



AÑO 1917

NUM. 3633

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# BRONQUIECTASIAS SIFILÍTICAS

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

### JOSÉ F. MÁRQUEZ

Ex-ayudante del Laboratorio Hosp. Nac. de Clínicas (1912)—Ex-practicante externo del Hosp. San Roque (1913)—Ex-practicante de la Casa de Expósitos (1913)

Ex-practicante menor y mayor interno Hosp. T. de Alvear (1914-15-16)—Ex practicante menor y mayor Asist. Púb. La Plata (1914-15-16)



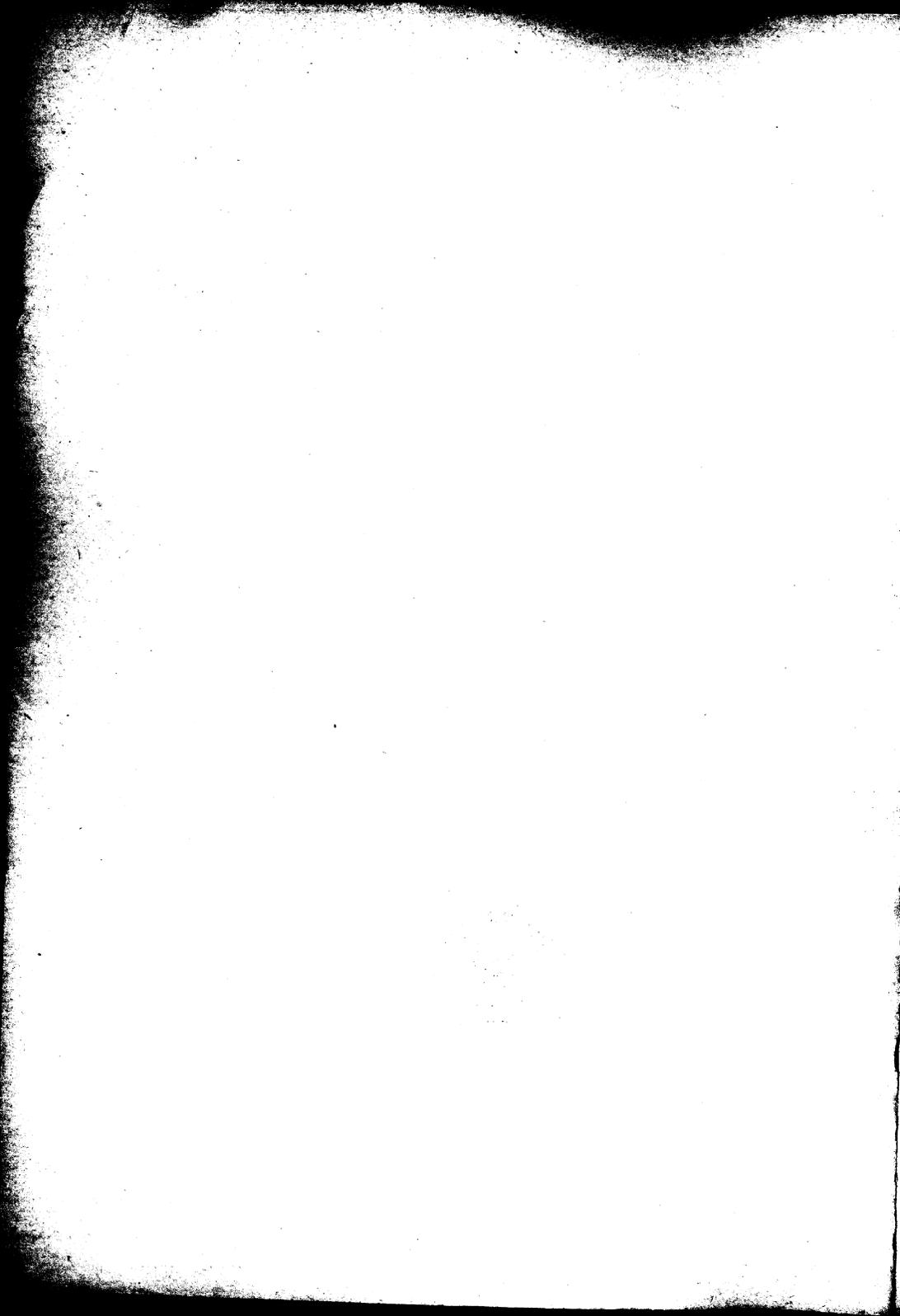
BUENOS AIRES

1917

*M. B. 18.9*

**BRONQUIECTASIAS**

**SIFILÍTICAS**



AÑO 1917

NUM. 3633

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# BRONQUIECTASIAS SIFILÍTICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ F. MÁRQUEZ

Ex-ayudante del Laboratorio Hosp. Nac. de Clínicas (1912)—Ex-practicante externo del Hosp. San Roque (1913)—Ex-practicante de la Casa de Expósitos (1913)

Ex-practicante menor y mayor interno Hosp. T. de Alvear (1914-15-16)—Ex practicante menor y mayor Asist. Púb., La Plata (1914-15-16)



BUENOS AIRES

1917

---

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

Artículo 162 del R. de la F.

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

### Vice-Presidente

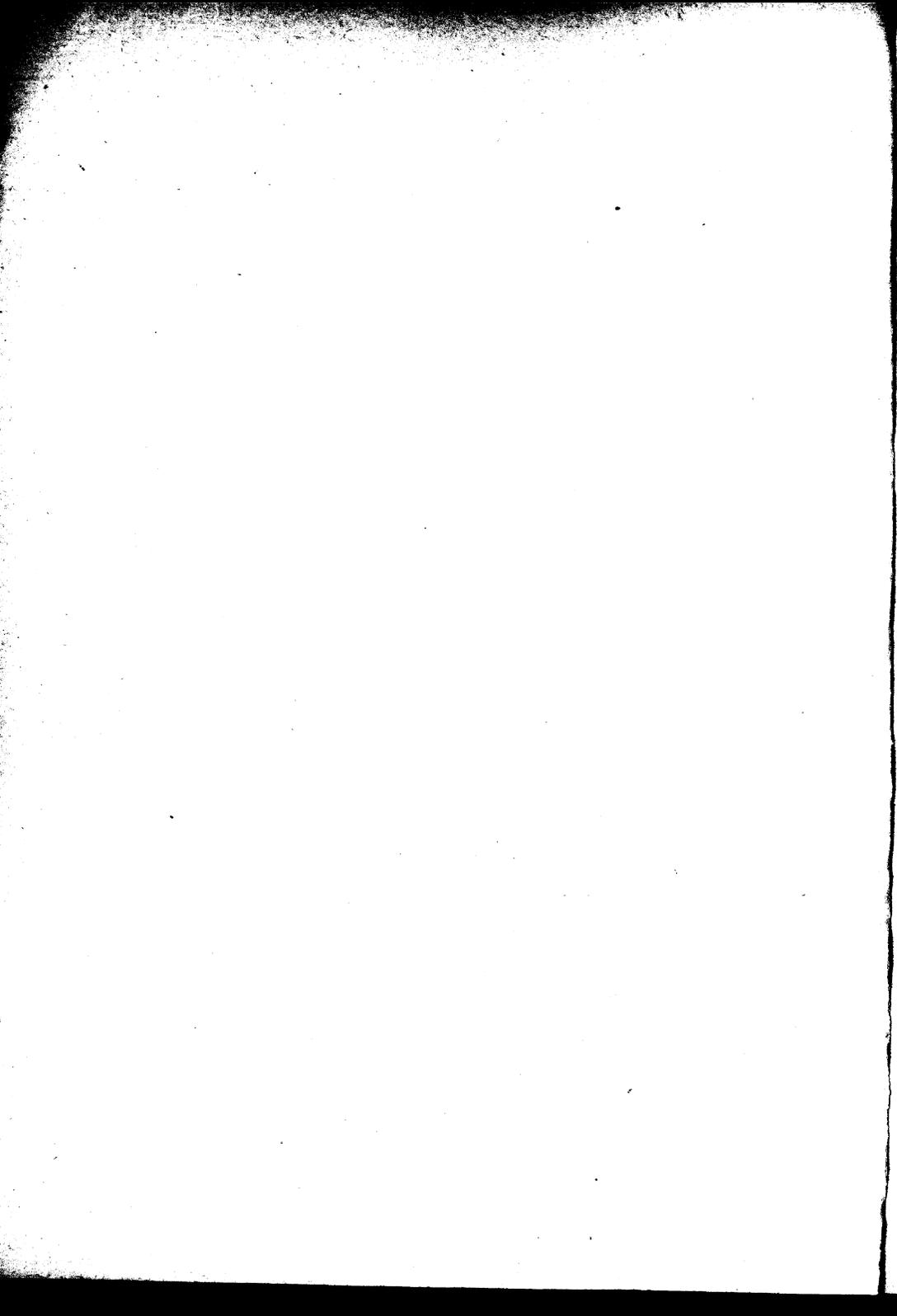
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSE PENNA
5. " " LUIS GEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PIÑERO
11. " " JUAN A. BOERO
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTERO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES 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. MARCELINO HERRERA VEGAS



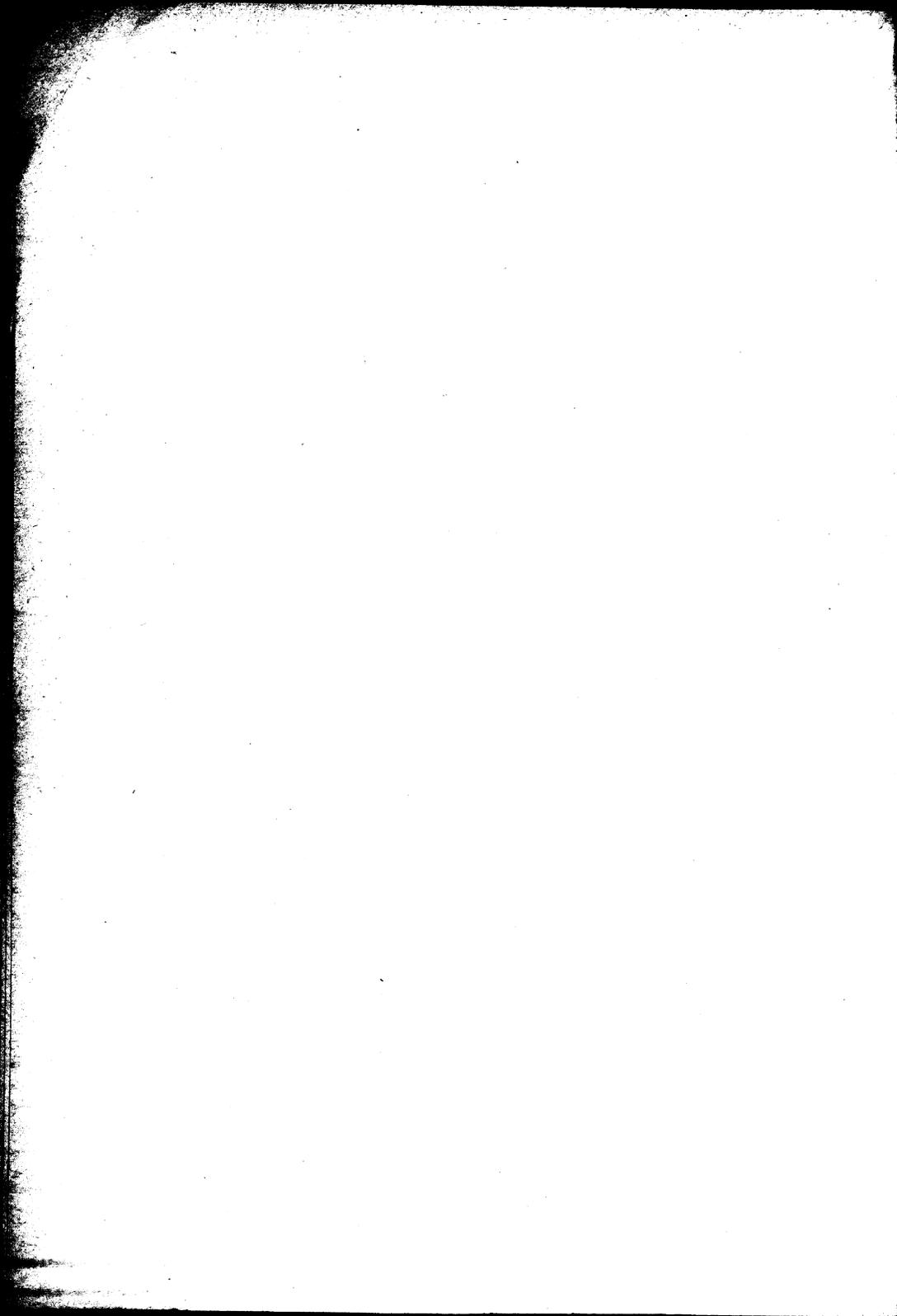
## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### Miembros Honorarios

1. DR. D) TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

## Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

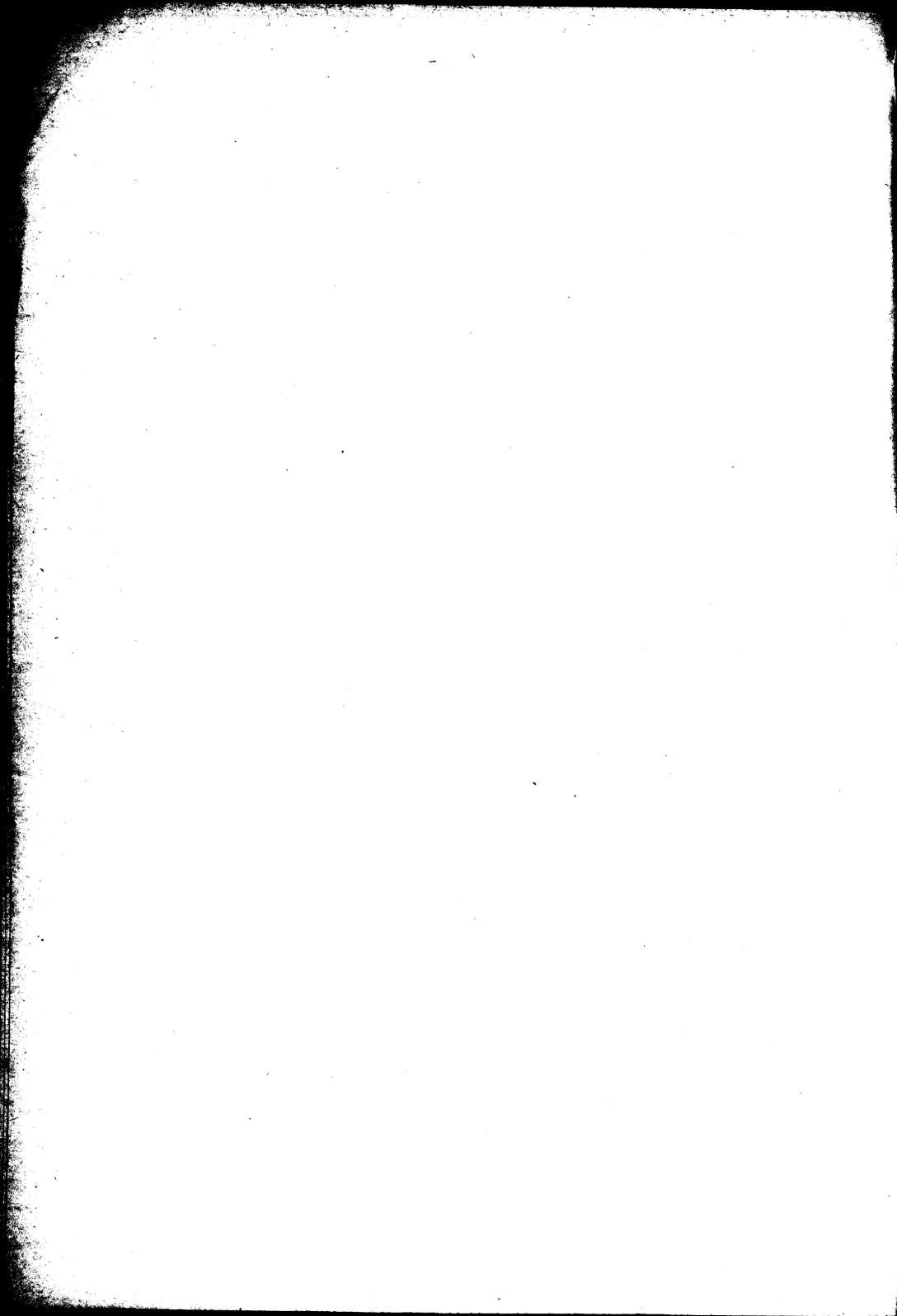
## Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
\* D. ELISEO CANTON  
\* D. ANGEL M. CENTENO  
\* D. DOMINGO CABRED  
\* D. MARGAL V. QUIROGA  
\* D. JOSÉ ARCE  
\* D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
\* D. DANIEL J. CRANWELL  
\* D. CARLOS MALBRAN  
\* D. JOSÉ F. MOLINARI  
\* D. MIGUEL PUIGGARI  
\* D. ANTONIO C. GANDOLFO (Supl.)  
\* D. FANOR VELARDE  
\* D. IGNACIO ALLENDE  
\* D. MARCELO VIÑAS  
\* D. PASCUAL PALMA

## Secretarios

DR. D. CASTRO ESCALADA

DR. D. JUAN A. GABASTOU



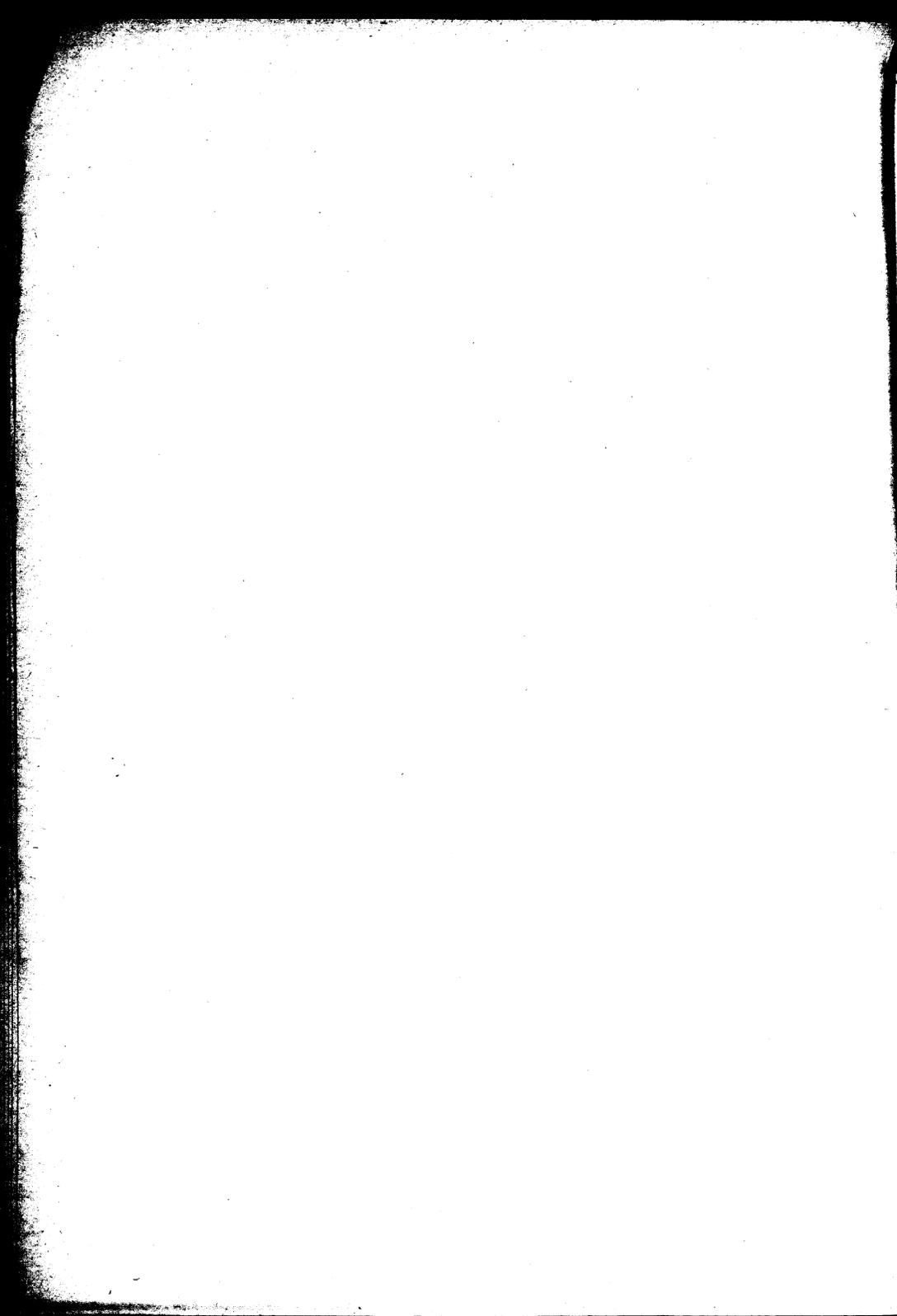
# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ESCUELA DE MEDICINA

### PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- „ JUVENCIO Z. ARCE
- „ PEDRO N. ARATA
- „ FRANCISCO DE VEYGA
- „ ELISEO CANTON
- „ JUAN A. BOERI
- „ FRANCISCO A. SICARDI

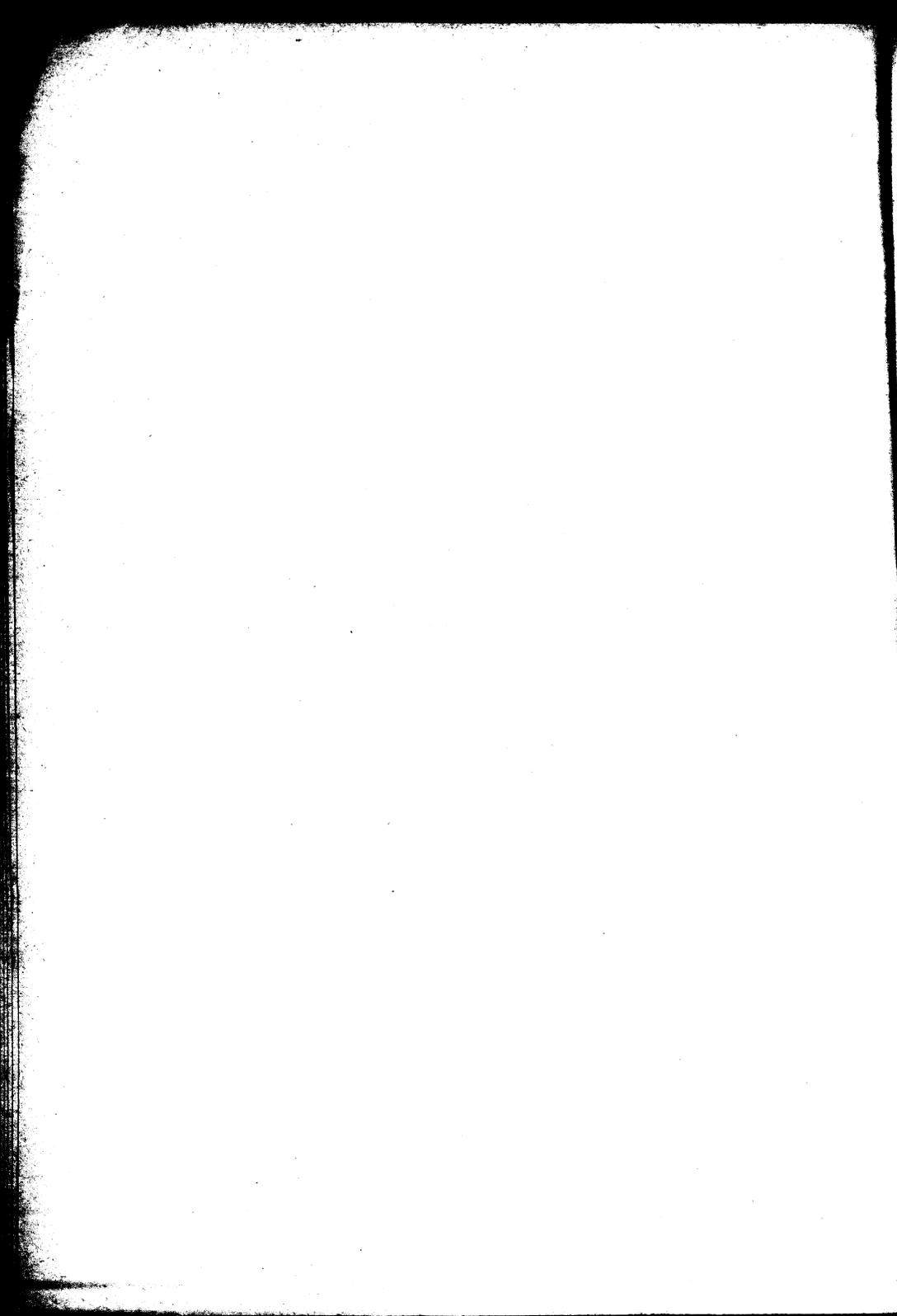


# ESCUELA DE MEDICINA

---

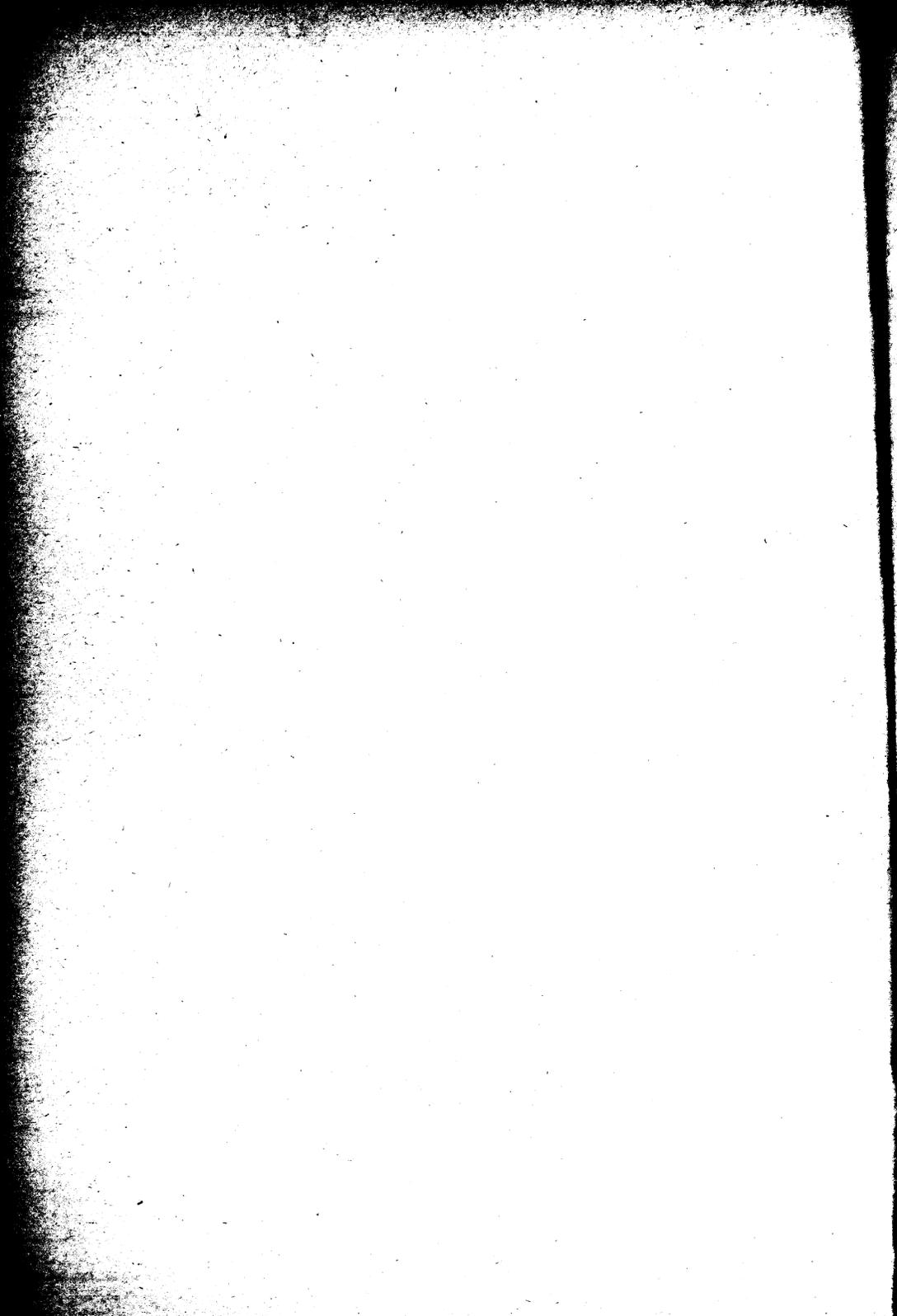
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URJARTE
	» ALOIS BACHMAN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING
» Dermato-sifilográfica...	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Génito urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clinica neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica...	» ELISEO V. SEGURA
	» JOSÉ T. BORDA
» Psiquiátrica.....	» BENJAMIN T. SOLARI



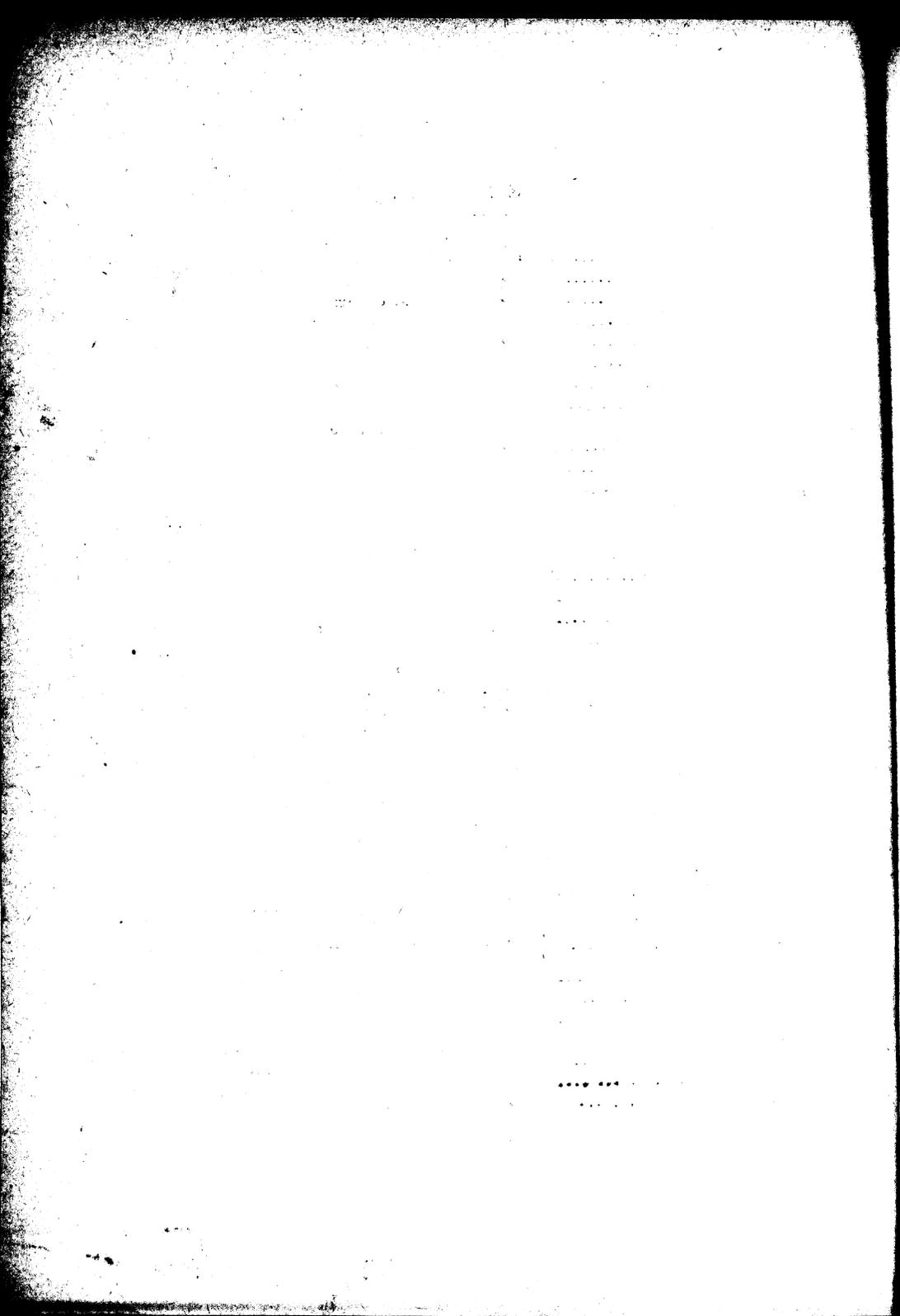
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica .....	Lr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica .....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva .....	» SILVIO E. PARODI
	» EUGENIO E. GALLI
	» JUAN JOSÉ CIRIO
	» FRANK L. SCLER
Fisiología general y humana .....	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
	» GERMAN ANSCHUTZ
Bacteriología .....	» SALVADOR MAZZA
Química Biológica .....	» BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica .....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos ..	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITON
Anatomía Patológica .....	» JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia .....	» ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria .....	» JOSE MORENO
	» ENRIQUE FINOCHIETTO
	» CARLOS ROBOTSON
	» FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa .....	» CASTELFORT LUGONES
	» ENRIQUE M. OLIVIERI
	» ALEJANDRO CEBALLOS
Clinica Dermato-sifilografía .....	» NICOLAS V. GREGO
	» PEDRO L. BALISA
	» FERNANDO R. TORRES
" Epidemiológica .....	» FRANCISCO DESTEFANO
" Oftalmológica .....	» ANTONIO MARCO DEL PONT
" Oto-rino-laringológica .....	» ADOLFO NOCETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
Patología Interna .....	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica .....	» ROBERTO SOLE
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (hijo)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO L. LANDIVAR
Clinica Neurológica .....	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
" Médica .....	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUSA
" Pediatría .....	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
" Ginecológica .....	» TORIBIO PICARDO
	» CARLO L. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGE
" Obstétrica .....	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal .....	» JAVIER BRANDAN
Clinica Psiquiátrica .....	» ANTONIO PODESTA
	» AMABLE JONES



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUBROA
Anatomía Descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana...	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CÁRLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos... }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica...	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génto-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica .....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica .....	» EDUARDO OVEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIOGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica .....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica .....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

#### *Primer año:*

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

#### *Segundo año:*

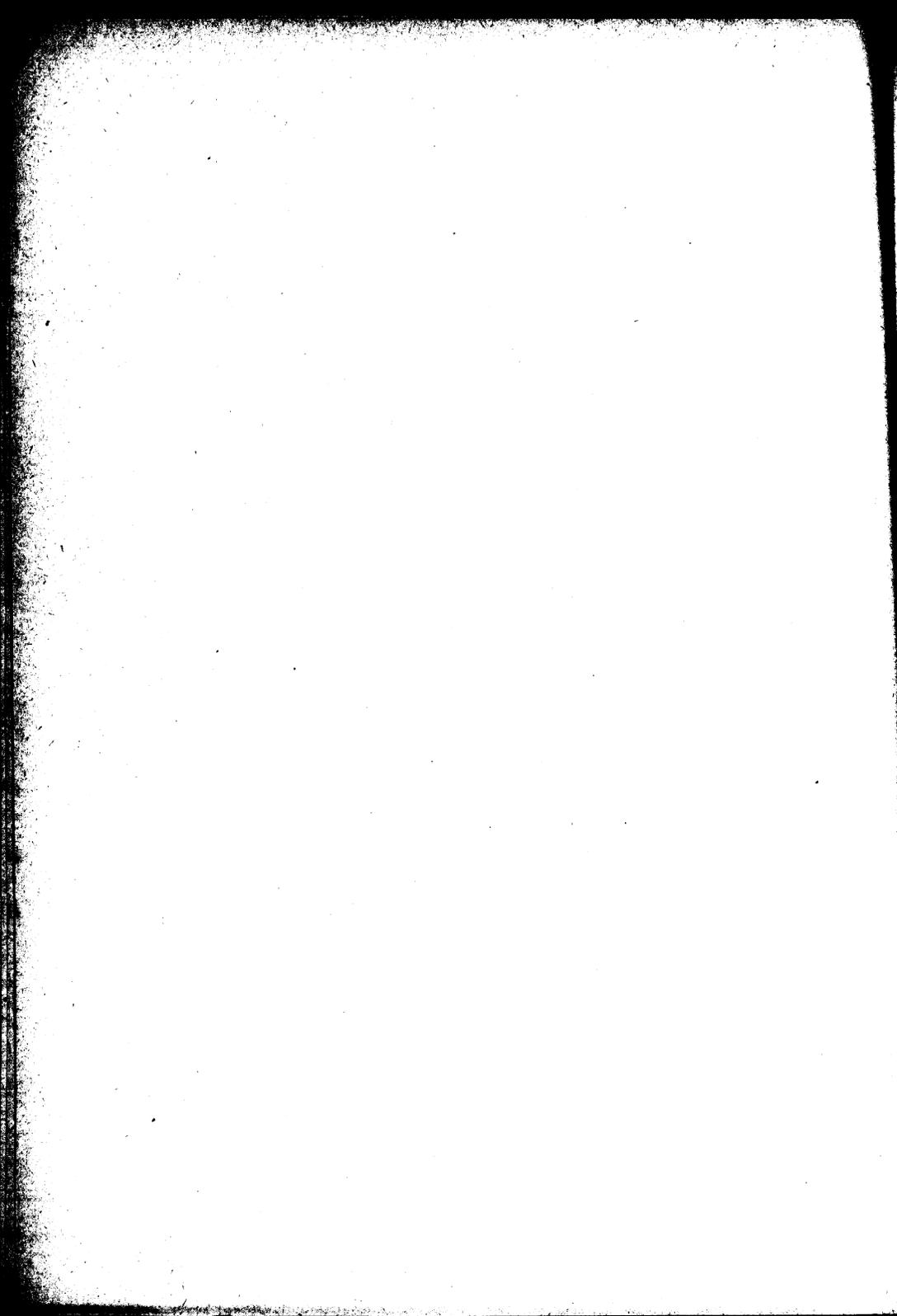
Parto fisiológico ..... • MIGUEL Z. O' FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... • FANOR VELARDE

Puericultura ..... • UBALDO FERNANDEZ

---



## ESCUELA DE FARMACIA

---

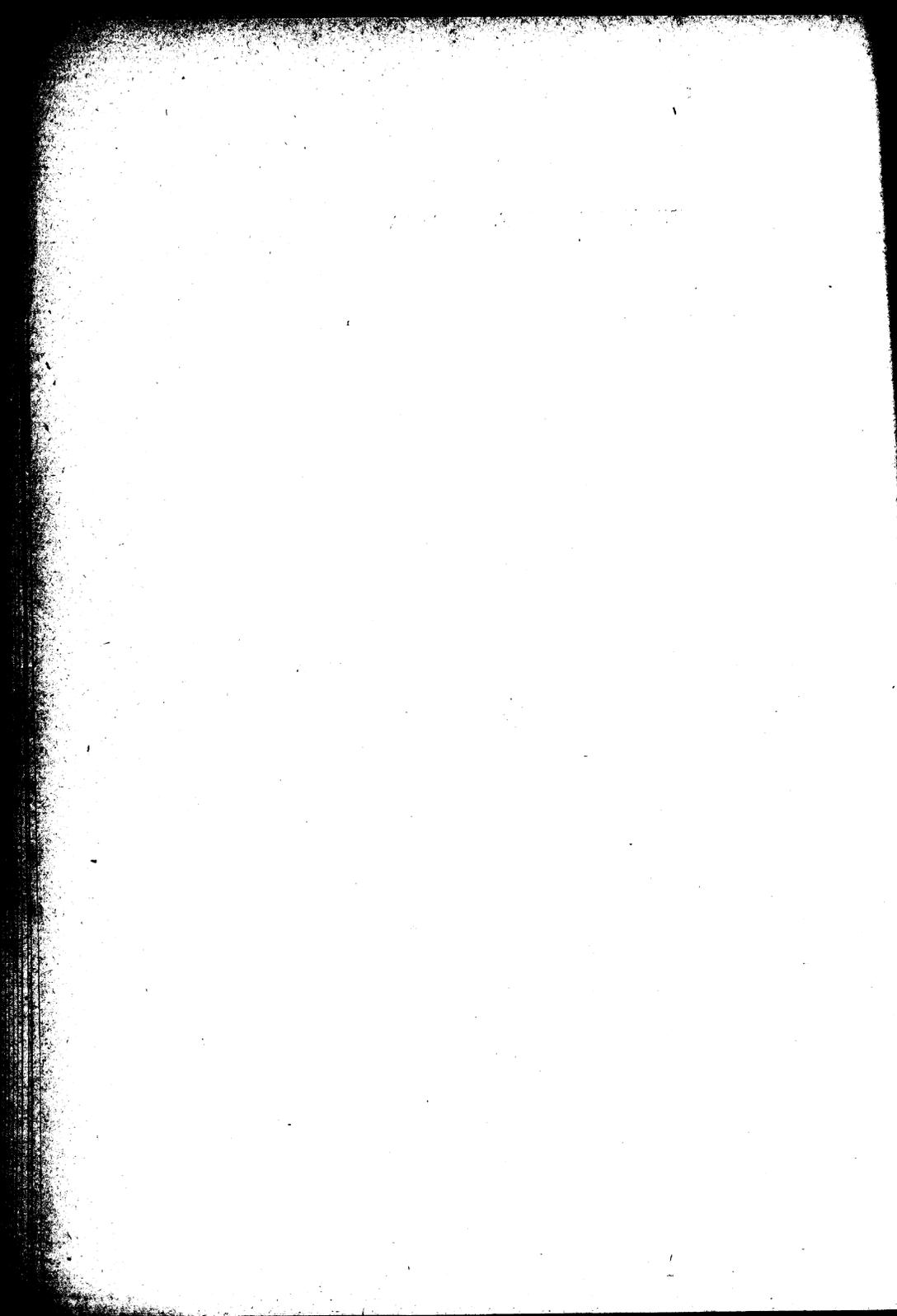
Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física Farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Mineralogía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (primer 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. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
.....	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
.....	» PASCUAL CORT
Química farmacéutica orgánica	Dr. PEDRO J. MÉSIGOS
.....	» LUIS GUGLIALMELL
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	DJ. JUAN A. SANCHEZ

## DOCTORADO EN FARMACIA

---

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complemento de matemáticas.....	_____
Mineralogía y Geología.....	_____
Botánica (2º curso) Bibliografía botánica argentina.....	_____
Química analítica aplicada (medicamentos) .....	Dr. JUAN A. SANCHEZ (sup. en ej.)
Química biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (bromatología).....	_____
Física general. ....	_____
Bacteriología.....	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal ..	» JUAN B. SEÑORANS

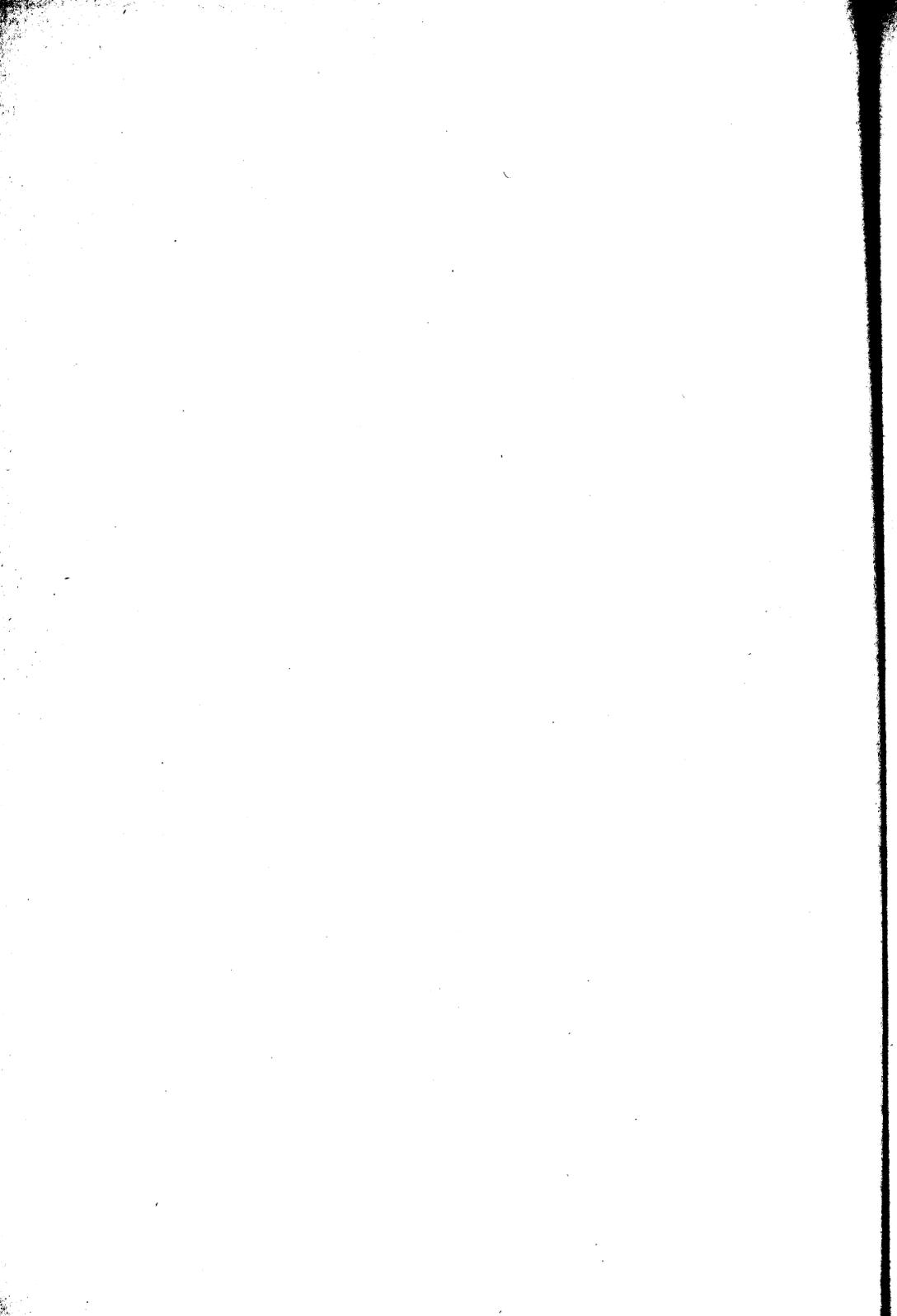


# ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año .....	• LEON PEREIRA
3er. año .....	• N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

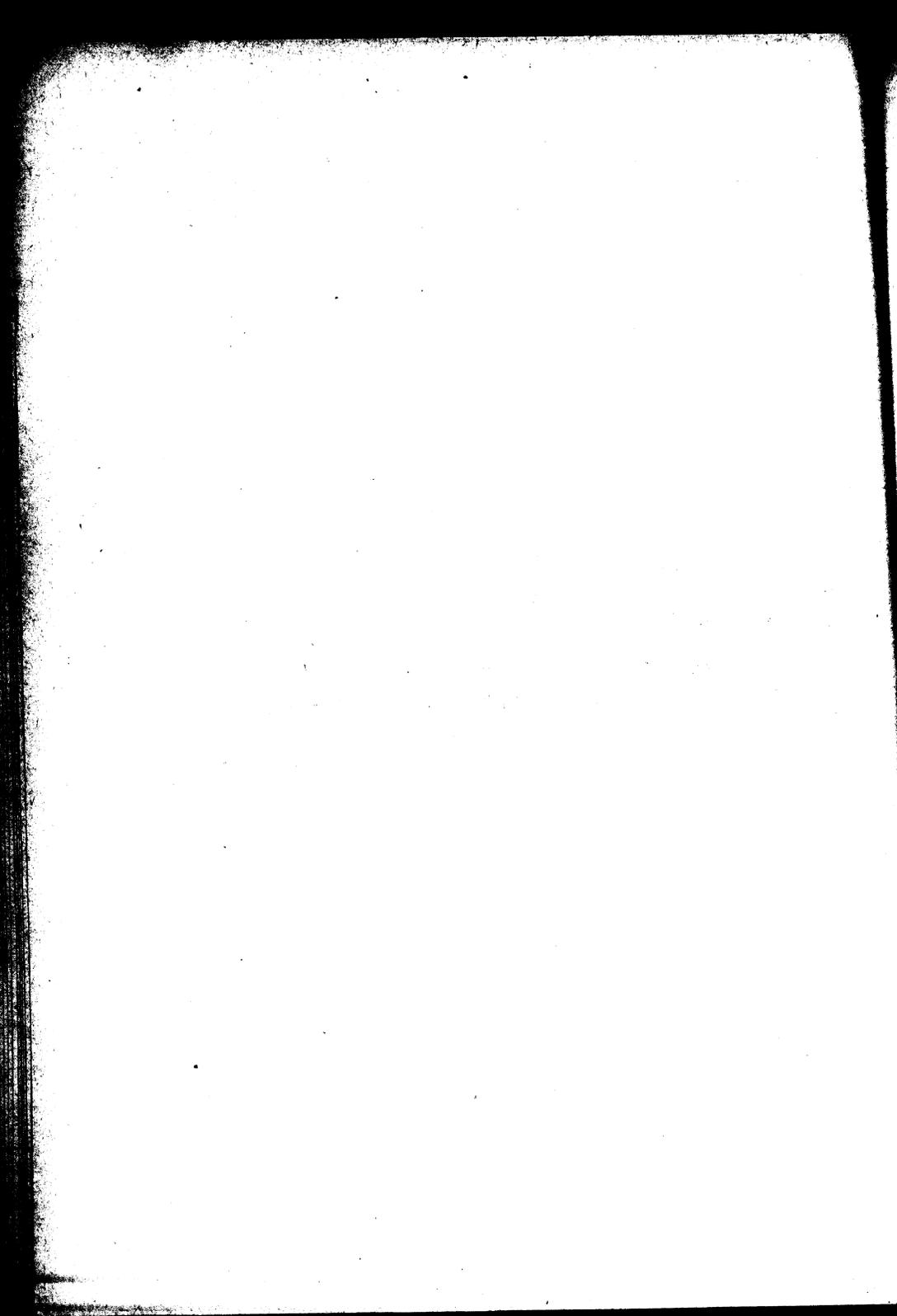
DR. D. ALEJANDRO CABANNE  
DR. TOMÁS S. VAREMA (2.º año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)  
SR. D. CIRO DURANTE AVELLAL (1er año)



**Padrino de tesis:**

**Dr. J. JACOBO SPANGEMBERG**

**Profesor suplente de Clínica Médica—Jefe de la Sala XIX del Hosp; T. de Alvear**



A MIS PADRES

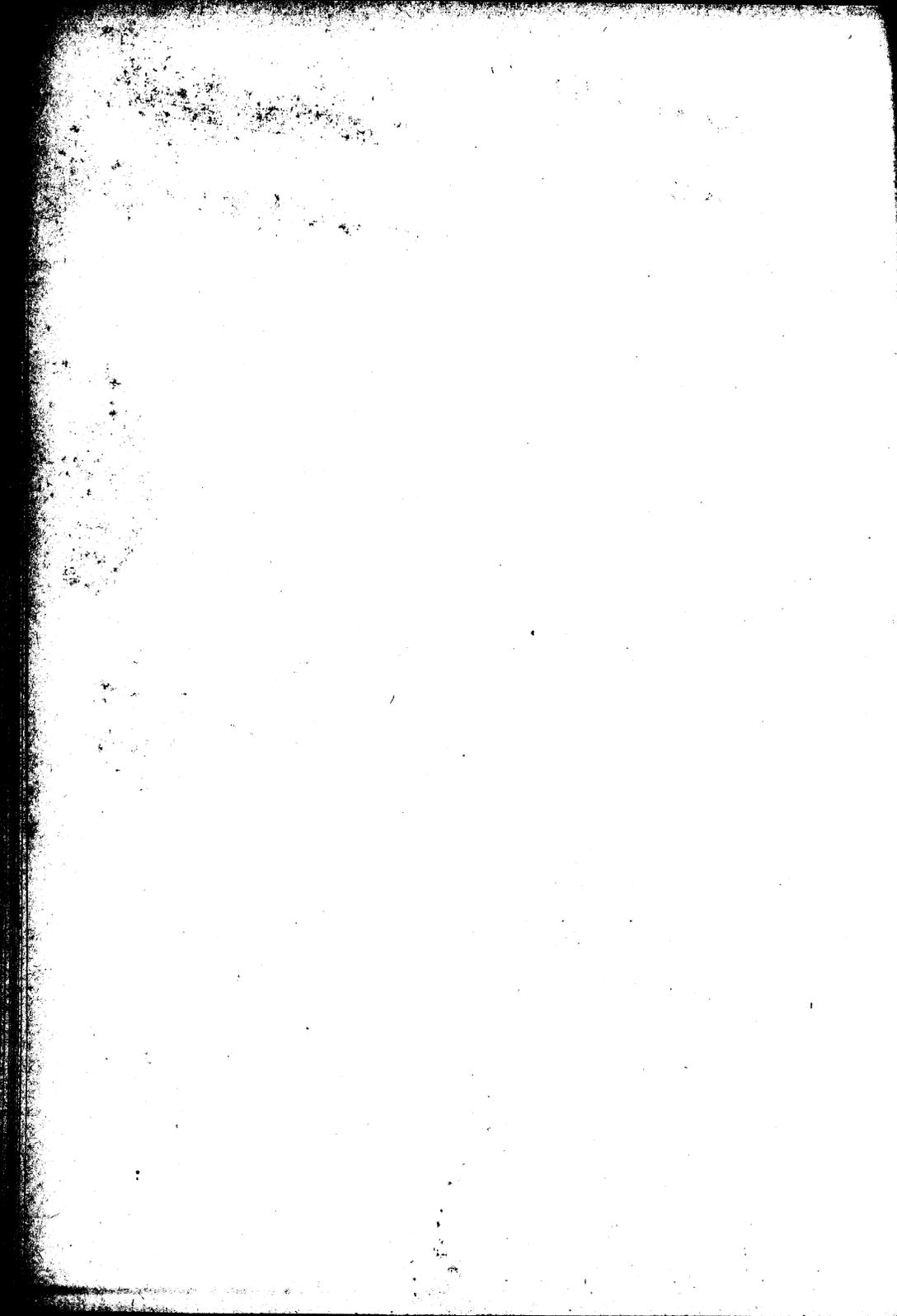


A MIS HERMANAS

A MIS HERMANOS

THE  
ROMAN CATHOLIC

A LOS MIOS



A MIS ÍNTIMOS AMIGOS

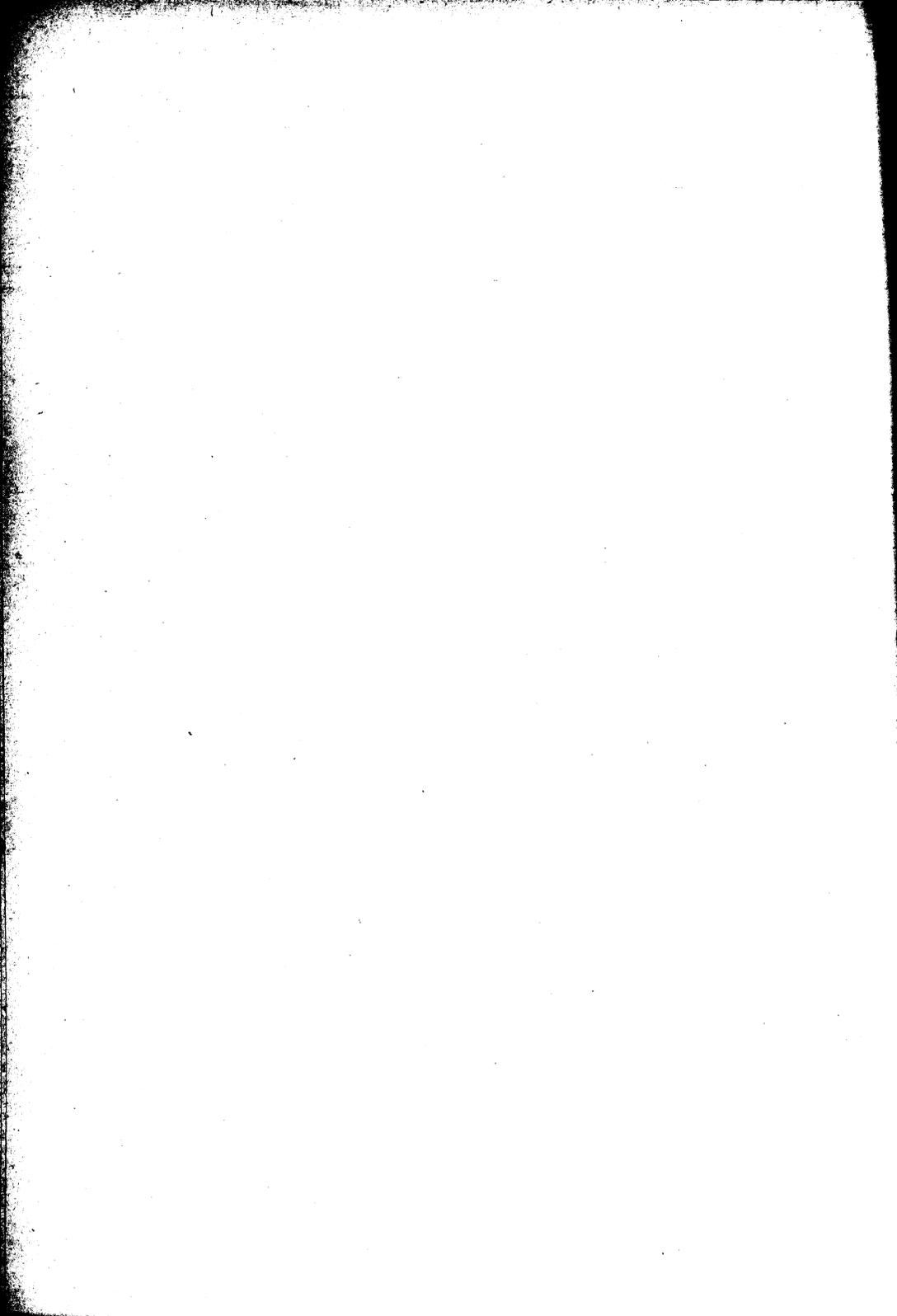
Dr. ARTURO J. VITALE

Dr. MARCELINO CAMPANA

Sr. ORLANDO PELUFFO

Sr. GUILLERMO J. VELAZQUEZ

Dr. CARLOS ROSSI BELGRANO



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Pláceme presentar a vuestra consideración el presente trabajo, sobre Bronquiectasias sifilíticas, cumpliendo así, con un precepto reglamentario de la Facultad.

Es él, un "trait d'union" entre mi vida universitaria y profesional.

Fuera ingrato si no hiciera público mi íntimo reconocimiento hacia todos aquéllos, que con su cotidiano ejemplo y sabias enseñanzas, contribuyeron a modelar mi carácter y a formar al profesional de hoy.

Al doctor J. Jacobo Spangenberg, culto caballero, distinguido profesor de nuestra Facultad, quien me dispensa el alto honor de acompañarme como padrino y del que he recogido tantos conocimientos.

Al doctor José A. Viale, director del Hospital Alvear, a quien quedo reconocido por las múltiples atenciones que ha tenido para conmigo.

A mis maestros, mis ex jefes de sala doctores Ricardo A. Nolting, Roberto Solé, Oscar Copello, Bernardo Houssay, Carlos Bonorino Udaondo, Toribio Piccardo, Ricardo S. Gómez, Máximo Casteigts, F. San Martín, Guillermo Valdez de quienes recibí al mismo tiempo que útiles enseñanzas, finas atenciones.

A los doctores Benjamín Aquino y Miguel Angel Marini, quienes contribuyeron al feliz término de esta tesis cediéndome gentilmente sus observaciones clínicas.

Igualmente, reconocido a los médicos, jefes de guardia, los que más que superiores fueron siempre camaradas y buenos amigos, los doctores Fernando Coni Bazán, Hamilton Cassinelli, Roberto Acosta y Adelio Barceló del Hospital Alvear y doctores Pedro Groppo, Diego Arguello y Alberto Musante de la Asistencia Pública de La Plata.

A mis amigos.

## HISTORIA

La demostración de la existencia de localizaciones brónquicas de naturaleza sífilítica es, puede decirse, de reciente data.

Si bien es cierto que ya en 1493 Paracelso consideraba el mal venéreo capaz de producir hidropesías, exantemas y tisis y que, poco después, Pinetor sospechaba lesiones neúmicas de origen específico, se necesitó que transcurrieran muchos años para sentar sobre bases sólidas la historia de la sífilis del aparato respiratorio.

Posteriormente a los autores citados muchos fueron los que describieron y observaron casos de tisis venérea, hasta que Laennec demostrando la unidad anatómica de la tuberculosis dió en tierra con dicha afección y desde entonces fué clásico negar la sífilis como agente de lesiones pulmonares y aceptarlas como tuberculosas.

Sin embargo, no se tarda mucho en darse cuenta que si los autores del siglo XVII y XVIII habían

exagerado la importancia de la sífilis como productora de neumopatías, no era menos cierto que los entusiastas defensores de la teoría de Laennec habían incurrido en análogo error.

Pronto aparecen observadores que no aceptan la teoría del célebre autor del “Tratado de auscultación” y durante el siglo XIX con conocimientos anatómicos y clínicos más científicos y precisos, con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Koch, con los trabajos de Villemin, etc., se establece claramente la diferenciación entre la antigua tisis tuberculosa, hoy llamadas sífilis pulmonar y tuberculosis pulmonar respectivamente.

De manera, pues, que desde el punto de vista de las localizaciones neumáticas, con los progresos de las ciencias médicas, surge una teoría ecléctica que se opone a las otras dos absolutistas y toma de ellas lo que realmente tenía valor científico.

Veamos ahora que evolución han seguido las lesiones brónquicas, objeto principal de nuestro trabajo. Pasaremos, pues, revista a los principales estudios hechos por diversos autores que relatan observaciones de dilataciones brónquicas en el mamón, niño y adulto.

En el adulto fueron descriptas las ectasias brónquicas en el año 1825 por Laennec en un memorable trabajo. Más tarde es puesta en evidencia por las sucesivas observaciones de Andral, Cruveilhier,

Barth, Corrigan, Gombault, etc., que las atribuyen a diversos agentes que luego describiremos al ocuparnos de la etiopatogenia.

Pero es la escuela Lyonesa la que se caracteriza por el ardor con que defiende y demuestra la presencia de bronquiectasias, no ya provenientes de un sinnúmero de factores, como los descritos por los autores antes citados, sino de origen indudablemente sífilítico. Y merecen citarse al respecto los clásicos trabajos de Tripier en 1904 en su tratado de anatomía patológica; de Beriel en 1907 en su libro "Sífilis del pulmón"; Abecassis en 1910 y Mas-sia en 1911 en sus respectivas tesis de doctorado de la Facultad de Lyon, Jarné y Laurent en 1910; Dujol y Bouchat en 1912; Cade y Jambon en 1914 en meritorios artículos publicados en diversas revistas científicas de origen francés.

Por lo que respecta a los mamones fueron Hiller, Balzer y Grandhomme, los que mejor observaron casos de ectasias brónquicas en sujetos manifiestamente heredosifilíticos, sospechando desde el primer momento el origen específico de la afección.

Actualmente ya no se discute el origen luético de las bronquiectasias de los mamones, pues, está plenamente demostrado por investigaciones anatómicas, bacteriológicas, resultado positivo de la reacción de Wassermann, la presencia de estigmas de

heredosífilis y la constatación de treponemas en abundancia hechas por Levaditi.

Fué necesario que transcurrieran algunos años para que se admitiera a la sífilis como agente etiológico de las bronquiectasias del niño de tres a quince años, que eran atribuidas lo mismo que en el adulto a bronconeumonias, pleuresias, cuerpos extraños incluidos en un bronquio, coqueluche, ganglios hipertrofiados estenosantes, etc.

Es a Hutinel a quien cabe el honor de haber sido el primero que demostrara de un modo irrefutable el rol de la infección luética como causa productora de ectasias bronquiales relatando observaciones en donde existían signos indiscutibles de heredosífilis con reacción de Wassermann positiva y en las que el tratamiento mercurial dió excelente resultado, allí donde fracasaron todos los tratamientos clásicos.

En la República Argentina, varios autores se han ocupado del tema que tratamos y han presentado observaciones de dilataciones bronquiales de naturaleza manifiestamente sifilítica.

Así, el doctor A. Candiani al ocuparse en su tesis del doctorado del año 1915 sobre "La bronquiectasia en la infancia", relata un caso estudiado en el servicio del profesor doctor Angel M. Centeno, del Hospital Nacional de Clínicas, que es indiscutiblemente de etiología sifilítica.

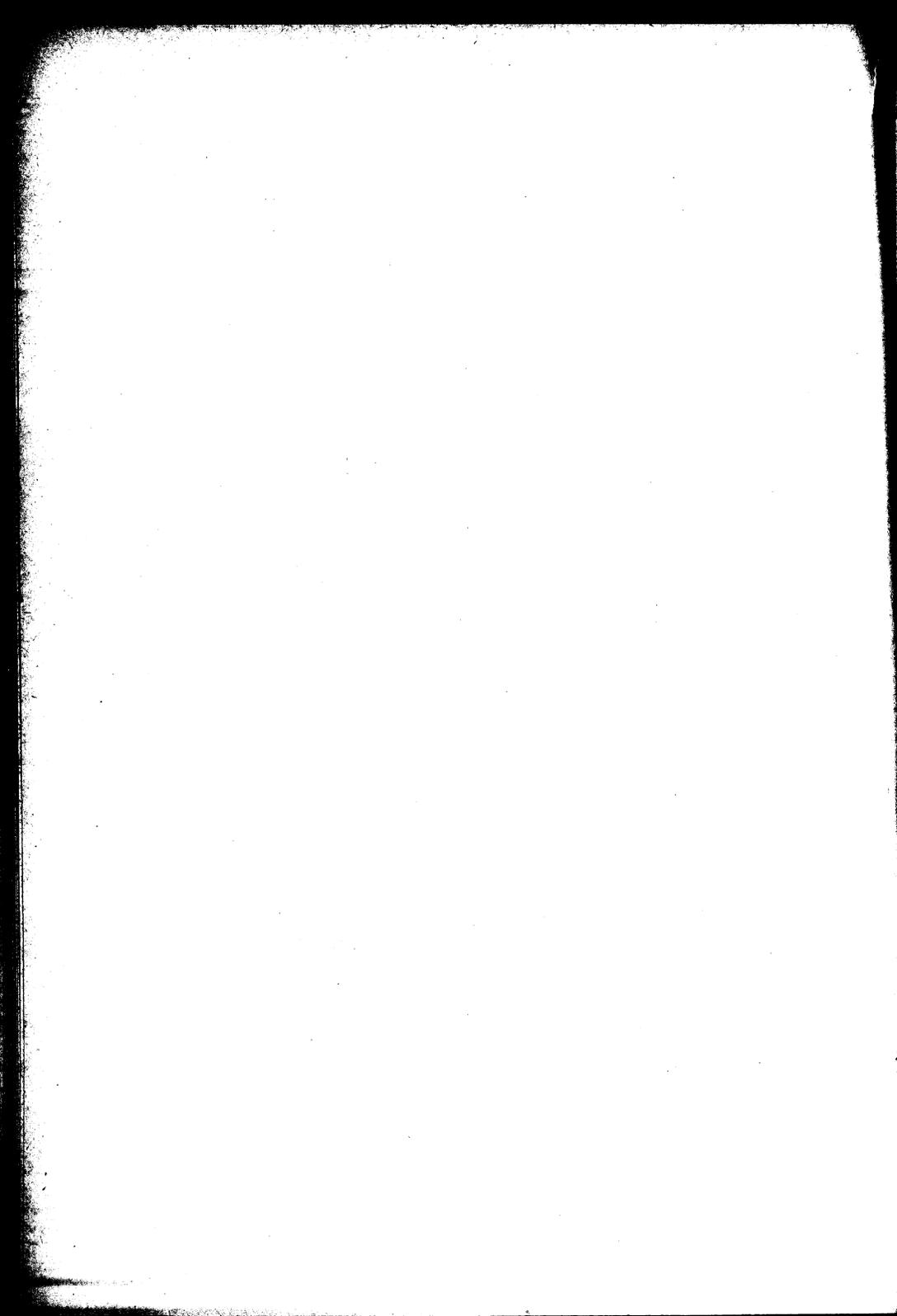
El doctor Fernando Schweizer, Profesor sus-

tituto de Pediatria, también describe en la "Rivista di Clínica Pediátrica" otro caso, que es tratado por el Salvarsan y obtiene franca mejoría.

El doctor Benjamín Aquino, en su servicio del Hospital Alvear, observa otros dos casos no ya en el niño como los anteriores, sino en el adulto, uno de los cuales sigue actualmente tratamiento mercurial, con lo que ha experimentado sensible disminución de todos sus síntomas y cuya historia clínica publicamos en la presente tesis.

Así mismo, entre nuestras observaciones clínicas, insertamos una del doctor Miguel Angel Marini, interesante por su difícil diagnóstico en el cual coincidiendo con una sintomatología de tuberculosis pulmonar no había ningún antecedente de carácter específico.

Por último el Profesor Suplente doctor Jacobo-Spangenberg en su libro "Sífilis pulmonar", refiere en la página 315, una observación hecha en su servicio del Hospital Alvear, también como las anteriores de origen luetico con reacción de Wassermann positiva pero sin que el tratamiento específico instituido trajera alguna mejoría. Muerto el enfermo se verifica la autopsia y se constata además de una esclerosis generalizada, los bronquios de ambos pulmones dilatados, sobre todo en el vértice. Otro caso de su servicio presentamos también en este trabajo.



## ETIO - PATOGENIA

Desde Laennec que fué como ya sabemos el primero que se ocupó de bronquiectasias, pero que hizo sobre todo su estudio clínico y que invocó como factor productor a la acumulación de mucosidades en los bronquios, hasta nuestros días, muchas han sido las teorías que se han expuesto para dar una satisfacción más o menos clara a dicha afección.

Sin embargo, las distintas opiniones de los autores pueden clasificarse en tres grandes grupos que podrían denominarse: teoría bronquial, pulmonar y pleural, es decir, que hacen intervenir como causante de la enfermedad a un factor brónquico pulmonar y pleural respectivamente.

Broussais culpaba a los esfuerzos de tos continuados y violentos como causa productora de ectasias brónquicas y Reynaud habla de un mecanismo de suplencia, de equilibrio respiratorio, según el cual los bronquiolos se dilatan en un parenquima pulmonar densificado.

Para Stokes se trata de una parálisis de los músculos de Reissesen consecutiva a la inflamación de la mucosa brónquica.

Cruveilhier, Balzer y Bamberger, opinan que se trata de una verdadera destrucción de la túnica muscular. Hanot, Gilbert, Levy, etc., sostienen a su vez que son lesiones inflamatorias generalizadas a toda la pared del bronquio.

La presencia de cuerpos extraños es inculpada por muchos otros autores. Detrás del obstáculo, que pueden ser carozos, piedras pequeñas, botones, etc. se acumulan mucosidades favoreciendo la infección con la éstasis que provocan. En algunos casos puede producirse la supuración en el punto de contacto de la pared con el cuerpo extraño, formándose entonces un absceso pulmonar que se evacua, eliminándose con él, el obstáculo, pero que deja después de esta supuración aguda, una supuración crónica del bronquio que se deja dilatar porque va perdiendo poco a poco su resistencia y elasticidad.

Las bronquitis simples, no son capaces por ellas mismas de dilatar al bronquio pues necesitan que el tejido pulmonar vecino esté atacado y que por consiguiente disminuya su resistencia.

La teoría concebida por Corrigan y defendida por Leys y Leudet hace intervenir a la cirrosis pul-

monar con su retracción producida por los islotes de tejido pulmonar esclerosados.

Muchos otros, opinan que la causa más común, es la bronconeumonía pero no aquellos banales a evolución muy rápida que no llegan a desorganizar muy profundamente a la pared brónquica sino aquellas a marcha subaguda con un período evolutivo muy largo. En éstas, tanto el parénquima pulmonar como el tubo bronquial están considerablemente modificados y si entonces sobrevienen frecuentes accesos de tos quintosa durante un cierto tiempo, el bronquio cede y se dilata.

El sarampión, la fiebre tifoidea, coqueluche, viruela, gripe, etc., complicadas con bronconeumonía producen con cierta frecuencia dilataciones brónquicas.

En el adulto, varios autores dan gran importancia a cierta forma de tuberculosis pulmonar, en la que el tejido fibroso retractil dilata excéntricamente los bronquios.

La estrechez del calibre de los bronquios causada por la hipertrofia de los ganglios traquebronquiales sirve de base a otra teoría sostenida con ardor por Bamberger.

Barth es el primero que hace jugar un papel preponderante a la pleura y piensa que sus adherencias actuando excéntricamente sobre el pulmón y de una manera permanente vencen la elasticidad

y resistencia de los tubos de los tubos bronquiales.

Se ve, pues, cual ha sido la divergencia de los distintos autores, en la manera de interpretar y dar una satisfactoria explicación a la constitución de las bronquiectasias. Y si se tiene en cuenta que muchos otros no aceptan un agente exclusivo sino, como ya dijimos, la acción conjunta de varias causas, como Chareot por ejemplo, que da gran importancia a la bronconeumonía y admite una lesión del parenquima pulmonar y de la pared bronquial y otros que hacen intervenir a la vez lesiones pulmonares, pleurales y bronquiales, podrá darse cuenta del número de teorías que tratan de explicar las dilataciones brónquicas. Sin embargo, a cada una de estas opiniones se le han hecho objeciones serias y pocas quedán en pie.

La objeción fundamental que se les puede hacer a la teoría pleural y pulmonar es que, mientras las sínfisis pleurales, las neumonías crónicas, la esclerosis pulmonar, son afecciones frecuentes, las ectasias brónquicas, son por el contrario enfermedades raras.

Por otra parte, numerosos son los casos en que se encuentran reunidos todos los factores considerados como productores de las dilataciones brónquicas y sin embargo, éstas no existen. que aparecen bronquiectasias sin que se constate

Se observa también el caso inverso, es decir,

esclerosis pulmonar, neumonia crónica o sinfisis pleural.

Es de observación común la coqueluche, la brooneoneumonia, bronquitis inveteradas, etc., sin que se noten los menores síntomas de los bronquiectasias e inversamente, en muchos bronquice-tásicos no se pone en evidencia ningún antecedente que nos indique que las ya citadas afecciones hayan sido padecidas por ellos.

De manera, pues, que ninguna de todas estas patogénias satisfacen y resisten a un examen microscópico.

Estudiemos ahora a la sífilis como causa etiológica de las bronquiectasias.

Fué Tripier, quien con estudios anatómo-patológicos y clínicos de gran valor científico, llegó a la conclusión que día a día afianzan trabajos posteriores, que la sífilis es la causa productora de la mayoría de las dilataciones brónquicas.

Antes de que Tripier publicara su tratado, varios autores como ser Balder, Grandhomme, Hiller, etc., la habían inculcado a la infección sífilítica. Y Dielafoy sin aceptar el origen específico tampoco lo niega.

Pero todos estos trabajos fueron observaciones aisladas, hechos raros y antes de Tripier a ningún autor se le ocurrió generalizar y hacer de la sífilis el principal factor de las ectasias brónquicas

excluyendo sin embargo, a las dilataciones cilíndricas más o menos generalizadas a uno o los dos pulmones que se presentan a veces en los niños y más rápidamente en los jóvenes bajo la influencia de acceso de tos. Exceptúa, así mismo, a aquellas consecutivas a cuerpos extraños, a ganglios hipertrofiados y a las pequeñas dilataciones aisladas que se observan en vértices esclerosos cuyo origen no se conoce bien.

Tripier se basa para afirmar la naturaleza sífilítica de esta afección, en el estudio anatomo-patológico de la lesión que él considera como una neoformación, según luego veremos; en la coexistencia frecuente sobre un mismo pulmón de gomas, y bronquiectasias; en la presencia en el mismo sujeto de otras lesiones viscerales de naturaleza específica; en el conocimiento de un contagio venéreo sífilítico anterior.

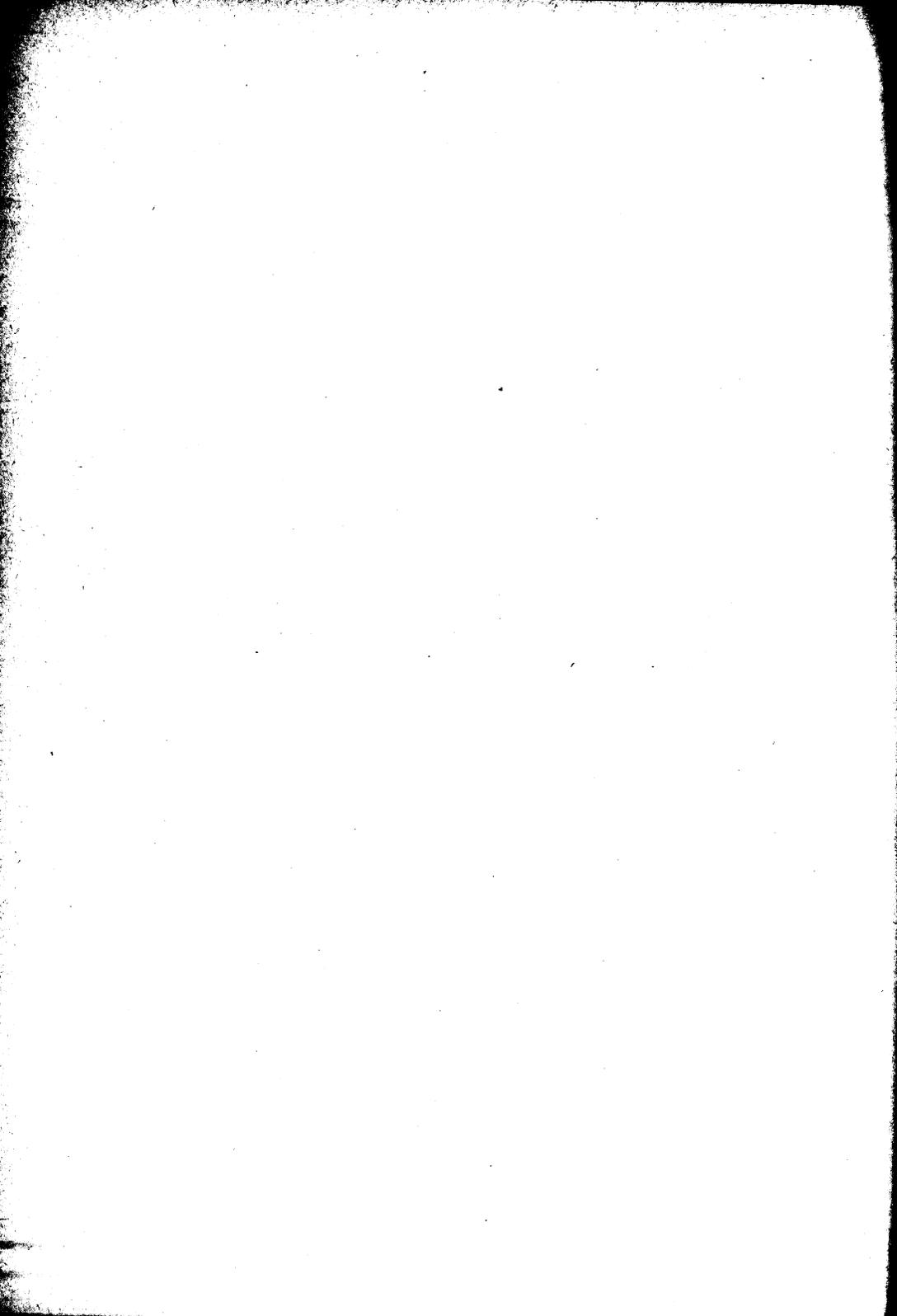
Las observaciones en que el paciente bronquiectásico había tenido sífilis o presentaba evidentes lesiones específicas o de *nourrisons* indudablemente heredosifilíticos se han multiplicado, y si bien es cierto que muchas veces es imposible descubrir pues, es necesario tener en cuenta, las veces en que las manifestaciones primarias y secundarias escapan a la observación del enfermo. Poco después la reacción de Wassermann aplicada sistemáticamente a enfermos de dilataciones brónquicas,

pone de manifiesto el rol de la infección sifilítica en muchos de ellos.

Y por último un argumento poderoso: el tratamiento.

Enfermos a quienes los medicamentos clásicos no producían mejoría alguna, curaban ante el tratamiento específico instituido.

En cuanto a la asociación de las ectasias brónquicas con lesiones viscerales específicas, es evidente, como lo atestigua Abecassis en su tesis de 1910 en la que reúne trece casos bien estudiados y en donde aparecen acompañándola en el mismo enfermo, unas veces aortitis, otras tabes, aneurisma de la aorta, hígado ficelé, etc.



## ANATOMIA PATOLOGICA

Los pulmones de los enfermos atacados de bronquiectasia sifilítica presentan el mismo aspecto a la apertura del tórax que los de las otras variedades de ectasias brónquicas, es decir, que aparecen adherentes a la pared torácica, congestionados en las bases y enfisematosos en las partes anteriores.

Al corte, ha sido comparado por Rillet y Barthez al queso Gruyere, por otros a una esponja, a un pulmón de batracio. De las múltiples cavidades que presenta, sale una secreción mucopurulenta de color grisáceo o bien amarillo, de un olor especial y en cantidad más o menos grande.

Si las cavidades son grandes, pueden confundirse con cavernas tuberculosas o hidáticas, siendo muchas veces imposible por el examen simplemente microscópico y sobre todo si las ectasias brónquicas son poco numerosas, establecer una diferenciación neta entre unas y otras.

El que las ectasias brónquicas sean por lo general varias, no es carácter distintivo, pues las cavernas pulmonares lo mismo que las hidáticas, pueden ser múltiples. En cuanto a la localización, tampoco es un carácter diferencial porque las cavernas hidáticas se ubican en cualquier parte y las tuberculosas, si bien es cierto que tienen predilección por el vértice, no por eso es menos verídico que se conocen muchos casos de localización en la base.

Es necesario por lo tanto, recurrir al examen microscópico para poder afirmar que se trata de bronquiectasia y reconocer su origen.

Tripier, a quien en el curso de este trabajo ya hemos citado varias veces, fué el primero que se ocupó en hacer un estudio amplio y detallado de la lesión.

Hecho el examen histológico de las cavidades, por lo general múltiples que se presentan bajo el aspecto de un tejido angiomatoso, esponjoso, se constata que están tapizadas por un epitelio cúbico característico y que la pared está formada por un tejido fibroso muy vascularizado en donde los vasos adoptan la misma disposición que en los bronquios, de tal manera que no se titubea en considerar a dichas cavidades como bronquios, que, gracias a la esclerosis han perdido sus tejidos muscular y elástico explicándose por dicha razón las dilataciones más o menos irregulares que presenta.

Si se examina comparativamente la constitución de la pared de un grueso bronquio que aboca a una cavidad y la de ésta, se puede apreciar el distinto proceso sufrido.

El bronquio es asiento de una hiperplasia celular y de una esclerosis pronunciada con reproducciones vasculares muy acusadas, pero con persistencia de todos los tejidos constitutivos de la pared bronquial y a veces con hipertrofia e hiperplasia del tejido muscular.

La mucosa epitelial no presenta la transformación cúbica que se encuentra en la ecé.

Para Tripier, estas cavidades, revestidas de epitelio cúbico con paredes escleroadas, muy vasculares sin vestigios de tejidos elástico y muscular, sin cartílagos ni glándulas, son neoproducciones brónquicas y alveolares con una hiperproducción celular muy pronunciada tomando una disposición semejante al tejido normal.

Dicho autor sostenía que se trataba de una neoplasia de naturaleza benigna por sus caracteres típicos y por su no generalización con desarrollo general continuo, sin ninguna tendencia a la curación y que las bronquítis, pleuresías y esclerosis pulmonares no alcanzan a explicar. Agregando a todos estos factores el parecido que existe entre las lesiones néumicas acompañadas de dilataciones

brónquicas y la neumonia blanca de Virchow de los recién nacidos, de naturaleza francamente sifilitica, concluye sosteniendo el origen específico de la afección.

## SINTOMATOLOGIA

Muchas veces las dilataciones brónquicas evolucionan sordamente, no dejando traslucir ningún síntoma que llame la atención y en estos casos sólo son hallazgos de autopsias. Sin embargo, no es esto lo común y en general la afección se nos presenta con caracteres perfectamente definidos que permiten sospecharla.

Estudiaremos primeramente su sintomatología en el adulto.

Con un estado general relativamente bueno, con temperatura variable, aparece un síntoma fundamental, que adquiere gran importancia: la expectoración. Esta es de un color sui géneris, sin ser muy fétida; llama sobre todo la atención por su cantidad.

A la mañana, al despertar, con el cambio de posición, el enfermo es atacado de una tos quintosa y echa ciento cincuenta, doscientos y más gramos de esputos mucopurulentos que se habían acu-

mulado en los bronquios durante la noche anterior. En el transcurso del día esta evacuación, que es una verdadera vómica, se repite durante varias veces alcanzando a llenar una y varias salvaderas.

Los esputos son mucopurulentos, espesos, de color verdoso, puriformes. Se distribuyen en tres capas: una superior espumosa, aereada, una media, semi líquida; y la inferior puriforme compuesta de glóbulos de pus, microbios, leptotrix y detritus granuloso. El microscopio demuestra la presencia en esta última capa, de cristales de ácidos grasos, de tirosina, leucina y a veces fibras elásticas.

La fetidez del aliento está ligada a la de los esputos, de la cual depende.

La tos, es otro de los fenómenos clínicos que llama la atención del médico y de las personas encargadas del cuidado del enfermo; está en relación con la abundancia de la secreción brónquica, a veces influenciada por la posición del enfermo. Es por lo general frecuente, emetizante, quintosa, más penosa a la mañana al despertar, en el momento de provocar la vómica.

La disnea varía de intensidad y está en relación con la complejidad de las lesiones y de los episodios agudos.

Las hemoptisis son relativamente frecuentes, variando en cantidad desde simples esputos teñidos en sangre hasta asemejar las hemoptisis bacilosas.

Suele encontrarse a veces, la deformación hipocrática de los dedos.

En cuanto al estado general, está la mayor parte de las veces en completo desacuerdo con los signos físicos y funcionales, pues el niño o adulto que espectora en gran cantidad y tose con frecuencia suele no tener temperatura o una elevación pequeña y gozar de un "embonpoint" que llama la atención.

Como síntomas físicos nótese: a la inspección, a veces, retracción de la pared toraxica de un lado, apreciable por la cirtometría y que se debe a adherencias pleurales.

A la palpación: las vibraciones están aumentadas en las bases, lo que se explica por la induración pulmonar que acompaña a las dilataciones brónquicas.

A la percusión: submatitez, matitez absoluta y timpanismo según los casos.

A la auscultación: se perciben rales húmedos, ronquidos y sibilancias, inspiración ruda, expiración prolongada. Con lesiones más avanzadas encontramos signos de cavernas, gorgoteo, soplos, pectoriloquia áfona, bruceofonia.

La radioscopia y la radiografía pueden ponernos en evidencia las ectasias bajo la forma de sombras más o menos oscuras que se aclaran después de la expectoración; pero estos datos son poco demostrativos y sólo sirven de complemento.

En el niño cercano a la pubertad se observa análoga sintomatología que en el adulto, pero en el niño pequeño existen ciertas diferencias, siendo una de ellas la manera de espectorar. Estos fraccionan la vómica y espectoran muchas veces al día deglutiendo los esputos, otras tantas, adquiriendo este síntoma gran importancia cuando se presenta en criaturas que por su edad no saben eliminar los esputos y los degluten.

La dilatación brónquica es una afección penosa, de larga duración, que lleva a un desgaste progresivo del organismo por las reabsorciones tóxicas que se hacen a nivel de ellas por las infecciones secundarias, etc.

El enfermo, por otra parte, está expuesto a serias complicaciones: poussés de bronquitis pleuresias purulentas, neumonías, gangrena pulmonar, pneumotorax, supuraciones a distancia, abscesos metastáticos del cerebro, endocarditis infecciosa y por último las perturbaciones circulatorias que después de cierto tiempo se producen, terminando muchos de ellos en asistolia. Las hemoptisis suelen ser también causa de muerte.

## DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

Al ocuparnos, en el capítulo anterior de la sintomatología, hemos pasado revista a los diversos elementos de juicio de que nos valdremos para llegar a un diagnóstico cierto de bronquiectasia pero sin basarnos en ellos para poder reconocer su origen.

El diagnóstico diferencial entre las bronquiectasias sifilíticas y las de otro origen, es por lo general difícil y a menudo es más un problema etiológico lo que hay que resolver y para cuya solución no son insuficientes los fenómenos clínicos observados.

Sin embargo, exceptuando algunas dilataciones brónquicas de la infancia que tienen etiología diversa y en las que juega papel muy importante la bronconeumonía; aquellos que se observan en el recién nacido y en el adulto asociadas o no a lesiones pulmonares, han sido desde tiempo atrás sospechadas como sifilíticas.

Los estudios de Lancereaux, Hiller, Apert, Ca-

de y Jambon, Homolle, Hutinel, Milhit, See y Salomón, Sokolowsky y Tripier lo prueban.

Cuando entre los antecedentes de nuestro enfermo observemos la presencia de la infección sifilítica, reacción de Wassermann positiva; una larga evolución de la afección compatible con un buen estado general; ausencia constatada repetidas veces de bacilos de Koch; cuando no descubramos ninguna otra afección anterior susceptible de producir bronquiectasias y darnos la clave del proceso y encontremos reunidos todos o la mayor parte de los signos físicos y funcionales característicos de la dilatación brónquica, estaremos en el derecho de sospechar la naturaleza luética de la enfermedad e instituir en consecuencia, el tratamiento específico, que impotente ante las esclerosis definitivas, pero mejorando la lesión en muchos otros casos, nos dará un nuevo elemento de prueba para afirmarnos en nuestro diagnóstico.

Existen una serie de afecciones que tienen con el proceso que nos ocupa cierto parecido clínico y es necesario eliminarlas después de un examen atento del enfermo para sentar sobre bases sólidas nuestro diagnóstico.

Estableceremos, pues, el distingo entre la dilatación brónquica y las enfermedades que por su sintomatología pudieran simularla.

El principal diagnóstico diferencial es el que

tenemos que hacer entre bronquiectasia y tuberculosis pulmonar, tanto más difícil, cuanto que no tenemos muchos signos que nos permitan hacerlo y que la existencia de una no excluye la otra. Sin embargo, podemos argüir que las cavernas bacilosas aunque también se les ha descrito localizadas en las bases, lo común es que se encuentren en el vértice.

La alteración del estado general mucho más precoz, la mayor temperatura, menor cantidad de expectoración sin fetidez; la presencia de bacilos de Koch en los esputos demostrada ya sea por el examen microscópico con los distintos métodos colorantes, por la antiformina o por la inoculación al chanchito de Indias, son argumentos que inclinarán la balanza hacia tuberculosis pulmonar.

Véamos otro proceso cuyo diagnóstico diferencial es de gran importancia: quiste hidático del pulmón.

Cuando aparece en los antecedentes, la observación de una o varias vómitas, con constatación de membranas hidatídicas o ganchos de tenias, el diagnóstico de quiste hidático de pulmón abierto en un bronquio está hecho y no ofrece por lo tanto ninguna dificultad. Pero no siempre ocurre así y por otra parte las dos enfermedades pueden coexistir como en un caso estudiado por los doctores Llamás y Schweizer. En el niño sobre todo es muy difícil en razón del fraccionamiento de la vómita y

la deglución de la espectoración, lo que haría en muchas ocasiones necesario la ejecución de un lavaje de estómago para poner en evidencia en el contenido estomacal, la presencia de membranas y de ganchos.

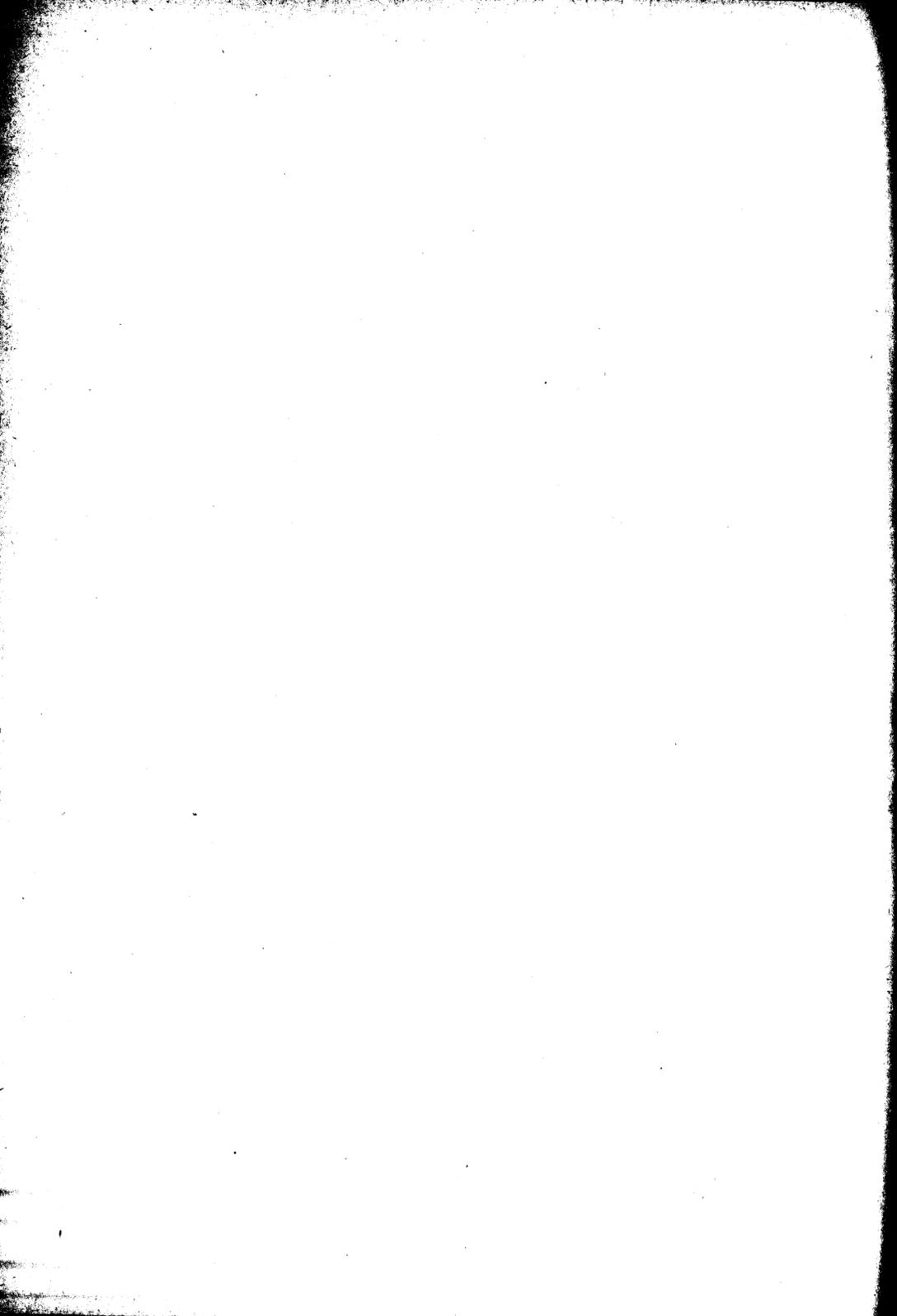
De manera, pues, que el examen cuidadoso y minucioso del enfermo, con la comprobación de cada uno de los síntomas nos hará inclinar hacia una u otra afección. Además el examen radiográfico puede permitirnos establecer cierta diferencia. Así mientras la imagen de la ectasia brónquica es indecisa y borrosa, la del quiste hidatídico es neta, de forma más o menos redondeada con líquido que se desplaza sacudiendo al enfermo.

El absceso del pulmón tiene una evolución aguda, mucho más rápida con gran temperatura, estado general malo, signos físicos funcionales pleuro-pulmonares de importancia y la comprobación de una supuración anterior, septicemia, abscesos, etc.

La complicación con una lesión supuratoria pio-neumotorax, pleuresia purulenta, etc. nos ponen sobre la vía del diagnóstico muchas veces. La vómica en estos casos, es francamente purulenta.

La gangrena pulmonar se distingue fácilmente de una bronquiectasia. Comienzo brusco, marcha aguda, puntada de costado violenta, aliento fétido francamente pútrido, estado general malo, etcétera.

La vónica pleural, interlobar, diafragmática o de la gran cavidad, simula muchas veces una dilatación brónquica, pero aquella va precedida por signos físicos y funcionales de pleuresia, hace su aparición bruscamente y es frecuentemente seguida de fenómenos cavitarios y neumotorax.



## TRATAMIENTO

El tratamiento de las bronquiectasias de origen específico es el de la sífilis.

De excelentes resultados en los casos agudos y algunos crónicos fracasa en muchos de éstos, pues ante la esclerosis constituida es impotente.

Nuestras historias clínicas que acompañan este trabajo así lo prueban. Por ellos vemos que enfermos ante los cuales todo tratamiento banal resultaba infructuoso, mejoraban una vez instituido el tratamiento específico, disminuyendo considerablemente la expectoración y desapareciendo poco a poco todos los síntomas físicos y funcionales.

El salvarsan y neosalvarsan han sido aplicados con resultado satisfactorio, combinando, como es natural, el tratamiento arsenical con el mercurial.

Puede decirse que el mercurio es la base de la medicación ya sea bajo la forma de sales solubles o insolubles.

Entre las solubles, ocupa un lugar preponde-

rante por lo extendido de su aplicación el bicianuro de mercurio a la dosis diaria de 0.01 ó 0.02 etgs. día por medio. Ha sido éste el tratamiento empleado en los enfermos de nuestras observaciones clínicas, combinándolo con el neosalvarsan.

Se emplean igualmente el bióxido de Hg, en inyecciones intramusculares, el oxicianuro de hidrargirio por vía endovenosa o subcutánea, el benzoato de mercurio preconizado por Gaucher; el bicloruro, bibromuro, salicilarsinato de Hg o Enesol, el hermofenil descubierto por Lumiere dado en inyecciones intramusculares de 1cc5 cada tres o cuatro días o sea 0.10 a 0.15 de hermofenil cada vez.

En cuanto a las sales insolubles son de uso corriente, el aceite gris al 40 o/o, inyecciones intramusculares semanales; el calomel hecho en las mismas condiciones que el anterior y a la dosis de 0,10 5 a 0,10 por vez; el salicilato de Hg básico empleado por Hallopeau; las fricciones mercuriales, etc.

Tratamiento es éste que no sólo debe limitarse a vencer la poussée aguda, sino que debe continuarse lo mismo que el de la sífilis cuatro y más años, como lo quiere el gran sifilógrafo Fournier.

## HISTORIA CLINICA Núm. 1

Enfermo E. P., 61 años. Español, soltero, empleado. Ingresa el 29 de Julio de 1906 a la sala XIX. C. 14 (servicio del Prof. Spangenberg) del Hospital Alvear.

Antecedentes hereditarios — Padres fallecidos. Ha tenido cuatro hermanos, todos fallecidos, de bronconeumonia, ataque cerebral y cáncer, otro de ellos.

Antecedentes personales — Fiebre tifoidea en su infancia; chancro y bubón a los 27 años. Ha estado después atacado dos veces de neumonia. Ha sido buen bebedor y fumador.

Enfermedad actual — Desde hace muchos años se siente enfermo con tos y espectoración; desde hace próximamente un mes el catarro se hace mucho más intenso, comenzando a sentir mucha fatiga. Ha disminuido en cuarenta días, doce kilogramos de peso. En tales condiciones ingresa al hospital.

Estado actual — Hombre de piel blanca, escaso pániculo adiposo; musculatura atrofica; esqueleto mediano. Cara, dilataciones capilares en los pómulos, algo demacrada. Ojos, conjuntivas rosadas, pupilas iguales, que reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Lengua literalmente subarral, húmeda; faltan casi todos los dientes.

Cuello — Nada de particular.

Tórax — Emaciado, simétrico, diámetros normales, respiración costo abdominal. No hay disnea.

Pulmones por detrás — Vibraciones: existen ligeramente aumentadas sobre la línea axilar posterior y región infraespinosa del lado izquierdo, normales en el resto. Respiración vesicular salvo en la región interescapulo vertebral izquierda donde existe una respiración soplante casi tubaria normal en el resto. Se auscultan rales húmedos en la base izquierda; lijera broncofonia sin eco tubario donde está el soplo. Resonancia normal de la voz en el resto.

Pulmones por delante — Sonoridad exagerada; la base del derecho 6°. espacio intercostal, espacio de Traube libre, respiración vesicular sin ruidos agregados; algo más fuerte en el lado izquierdo, sobre línea axilar anterior a la altura del mamelón.

Corazón — La punta late en el 4°. espacio intercostal línea mamilar; borde superior de la ter-

cera costilla; borde derecho esternal. Primer tono normal; reforzamiento del 2°. tono aórtico; no hay soplos. Aorta: se percute su borde derecho a 1 c. del borde esternal. Pulso: regular, igual; late a 80 por minuto. Arteria radial: dura y flexuosa.

Hígado — Se percute su borde superior a causa del enfisema, en el 6°. espacio intercostal. Su límite inferior está en reborde costal, línea umbilicar. No se palpa.

Bazo — No se percute ni se palpa.

Abdómen — Blando, depresible, no doloroso; nada de particular en estómago e intestino.

Riñones — No se palpan.

Miembros — Nada anormal.

Reflejos — Algo exajerados los tendinosos patelares.

Temperatura 36° 2.

Espectoración — Mucopurulenta; abundante a su ingreso al servicio llenaba tres saliveras.

Tratamiento — Espectorantes balsámicos. Ioduro y posteriormente inyecciones musculares (!)

Inmediatamente de iniciado el tratamiento mercurial,, comienza el enfermo a notar una evidente mejoría en su estado general y en particular de su afección al aparato respiratorio, traducida por la extraordinaria espectoración, que fué modificándose en rápidos pasos y a disminuir en evidente proporción.

La región interescapulo vertebral izquierda modifica un tanto sus síntomas: las vibraciones siempre aumentadas, pero a la tubaria reemplaza un soplo anfórico con resonancia y eco anfórico de la voz, al par que la percusión da timpanismo.

En estas condiciones el enfermo prolonga su estadía en el hospital, dado lo precario de su situación, para proseguir el tratamiento sifilítico que tales beneficios le había aportado.

Periódicamente pequeñas cogestiones intercurrentes, o bronquitis agudas castigaban sus pulmones.

Ultimamente su estado decayó bastante. Donde antes había timpanismo la percusión dió matitez absoluta, y el soplo anfórico fué reemplazado por una tubaria. Era evidente un proceso de hepatización pulmonar o de esclerosis. Su organismo decaía y la caquexia se manifiesta. Días antes de fallecer el enfermo se queja de atroces dolores en el abdomen, correspondientes a la línea media. La palpación de la aorta abdominal ahí donde se divide en las dos líneas es dolorosísima. Se diagnostica aortitis.

La necropsia de este enfermo confirmó ambos diagnósticos.

Bronquiectasia y esclerosis. En el pulmón y cerca de su vértice hay una dilatación bronquial del tamaño de una nuez rodeada de una zona de es-

clerosis pulmonar. El sistema bronquial en cortes longitudinales y transversales está dilatado uniformemente.

En la aorta abdominal en su porción terminal se constata placas de ateroma.

## HISTORIA CLINICA Núm. 2.

M. H., de 35 años, argentino, conductor de carros, soltero, ingresa a la sala VII, cama 38 del Hospital Alvear (servicio del doctor Benjamín Aquino) el 2 de Octubre de 1916.

Antecedentes hereditarios — El padre vive, atacado de una hemiplegia del lado derecho. La madre falleció a consecuencia de un accidente.

Antecedentes personales — Viruela a los 6 años. Hemorragia a los 15. Posteriormente ha tenido varias veces uretritis blenorragicas, acompañada una de ellas de orqui epididimitis blenorragica y chancros múltiples con infarto ganglionar de naturaleza inflamatoria. Hace tres años, tuvo un chancro en el surco balano prepuccial, seguido de infarto ganglionar indoloro. No ha tenido manifestaciones secundarias, según él. Buen bebedor. Buen fumador. No es constipado. No sigue régimen alimenticio especial.

Enfermedad actual — Data desde el 25 de Septiembre ppdo. en que experimenta gran decaimiento, fuerte dolor en el lado izquierdo del tórax, fenómenos que lo obligan a guardar cama. Esa misma tarde tiene temperatura elevada, arrojando esputos teñidos en sangre. Estos mismos síntomas continuarían manifestándose durante los días siguientes por lo que resuelve ingresar al hospital Alvear, ocupando la cama 38 de la sala VII.

Tenemos que hacer constar que no es ésta la primera vez que nuestro enfermo arroja esputos sanguinolentos, pues hace ya cinco años, que a raíz de un resfrío se ve atacado del mismo síntoma.

Estado actual — Enfermo en buen estado de nutrición, con buen desarrollo esquelético y muscular, panículo adiposo en regular cantidad. Piel blanca, con cicatrices y manchas.

Cabeza — Cráneo dolicocefalo, simétrico.

Cara — Ojos: conjuntivas con tinte icterico. Movilidad normal. Pupilas iguales que reaccionan bien.

Lengua — Sabural.

Cuello — Bien conformado. Se palpan ganglios.

Tórax — Simétrico. Tipo respiratorio costo-abdofinal, con buena amplitud respiratoria.

Pulmones por detrás — A la inspección nada de anormal. Vibraciones vocales aumentadas en

ambos pulmones desde la parte media hasta la base. Lijero skodismo en el vértice derecho. Se percute una grande matitez en ambos pulmones que se extiende desde la parte media hasta las bases. En las partes laterales del tórax, sonoridad normal. Se percibe en el límite superior de la matitez descrita y en la proximidad de la columna vertebral un soplo anfórico unas veces y tubario otras. Más abajo se oyen algunos ronquidos y frotos. En la parte superior, murmullo vesicular.

Pulmónes por delante — Inspección: normal. Vibraciones existen normales; sonoridad exajerada en el vértice. Soplo tubario.

Corazón — La punta late 6° espacio intercostal a dos traveses de dedo por dentro de la línea mamilar. Segundo tono reforzado.

Abdómen — Palpable. A la altura del ombligo una cicatriz umbilicada, reliquia de una puñalada. En la región inguinal izq. una cicatriz consecutiva a la incisión de un bubón. En la región inguinal derecha se nota una hernia.

Hígado — El día de su entrada, el enfermo presentaba un aumento considerable del volumen de este órgano con el lóbulo izquierdo que ocupaba totalmente el espacio de Traube. Hoy al levantar la presente historia lo notamos de tamaño normal.

Examen de orina — Ha revelado la presencia de urobilina y pigmentos biliares en regular cantidad.

Se extrae sangre y ordena la ejecución de una reacción de Wassermann que da resultado negativo.

El análisis de esputos niega la presencia de bacilos de Koch.

Días después, un nuevo análisis de esputos da el siguiente resultado: Se observan algunas células bronquiales y raras células alveolares; gran cantidad de glóbulos de pus, algunos glóbulos rojos; algunas fibras elásticas y abundante mucus. No se observa bacilos de Koch. Con el método de Grau se observan diplococos lanceolados encapsulados, con los caracteres del pneumococo de Franckel.

Posteriores exámenes de esputos revelan todos ellos la ausencia de bacilos de Koch.

La ictericia, la presencia de bilis, pigmentos biliares y urobilina en gran cantidad en la orina, unidas a la hepatomegalia nos hicieron sospechar una afección hepática que ha sido muy benigna, pues ha cedido en pocos días a un tratamiento banal.

La presencia de dicha afección hepática sólo ha sido, seguramente, una coincidencia ya que la afección principal radica en el aparato respiratorio.

Después de un examen minucioso del enfermo, con los análisis de esputos, de sangre y de orina, etc., hacemos el diagnóstico de Bronquiectasia bilateral de origen específico en un etilista con insuficiencia hepática.

Se instituye tratamiento específico y el enfermo mejora notablemente. Los síntomas auscultatorios disminuyen de intensidad y la expectoración decrece y es dado de alta, concurriendo actualmente servicio con el fin de continuar con el tratamiento mercurial.

### HISTORIA CLINICA N.º 3

L. V. de 61 años, argentino, casado, sombrerero, ingresa a al sala XX cama 49 del Hospital Alvear (servicio del doctor Miguel Angel Marini) el 23 de Noviembre de 1916.

Ant. heredit. Sin importancia.

**Ant. personales.** A los 43 años., fiebre tifoidea. Niega haber padecido enfermedades venereas. No es bebedor. Regular fumador.

Enfermedad actual — Refiere que desde hace 8 años siente gran fatiga al efectuar cualquier movimiento, al caminar, al hacer el más mínimo esfuerzo. En estos últimos tiempos ha venido a agregarse a estos síntomas que son cada vez más penosos, frecuentes accesos de tos y abundante expectoración. Durante este lapso de tiempo ha enflaquecido considerablemente.

**Estado actual.** Noviembre 24 1917. Enfermo en

regular estado de nutrición. Buen desarrollo esquelético y muscular. Escaso panículo adiposo.

Tórax. Simétrico. Tipo respiratorio costoabdominal. Buena amplitud respiratoria. Disnea.

Pulmones por detrás, izq. — A la inspección nada de anormal. Vibraciones disminuidas en las bases submatitez desde el vértice a la base. Respiración sopiante y tubárica en el vértice con rales húmedos. Disminución de la entrada del aire con rales húmedos y frotos en todo el resto del pulmón.

Pulmón derecho por detrás — A la inspección nada de particular. Vibraciones normales. Sonoridad pulmonar. Murmullo vesicular y como ruidos agregados, algunos rales húmedos.

Pulmón izquierdo por delante — Vibraciones vocales aumentadas. Submatitez en todo el pulmón. Soplo tubárico y rales húmedos.

Pulmón derecho por delante — Normal.

Aparato circulatorio — Pulso de poca tensión. regular, igual, rítmico, late a 72 pulsaciones por minuto.

Corazón — Punta late en el 5.º espacio intercostal, línea mamilar. A la auscultación se oyen dos soplos en la punta, uno presistólico y el otro sistólico, intenso, en chorro de vapor; sin propagación. En los demás focos se constatan los mismos soplos pero con menor intensidad.

Abdómen — Normal.

Hígado — Límites normales. No se palpa.

Bazo — Normal.

Sistema nervioso — Normal.

Miembros inferiores — El izquierdo más corto que el derecho, por luxación congénita de la cadera.

Espustos — Análisis realizados los días 25, 27, 29 de Noviembre; 4, 15, 19 de Diciembre y 5 de Enero demuestran la ausencia de bacilos de Koch.

El 4 de Diciembre se ordena una reacción de Wassermann que da resultado francamente positivo.

Después del primer examen clínico y dada la sintomatología de nuestro enfermo se hace el diagnóstico de estrechez e Insuficiencia Mitral. Tuberculosis pulmonar y luxación congénita de la cadera izquierda.

Se instituye tratamiento, pero dados los repetidos exámenes de espustos y la reacción de Wassermann francamente positiva nos hicieron sospechar sífilis e instituímos tratamiento específico, con el que el enfermo mejora visiblemente, con poca expectoración actualmente y con desaparición total de los fenómenos auscultatorios, quedando tan solo una respiración algo ruda.

La temperatura ha oscilado durante el transcurso de la afección entre 36, 8 y 37, 4.

Modificamos, pues, nuestro primer diagnóstico y sustituímos Tuberculosis pulmonar por Bronquiectasia sífilítica.

Buenos Aires, Septiembre 11 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcial V. Quiroga, al profesor titular doctor David Speroni y al profesor suplente doctor Juan R. Goyena, 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. Cabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Septiembre 11 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N°. 3633, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA  
*J. A. Cabastou*  
Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

Lesiones sífilíticas bronquiales.

*Quiroga*

### II

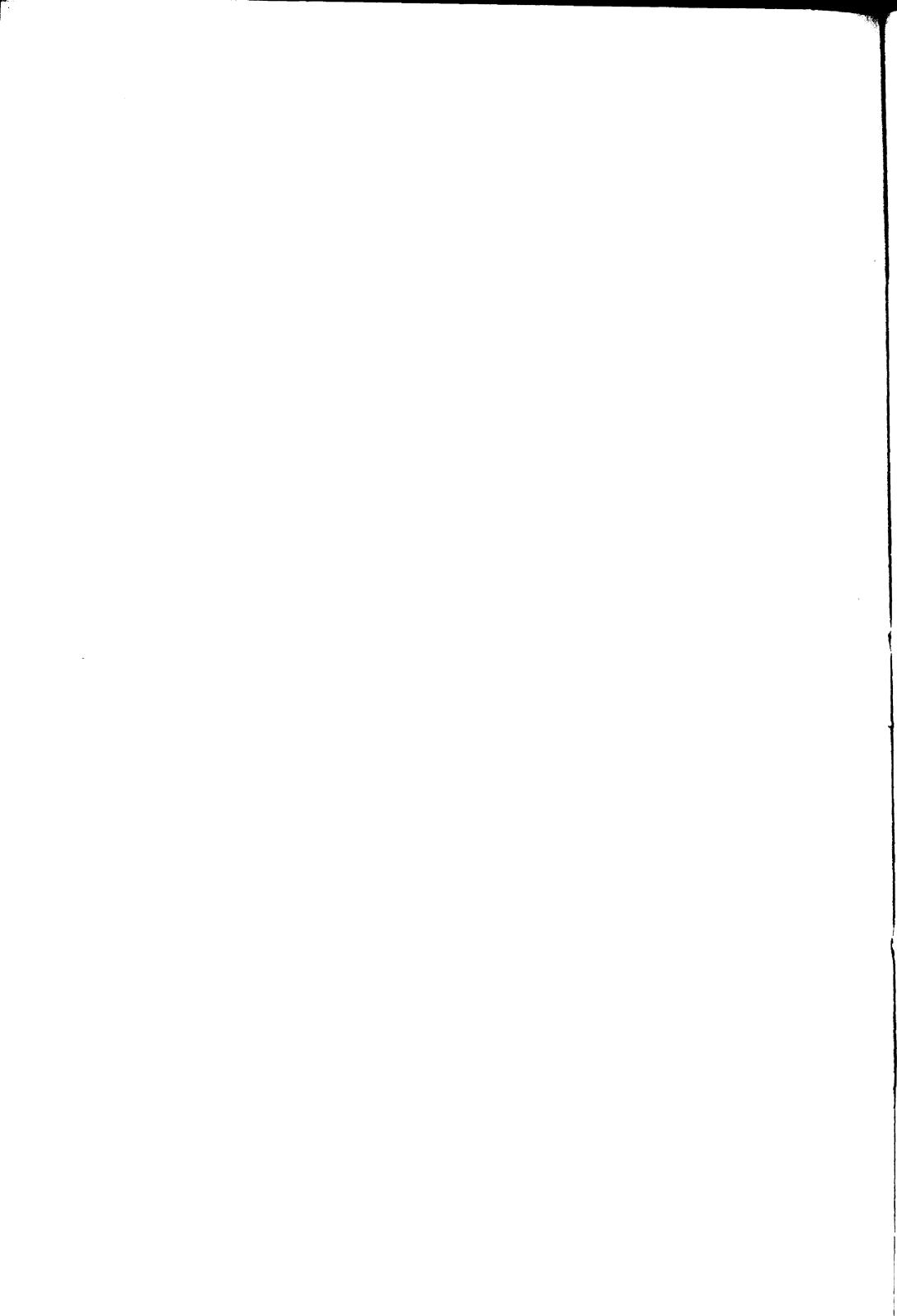
La sífilis no es una enfermedad de la piel; es una espirilosis.

*Speroni*

### III

Elementos de pronóstico en las bronquiectasias.

*J. B. Gayena*



## BIBLIOGRAFÍA

Tripier R. — Traité d'Anatomie Pathologique 1904.

Beriel. — Monographie de la Syphilis du poumon 1907.

Hirel. — Uber Lungensyphilis und syphilitischen Phthisis. Charité Annalen, vol. 9, pág. 184. 1884.

Balzer. — Syphilis de la trachée, des bronches et des poumons. E. Bronardel y Gilbert, vol. XXIX pá. 623, 1910.

Hutinel. — Les maladies des enfants. Paris 1909.

Caudiani. — La bronquiectasia en la infancia. Tesis. Buenos Aires 1915.

Spangenberg. — Sífilis del pulmón. Buenos Aires 1916.

Sergent. — Syphilis et Tuberculose. Paris 1907.

Sevestre. — Revue des maladies de l'enfance. 1891. Revista Médica de Pediatría.

Cade y Jambon. — Archives de medecine experimentale, pág. 660.

Apert.—Societé de Podiatrie de Paris. Marzo 1908.

Lancereaux. — Unión Médical 1891.

Hutinel. — Les petites dilations des bronches chez l'enfant. Presse Medical, 18 Feb. 1911.

Garín y Laurent. — Journal de Phisologie 1910.

Bouchut y Dujol. — Revue de Medicine, 1902. Presse Medical. — París.

Semaine Medical. — París.

Semana Médica. — Buenos Aires.

30361



