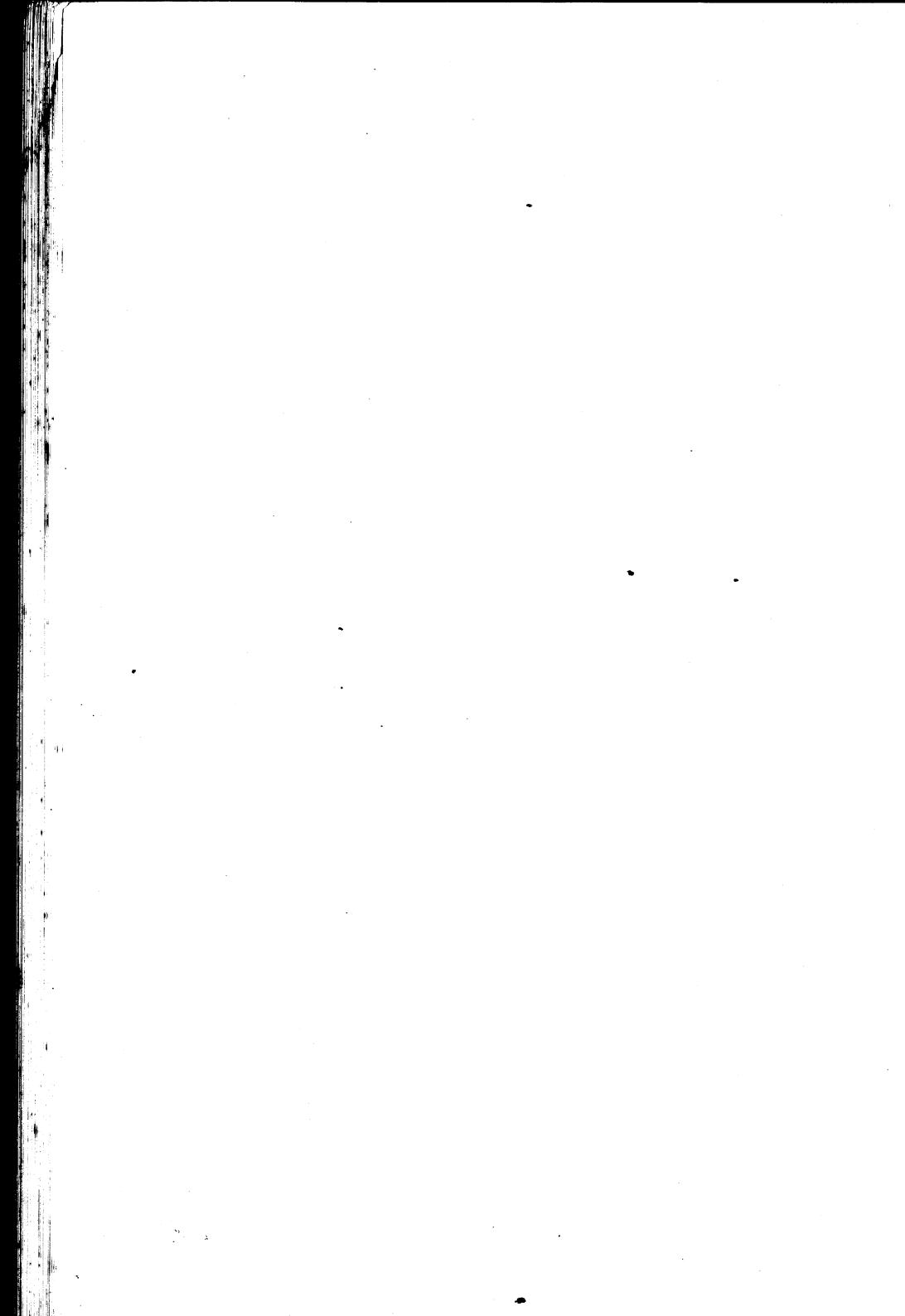
millas de frutas de las que furtivamente se apoderaba, pues en las deyecciones las observaban los padres.

Con la afirmación hecha hasta ahora de este caso no pretendemos afirmar que estos ataques sean sintomáticos de la presencia de los tricocéfalos dispar; pero por lo menos, sí, una causa determinante de ellos si se trata de una epilepsia esencial.

Digo causa determinante porque no sólomente tenía ataques muy repetidos cuando era portadora de los tricocéfalos dispar; sinó que también se le provocaban estos cuando ingería semillas de frutas y éstos cuerpos irritando la mucosa intestinal en un sujeto de tara nerviosa especial eran suficientes para producir el estallido.

Desde Marzo último no tenemos noticias de la enfermita, por lo tanto no podemos llegar a conclusiones definitivas para poder establecer si se trata de ataques epileptiformes o es una epilepsia esencial.





OBSERVACION III

A. J.; Ruso, de 35 años, soltero, comerciante.

Relata el paciente, que hace un año sufre de mareos, opresión en la región precordial, flojedad en los miembros inferiores, constipación; pero lo que más lo molesta son los mareos hasta el punto de no permitirle atender sus quehaceres.

Estado actual.—Sujeto bien constituido, buen desarrollo esquelético, abundante panículo adiposo.

Sistema nervioso.—Al examen objetivo, normal.

Aparato circulatorio.—Normal.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Manifiesta una dispepsia con hiperclorhidria, ligera atonía intestinal, cuerda cólica algo dolorosa a la palpación. Deposiciones algo duras, recubiertas de mucus.

Sero reacción de Wassermann.—Negativa.

Examen citológico de sangre.—Normal.

Cuti reacción.—Negativa.

Examen radioscópico. — Ligera ptosis de estómago.

Examen de orinas. — No muestra más que la presencia de indican.

Examen de materias fecales. — No encontrando por el examen clínico, ni por distintos exámenes practicados por el Laboratorio, elementos suficientes de juicio para hacer el diagnóstico, se resuelve hacer un examen de las materias fecales.

Esta investigación nos llevó a comprobar la presencia de huevos de ascaris lumbricoides.

Diagnóstico. — Trastornos reflejos por *Ascaridiosis* y ptosis del estómago.

Tratamiento. — Administración durante tres días de aceite quenopodio, seguido el tercer día de un purgante de aceite de ricino con cloroformo.

La curación de este sujeto se obtuvo a los 15 días de la expulsión de los áscaris.

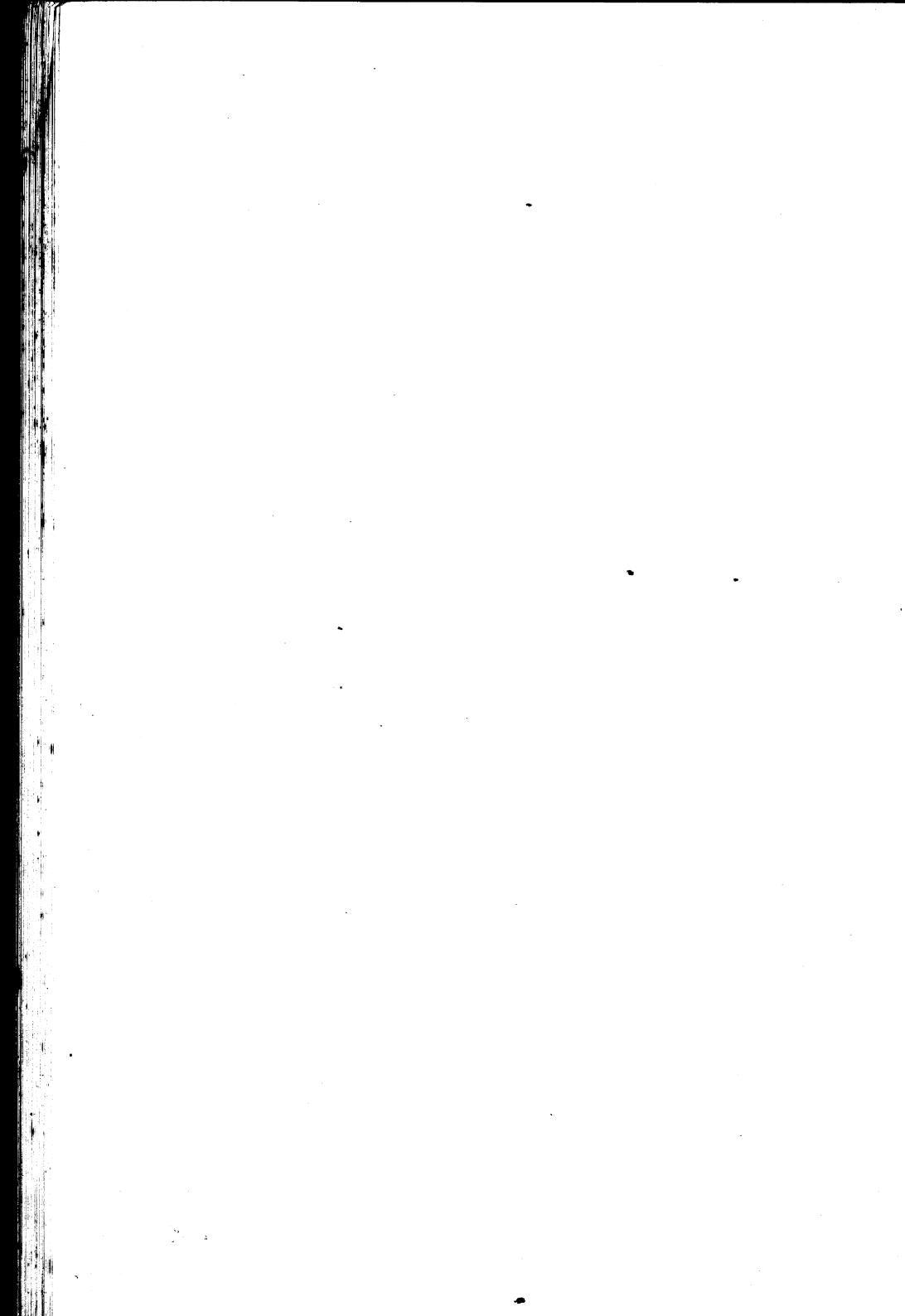
En los días inmediatos a la expulsión persistían aún sus mareos, angustia precordial y flojedad de los miembros inferiores cuyos síntomas fueron atenuándose para desaparecer en absoluto en el plazo arriba mencionado. Aparte de esto se le indicó el uso de una faja hipogástrica para la contención del estómago.

Este caso lo mismo que muchos otros observados me han convencido que estos fenómenos que son atribuibles a la intoxicación de los centros

nerviosos no desaparecen nunca antes de un plazo de quince días contra lo que sostienen algunos autores, entre ellos E. Brumpt, que dice: «desaparecen al tercer o cuarto día.»

Esto viene a demostrar que la desintoxicación se efectúa más lentamente, y nos demuestra también, que estos desórdenes no son debidos a causa traumática o irritativa porque no coincide su desaparición con la de los parásitos.





OBSERVACION. IV

M. S.; belga, 25 años, casado.

Este enfermo fué observado por primera vez en Febrero de 1915, a consecuencia de un ataque de angina de pecho que había sufrido en esa época, cuando se le vió ya había intervenido la Asistencia Pública, como llamado de primeros auxilios y se le había hecho una inyección de morfina.

Al practicar el examen no se le encontró nada de anormal y en ese momento el observado se hallaba bien.

Fué visto en dos ocasiones más a intervalos que variaban de seis meses a un año y en estos dos últimos ataques la intensidad del dolor, no fué tanta como la primera vez. Observamos en él un estado de depresión nerviosa muy marcado, pues, nos recibió con llanto. Como en la primera el examen clínico fué negativo y fuera

del día de los ataques el sujeto se encontraba en buenas condiciones lo que debía hacernos des-
echar un conjunto de entidades mórbidas y acordándonos de que esto pudiera ser un reflejo debido a la presencia de parásitos intestinales, resolvimos hacer un examen de materias fecales el que nos demostró la presencia de embriones libres de *Ankilostoma Duodenalis* y huevos con embriones.

Comprobadas que fueron nuestras sospechas por el laboratorio resolvimos imponerle el tratamiento correspondiente para lo cual le administramos diversos medicamentos con resultado negativo.

Los medicamentos que se le indicaron fueron: extracto etéreo de helecho macho con calomel, y un purgante de tintura de jalapa compuesto con jarabe de espinos cervat-timol en cachet durante tres días con un purgante salino-el calomel en poción durante tres días y enemas de timol.

El aceite de quenopodio en cápsulas de 0,30 centigramos cada una, a razón de dos diarias durante tres días seguidos, administrándosele al tercer día un purgante de aceite de ricino con cloroformo dos horas después de la ingestión de la última cápsula.

Viendo que los exámenes repetidos de las materias fecales siempre mostraban la presencia de

embriones, resolvimos emplear el procedimiento de *Malvoz* y *Lambinet* en el dispensario de *Lieja*, tal como lo explica Brumpt y que se reduce a lo siguiente.

Primer día.—Por la noche se le administra el siguiente cachet purgante.

Jalapa	(	ã ã	
Calomel	(	0.25	cgrs.

Segundo día.—Por la mañana ocho cápsulas de 0.50 cgrs., de extracto etéreo de helecho macho y una hora después otras ocho cápsulas iguales. Debe quedarse en cama para evitar las náuseas, los vómitos y los vértigos; se le puede dar té, café o cognac.

Hacia las dos de la tarde se le puede dar una ligera comida que sea substanciosa.

Tercer día.—Reposo.

Cuarto día.—Administración de la siguiente posición.

Extracto etéreo de helecho macho . . .	4	gramos
Cloroformo puro	3	»
Glicerina	40	»

Debe tomarlo en dos veces con una hora de intervalo. Permanecerá acostado hasta las dos de la tarde a cuya hora tomará un ligero almuerzo.

Este es el tratamiento tal como le fué prescripto al paciente y cuyos resultados no se hicieron esperar; pues los exámenes que se le practicaron posteriormente fueron negativos con respecto a la investigación de su anquilostomiasis.



OBSERVACION V

M. L. V.; joven de 16 años, soltera, argentina.

Antecedentes hereditarios. — Hija de padre alcohólico.

Antecedentes personales. — Es sietemesina y siempre ha sido de constitución débil hasta el momento que viene a consultarnos.

Enfermedad actual. — Hace al rededor de un año que se queja de dolor de estómago, dolor que no guarda ninguna relación con las comidas, pues tanto lo ataca en ayunas como después de comer; y en cierto momento no siente nada aún después de las comidas. El sueño es intranquilo.

Cefaleas casi todos los días y caprichosas en la hora de su aparición.

Flojedad con temblor de los miembros inferiores y por el momento es tal que cree va a caer.

Constipación pertinaz.

Estado actual. — De constitución débil, como dijimos más arriba, delgada, pálida.

Aparato respiratorio y circulatorio.—Normales.

Aparato digestivo.—Buena dentadura. Lengua saburral. En el momento del examen hace tres horas que ha almorzado. Estómago evacuado. Colón descendente mate a la percusión; hace dos días que no mueve el vientre.

Reflejos cutáneos y tendinosos.—Normales.

Examen de orina.—Normal, salvo la presencia de indican.

Examen de materias fecales.—Se observan huevos de *Ascaris Lumbricoides*.

Diagnóstico.—Ascariidiosis.

Tratamiento.—Aceite de quenopodio y purga de aceite de ricino con cloroformo.

Resultado.—Hasta los doce días después de la administración del quenopodio persistieron las gastralgias, las cefaleas y la flojedad de los miembros inferiores; eso sí, cada día con menos intensidad hasta la completa desaparición.

Efectuados dos nuevos exámenes de las materias fecales, resultaron negativos. Actualmente han transcurrido diez meses y se halla perfectamente bien, habiendo aumentado 2 kilos de peso.

~~~~~

A. M.—Es también una joven de 18 años, soltera, en un todo exactamente igual a la anterior, que no lo transcribo para evitar repeticiones, pues.

no aportaría nada nuevo tanto en la sintomatología como en el resultado final.

A. P. R.; niño de 3 años, padres sanos.

Hace un año tuvo coqueluche de la que sanó en tres meses.

Desde hace más o menos dos meses la madre nota que el chico está inapetente, irascible el sueño es intranquilo y tiene sobresaltos, se rasca continuamente el trasero y la nariz.

Tiene, además, enuresis.

Al examen directo del ano no se nota nada más que las señales de haberse rascado.

Pedimos a la madre el envío de las materias fecales; efectuado el examen éste nos dá por resultado la comprobación de la existencia de oxiuros vermicularis y huevos de oxiuros.

Tratamiento.—Timol en poción y enemas.

Efectuado un nuevo examen de las materias 15 días más tarde, comprobamos que aún no habían desaparecido los parásitos.

Insistimos nuevamente con la poción y enemas de nitrato de plata durante una semana.

Quince días después, en un nuevo examen tuvimos el placer de comprobar que los oxiuros habían desaparecido.

Un mes más tarde vimos por última vez al pequeño enfermo y ya se encontraba perfectamen-

te bien; había desaparecido la enuresis, el prurito nasal y anal.

Este fué un caso bastante rebelde y que nos sirvió como enseñanza en el sentido de que es necesario efectuar repetidos exámenes después de la administración del medicamento, hasta que se consiga obtener exámenes negativos y no confiar a la acción infalible del tratamiento hecho una sólo vez.



## Conclusiones

De las observaciones que he hecho en un sinnúmero de casos, de los cuales he entresacado unos pocos de los más interesantes, he llegado a algunas conclusiones, que creo podrán ser de utilidad para el práctico; y, que las iré citando según me han sido sugeridas por la experiencia.

1.<sup>a</sup>.—Sobre la necesidad del examen de las materias fecales, siempre que la sintomatología que ofrezca el paciente no encuadre en una entidad mórbida bien definida y que, por lo tanto, todos los posibles diagnósticos fallan, ya sea por falta o por exceso de síntomas.

Tan pronto como se haya resuelto practicar el análisis de los excrementos, éste debe efectuarse, si es posible, con material de consistencia blanda.

No insistiré sobre la técnica por ser ya harto conocida; pero, en cambio, debo hacer resaltar

un punto a mi entender, de suma importancia, esto es: que a pesar del resultado negativo que pudiera arrojar el primer análisis, se insista con el mismo material en repetidas observaciones y no darse por satisfechos con un sólo examen.

En los exámenes ulteriores de nuevas deposiciones debe procederse del mismo modo.

Si el examen resultare positivo, no debe uno dar por terminada su misión, con la administración del medicamento, sinó, que debe guiarse en todos los casos por el control de la observación microscópica.

La razón de esta insistencia es debida a que en la mayoría de los casos persisten los síntomas después de la administración del medicamento, y conviene deslindar, qué parte corresponde a cada una de las acciones de que ya hemos hablado en sintomatología.

Así, puede suceder que se hayan expulsado los parásitos y que persistan ciertos desórdenes esto sería debido a acción tóxica, traumática, etc. si persistieran aún las lesiones.

Si no se hubieran expulsado totalmente los parásitos, al notar su presencia en las materias examinadas tienen su inmediata explicación los fenómenos; y éstos a su vez nos obliga a hacer un nuevo tratamiento hasta que obtengamos la completa desaparición de los síntomas con el obliga-

torio control microscópico después de cada tratamiento.

2.<sup>a</sup>.—De lo expuesto se deduce, que el examen de las materias fecales es una observación que debe prodigarse más de lo que actualmente se hace; y que en muchos casos da la solución, ésto es, el diagnóstico de manifestaciones mórbidas no sospechadas; pues que la presencia de parásitos, simulan las más diversas afecciones cuyo diagnóstico no debe ser librado al acaso, como *trouvaille* del mismo paciente al ver sus deposiciones.

3.<sup>a</sup>.—No es posible establecer por la sintomatología la clase de parásito; pues distintos de ellos producen las mismas manifestaciones, que le son comunes y lo que lo aclara es el examen microscópico porque también puede existir asociaciones, y en este caso ser más compleja la sintomatología.

4.<sup>a</sup>.—En los niños con manifestaciones nerviosas de diagnóstico dudoso, efectuar sistemáticamente el examen microscópico de las deposiciones, que si no aclaran el diagnóstico porque su resultado sea negativo, por lo menos sirve para eliminar su posibilidad.

5.<sup>a</sup>.—Es muy común la afirmación insistente de pacientes que se dicen portadores o de madres que a todo trance sostienen que sus chicos tie-

nen «lombrices»; controlar en estos casos las aseveraciones que se le hacen, es lo racional.

A veces puede producirse el caso contrario, éstos es, que a pesar del examen microscópico de las heces no quieren admitir que son portadores, pero esta eventualidad es rara y sólo la cito por haber visto un caso; se trataba de lo siguiente:

Un sujeto adulto, de 35 años, español, casado, se presentó con un frasco que contenía varios anillos aislados y fragmentos de dos, cuatro y seis anillos de la porción caudal de una tenia, fragmentos que él había expulsado esa mañana y que los traía para saber que era eso. Efectuado el examen, resultaron ser proglótides de tenia saginata.

Cuando se le dijo de lo que se trataba fué tal el disgusto que la noticia le causó que se retiró protestando, diciendo que él no tenía nada, y que desde tiempo expulsaba estas cosas.

Seis meses más tarde lo vimos y entonces nos explicó la causa de su enojo: «*él no deseaba tener la solitaria*», sin embargo, había tomado el tenitugo que se le prescribió y la había expulsado, de lo que estaba contento.

He relatado este caso como una antítesis de lo más rara con respecto a lo que generalmente sucede.

6.<sup>a</sup>.—Efectuar sistemáticamente el examen de

las deposiciones en los sujetos que deban sufrir una anestesia general, porque la presencia de helmintos puede ser de desagradables consecuencias y con la eliminación de éstos desaparece una probable causa de accidente imputable a la anestesia.

7.<sup>a</sup>.—Después de los ataques de apendicitis aguda puede efectuarse el examen de las materias fecales para tratar de poder determinar si existen: tricocéfalos dispar, áscaris lumbricoides u oxiuros vermiculares, y si del examen resultare comprobada la presencia de uno de ellos, producir su expulsión que en algunos casos puede ir seguida de la curación, siempre que no hayan los parásitos actuado como bacteríferos, que es una de sus acciones, como lo hemos visto al tratar este punto en sintomatología. No pretendo con ésto de ningún modo desvirtuar el tratamiento operatorio; pero, sí, tentar con alguna probabilidad de éxito, el tratamiento médico—lo vuelvo a repetir—, siempre que sea debida la apendicitis exclusivamente a los parásitos ya citados y que se pueda conseguir su total eliminación.

8.<sup>a</sup>.—Con respecto al tratamiento, he observado en la práctica que he hecho, distintos resultados, y por lo tanto me reduciré a aconsejar sólomente aquellos que creo han actuado con más eficacia.

Así, para los áscaris lumbricoides y el tricocéfalos dispar he usado con muy buen resultado el aceite de quenopodio.

Para las tenias, el extracto etéreo de helecho macho con calomel.

En este mismo tratamiento podemos incluir el que corresponde para la anquilostomiasis; pero según el procedimiento de *Malvoz y Lambinet* en el *Dispensario de Lieja*, (ya citado).

En los casos de oxiuros: el timol en poción y en enemas o sinó enemas de nitrato de plata.

10.<sup>a</sup>.—Finalmente, y para terminar, a fuer de repetidor, creo, no esté demás en aconsejar que se generalice más de lo que hasta ahora se ha hecho; la práctica de los exámenes de las heces así como se hacen los de orina, esputos, sangre, etc., que en fin de cuentas sirve como un elemento más de juicio para el diagnóstico.

Con este pequeño trabajo doy fin a la descripción de un reducido número de monografías y las deducciones que de ellas he podido obtener, que llevan ya lo dije, el carácter de la observación personal.



## Bibliografía

- Brumpt E.*—Précis de Parasitologie. (1913)
- Blanchard R.*—Traité de Zoologie Médicale.
- Brouardel P. & Gilbert A.*—Traité de Médecine et Thérapeutique (tomo IV).
- Brissaud E.—Pinard A.—Reclus P.*—Pratique Médico—Chirurgicale.
- Bizzorero G.*—Manuale di Microscopia Médica.
- Belou P.*—Tratado de Parasitología Animal.
- Balthazard N.*—Précis de Pathologie Interne.
- Comby J.*—Tratado de las enfermedades de la Infancia (versión española).
- Charcot—Bouchard—Brissaud.*—Traité de Médecine.
- Davaine C.*—Traité des Entozoaires et des Maladies Vermineuses.
- Guiart J.*—Manual de Parasitología.
- Jaksch R. I.*—Diagnóstico de las enfermedades Internas (versión española).

*Lustig A.*—Malattie Infettive Dell' Uomo e degli Animali (tomo II).

*Moniez R.*—Le Parasites de l'homme (animaux et végétaux).

*Mense Carl.*—Handbuch der Tropenkrankheiten.

*Neumann R. O.*—& *Mayer Martín*—Atlas und lehrbuch wichtiger tierischer Parasiten und ihre Überträger.

*Perls M.*—Tratado Patología General (versión española de L. Góngora y S. Cardenal).

*Sahli H.*—Tratado Práctico de los métodos de exploración clínica (versión española del Dr. León Cardenal).

*Strümpell A.*—Traité de Pathologie Speciale et Thérapeutique des Maladies Interne.

*Taylor F.*—Manuale Prattico di Medicina Interna (tomo II).

*Weill E.*—Précis de Medecine Infantile.

*Ziegler E.*—Trattato di Patologia Generale e di Anatomia Patologica.



Buenos Aires, Agosto 25 de 1917

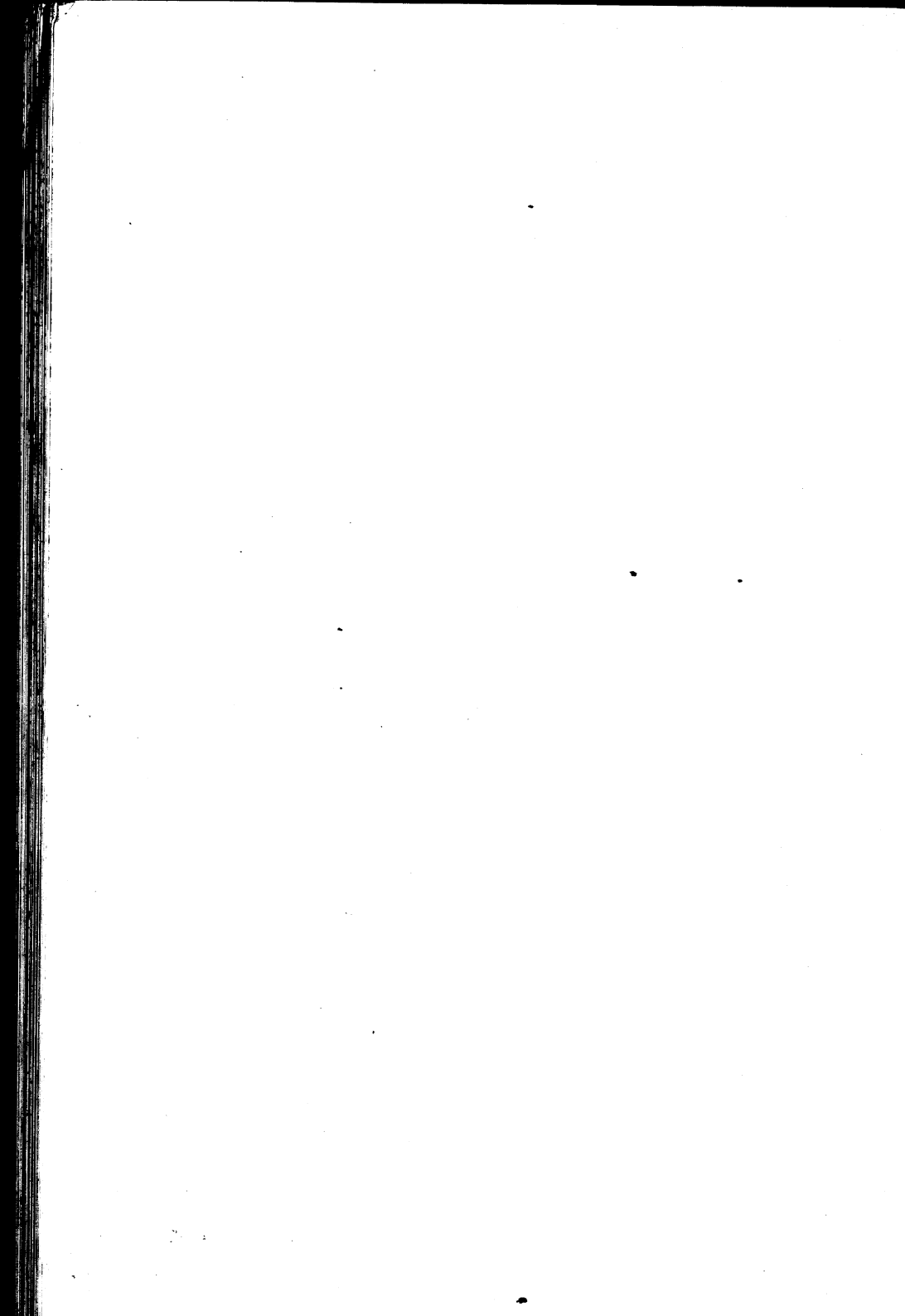
Nómbrese al señor Consejero Dr. Carlos Malbrán, al profesor extraordinario Dr. Julio G. Fernández y al profesor suplente Dr. Rómulo H. Chiappori para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Agosto 29 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3357 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Neurotropismo de bacterios y virus filtrables.

*Cárlos Malbrán*

### II

Patogenia de los trastornos convulsivos en los portadores de parásitos intestinales.

*Julio G. Fernández*

### III

Entre nosotros, el porcentaje de sujetos parasitíferos, es muy elevado y la mayor parte de ellos no ofrece manifestaciones mórbidas aparentes. Importancia del factor «terreno» para las manifestaciones que trata esta tesis.

*R. Chiappori*

30352



