



Año 1918

N. 3464

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cirrosis Cardio Tuberculosa

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN HURTAULT

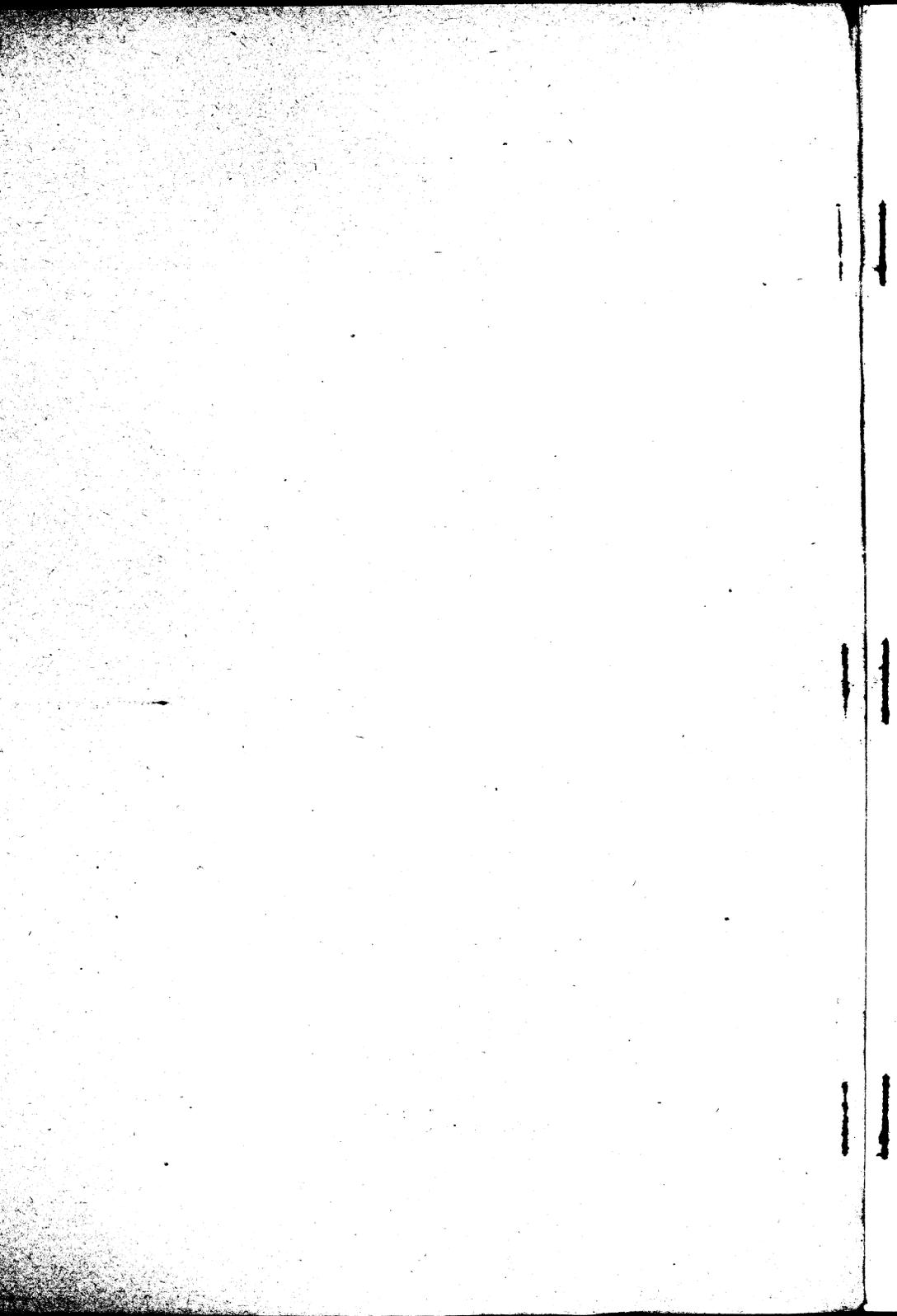


BUENOS AIRES

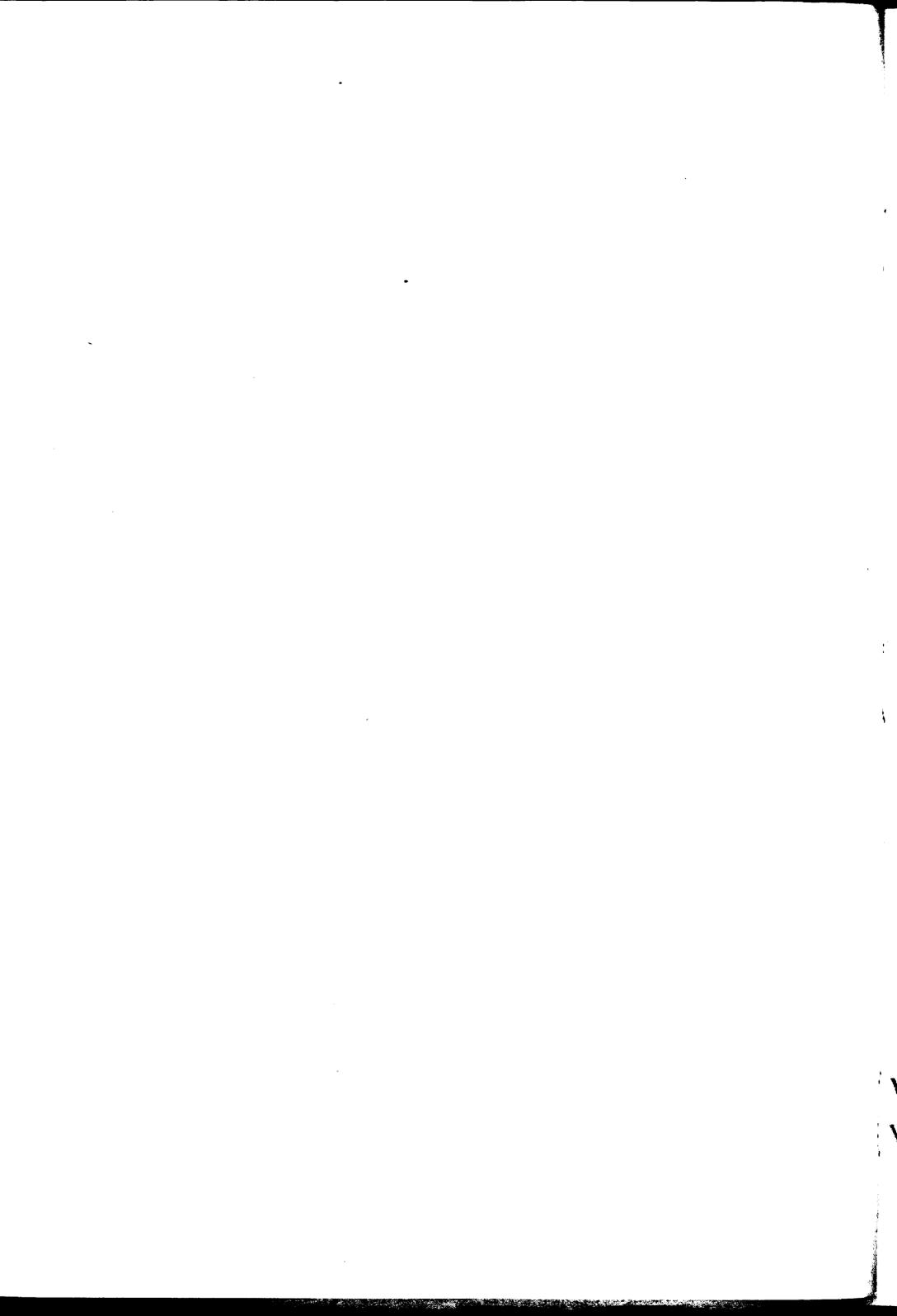
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

Mix. B. 40. 11



CIRROSIS CARDIO TUBERCULOSA



Año 1918

N. 3464

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cirrosis Cardio Tuberculosa

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN HURTAULT



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO GANTÓN
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. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

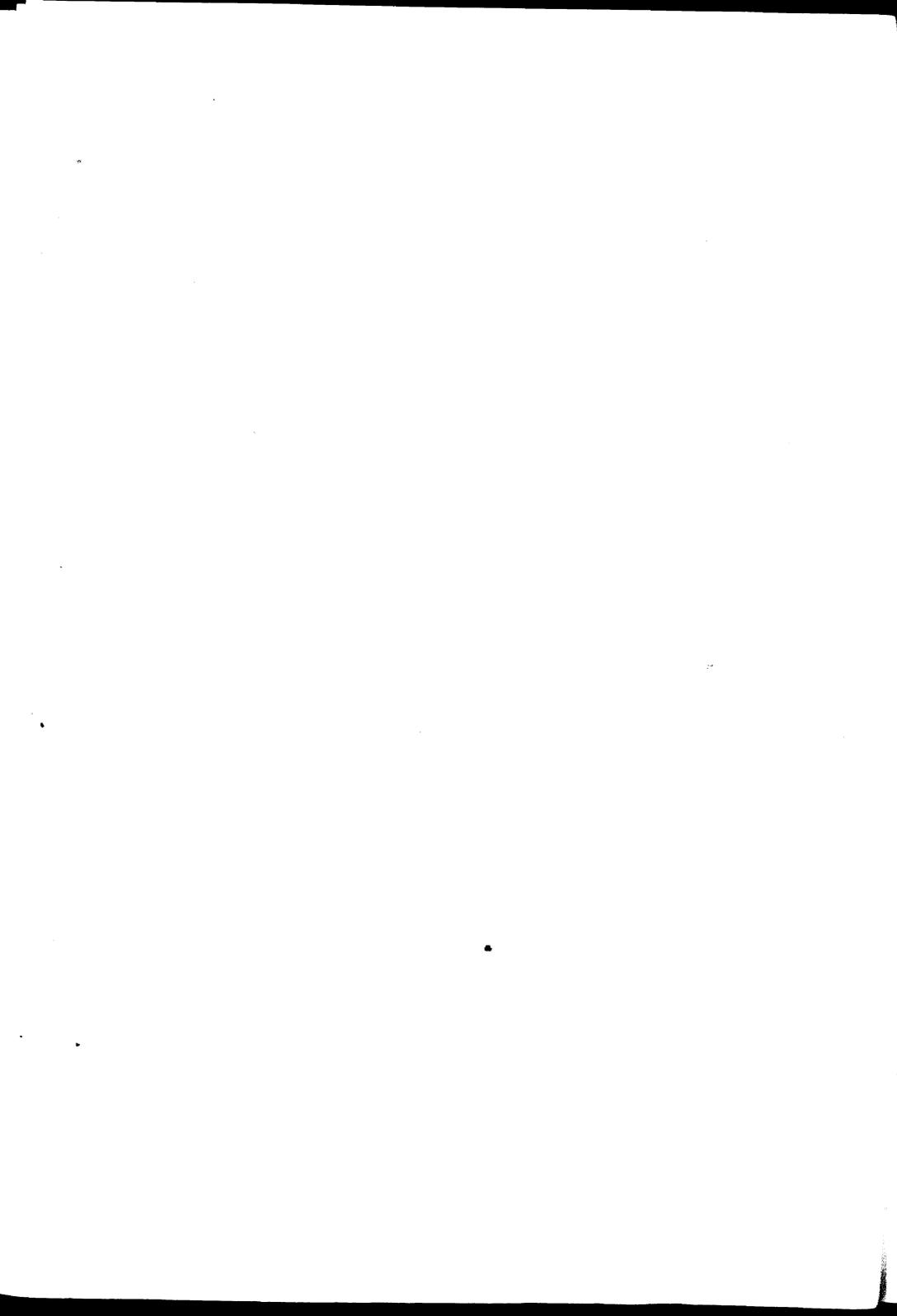
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERL

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Zoología Médica | DR. PEDRO LACAVERA |
| Botánica Médica | » LUCIO DURAZONA |
| | » RICARDO S. GÓMEZ |
| Anatomía Descriptiva | » RICARDO SARMIENTO LASPIUR |
| | » JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA |
| | » PEDRO BELOU |
| Histología | » RODOLFO DE GAENZA |
| Física Médica | » ALFREDO LANARI |
| Fisiología General y Humana. | » HORACIO G. PIÑERO |
| Bacteriología | » CARLOS MALBRÁN |
| Química Biológica | » PEDRO J. PANDO |
| Higiene Pública y Privada..... | » RICARDO SCHATZ |
| | » GREGORIO ARÁOZ ALFARO |
| Semiología y ejercicios clínicos | » DAVID SPERONI |
| Anatomía Topográfica | » AVELINO GUTIÉRREZ |
| Anatomía Patológica | » (VACANTE) |
| Materia Médica y Terapéutica. | » JUSTINIANO LEDESMA |
| Patología Externa | » DANIEL J. GRANWELL |
| Medicina Operatoria | » LEANDRO VALLE |
| Clinica Dérmato-Sifilográfica. | » (Vacante). |
| Clinica Génito-urinaria..... | » PEDRO BENEDIT |
| Toxicología Experimental..... | » JUAN B. SEÑORÁNS |
| Clinica Epidemiológica..... | » JOSÉ PENNA |
| Clinica Oto-rino-laringológica. | » EDUARDO OBEJERO |
| Patología Interna..... | » MARCIAL V. QUIROGA |
| Clinica Oftalmológica..... | » ENRIQUE B. DEMARÍA |
| | » LUIS GÜEMES |
| » Médica..... | » LUIS AGOTE |
| | » IGNACIO ALLENDE |
| | » ABEL AYERZA |
| | » PASCUAL PLMA |
| » Quirúrgica..... | » DIÓGENES DECOURD |
| | » ANTONIO C. GANDOLFO |
| | » MARCELO T. VIÑAS |
| » Neurológica..... | » JOSÉ A. ESTEVES |
| » Psiquiátrica..... | » DOMINGO CABRED |
| » Obstétrica..... | » ENRIQUE ZABATE |
| » Obstétrica..... | » SAMUEL MOLINA |
| » Pediátrica | » ANGEL M. CENTENO |
| Medicina Legal..... | » DOMINGO S. CAVIA |
| Clinica Ginecológica..... | » ENRIQUE BAZTERRICA |



ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos extraordinarios |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Botánica Médica..... | DR. RODOLFO ENRÍQUEZ |
| Zoología » | » DANIEL J. GREENWAY |
| Histología normal..... | » JULIO G. FERNÁNDEZ |
| Física Médica. | » JUAN JOSÉ GALIANO |
| | » JUAN CARLOS DELFINO |
| Bacteriología..... | » LEOPOLDO URIARTE |
| | » ALOIS BACHMANN |
| Anatomía Patológica..... | » JOSÉ BADÍA |
| Higiene Médica..... | » FELIPE A. JUSTO |
| Clínica Dérmato-Sifiligráfica.. | » MAXIMILIANO ABERASTURY |
| Clínica génito-urinaria..... | » BERNARDINO MARAINI |
| Patología externa..... | » CARLOS ROBERTSON LAVALLE |
| Patología Interna..... | » RICARDO COLÓN |
| Clínica oto-rino-laringológica.. | » ELISEO V. SEGURA |
| Clínica Neurológica..... | » JOSÉ R. SEMPRÚN |
| | » MARIANO ALURRALDE |
| | » ANTONIO P. PIÑERO |
| Clínica Pediátrica..... | » MANUEL A. SANTAS |
| | » MAMERTO ACUÑA |
| | » FRANCISCO LLOBET |
| Clínica Quirúrgica..... | » MARCELINO HERRERA VEGAS |
| | » JOSÉ ARCE |
| | » JOSÉ T. BORDA |
| Clínica Psiquiátrica..... | » BENJAMÍN T. SOLARI |
| | » ARTURO ENRÍQUEZ |
| Clínica obstétrica..... | » ALBERTO PERALTA RAMOS |
| Clínica Ginecológica | » JOSÉ F. MOLINARI |
| Clínica Médica..... | » PATRICIO FLEMING |



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Zoología médica..... | DR. GUILLELMO SEEBER |
| Anatomía descriptiva..... | • SILVIO E. PARODI |
| Fisiología general y humana..... | • RUFENIO GALLI |
| Bacteriología..... | • JUAN JOSÉ CIRIO |
| Química Biológica..... | • FRANCISCO BOPHILLE |
| Higiene Médica..... | • FRANK L. SOLER |
| Semiología y ejercicios clínicos..... | • BERNARDO HOUSAY |
| Anatomía patológica..... | • RODOLFO RIVAROLA |
| Anatomía topográfica..... | • SALVADOR MAZZA |
| Materia médica y terapéutica..... | • BENJAMÍN GALARCE |
| Medicina operatoria..... | • MANUEL V. CARBONELL |
| Patología externa..... | • SANTIAGO M. COSTA |
| Clinica dermato-sifilográfica..... | • CARLOS IGNORINO UDAONDO |
| • Génito-urinario..... | • ALFREDO VITÓN |
| • epidemiológica..... | • PEDRO J. HARDOY |
| • oftalmológica..... | • JOAQUÍN LLAMBIAS |
| • oto-rino-laringológica..... | • ANGEL H. BOFFO |
| Patología interna..... | • PEDRO ELIZALDE |
| Clinica quirúrgica..... | • ANGEL F. SAN MARTÍN |
| • Neurológica..... | • JOSÉ MORENO |
| • Médica..... | • PEDRO CASTRO ESCALADA |
| • pediátrica..... | • ENRIQUE FINOCCHIETTO |
| • ginecológica..... | • FRANCISCO P. CASTRO |
| obstétrica..... | • CASTELBOET LUGONES |
| Medicina legal..... | • ENRIQUE M. OLIVIERI |
| Clinica Psiquiátrica..... | • ALEJANDRO CRUALLLOS |
| | • NICOLÁS V. GRECO |
| | • PEDRO L. BALIÑA |
| | • JOAQUÍN CERVERA |
| | • JOAQUÍN MIX POSADAS |
| | • FERNANDO R. TORRES |
| | • FRANCISCO DESTÉFANO |
| | • ANTONINO MARCO DEL POST |
| | • DANIEL THAMM |
| | • ADOLFO SOCIETI |
| | • RAÚL ARGÑARAZ |
| | • JUAN DE LA CRUZ CORREA |
| | • MARTÍN CASTRO ESCALADA |
| | • FELIPE J. BASAVILBRASO |
| | • ANTONIO R. ZAMBIRINI |
| | • ENRIQUE FERREIRA |
| | • PEDRO LABAQUEI |
| | • LEONIDAS JORGE FACIO |
| | • PABLO M. BARILARO |
| | • EDUARDO MARIÑO |
| | • ARMANDO R. MAROTTA |
| | • LUIS A. TAMINI |
| | • MIGUEL SUSSINI |
| | • ROBERTO SOLÉ |
| | • PEDRO CHUTRO |
| | • JOSÉ M. JORGE (HJ) |
| | • OSCAR COPELLO |
| | • ADOLFO F. LANDIVAR |
| | • JORGE LEVRO DÍAZ |
| | • ANTONIO F. CELESIA |
| | • TOMÁS B. KENNY |
| | • GUILLELMO VALDÉS (HJ) |
| | • VICENTE DIMITRI |
| | • ROMÉLO H. CHIAPPORI |
| | • JUAN JOSÉ VITÓN |
| | • PABLO J. MORSALINE |
| | • RAFAEL A. BILIBICH |
| | • IGNACIO IMAZ |
| | • PEDRO ESCUDERO |
| | • MARIANO R. CASTEX |
| | • PEDRO J. GARCÍA |
| | • JOSÉ DESTÉFANO |
| | • JUAN R. GOYENA |
| | • JEAN JACOB SPANGENBERG |
| | • TILLO MARTINI |
| | • CÁNDIDO PATIÑO MAYER |
| | • GENARO SISTO |
| | • PEDRO DE ELIZALDE |
| | • FERNANDO SCHWELZER |
| | • JEAN CARLOS NAVARRO |
| | • JAIMÉ SALVADOR |
| | • TORIBIO PICCARDO |
| | • CARLOS R. CIRIO |
| | • OSVALDO L. BOTTARO |
| | • JULIO HIRBARNE |
| | • CARLOS ALBERTO CASTAÑO |
| | • FRAZINO J. THOMAS |
| | • JUAN R. GONZÁLEZ |
| | • JUAN C. BISSO DOMÍNGUEZ |
| | • JUAN A. GABASTOU |
| | • ENRIQUE A. BOERO |
| | • JOSÉ A. BERUETTI |
| | • NICHANOL PALACIOS COSTA |
| | • VICENTINO MONTEARIDE |
| | • JOAQUÍN V. GNECCO |
| | • JAVIER BRANDAN |
| | • ANTONIO PODESTÁ |
| | • AMABLE JONES |



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

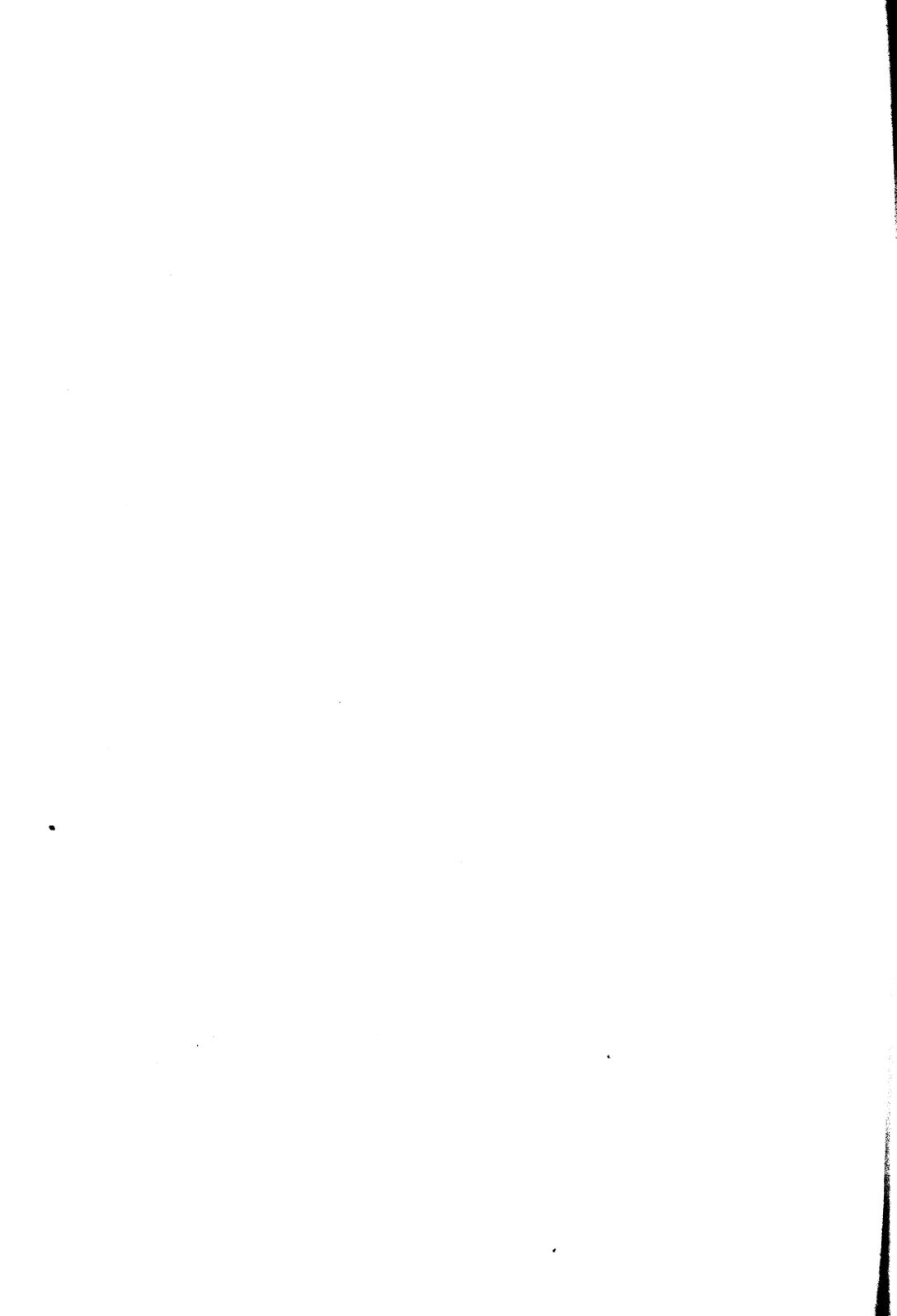
Segundo año:

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

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



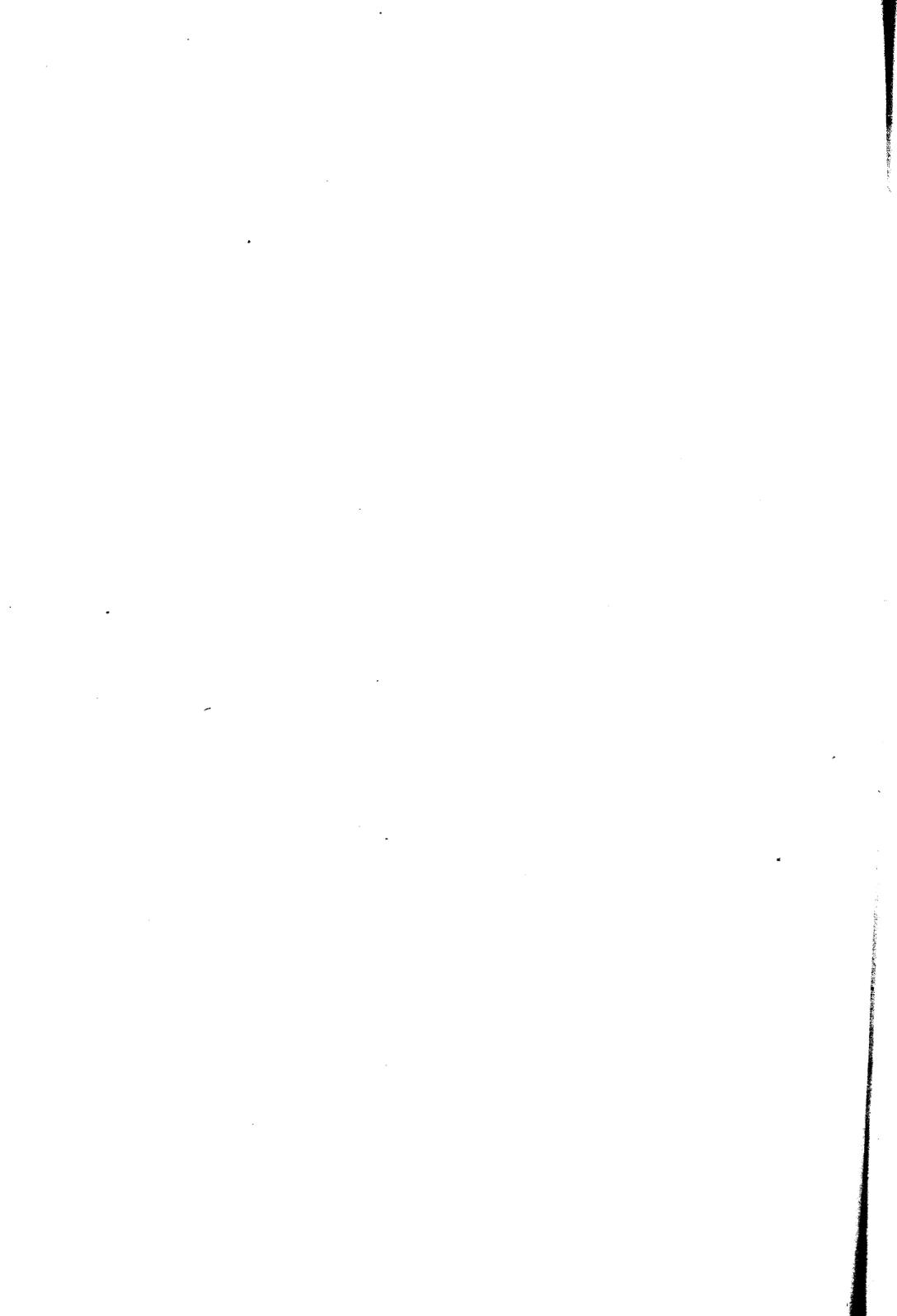
ESCUELA DE FARMACIA

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

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|--------------------------------|
| Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas..... | Dr. ANGEL BIANCHI LISCHIETTI |
| Física farmacéutica..... | » TOMÁS J. RUMI |
| Química farmacéutica inorgánica... { | » ANGEL SABATINI |
| Botánica y Micrografía vegetal.... { | » EMILIO M. FLORES |
| Química farmacéutica orgánica..... { | » ILDEFONSO C. VATTUONE |
| Técnica farmacéutica..... { | » PEDRO J. MÉSIGOS |
| Química analítica general..... { | Dr. LUIS GUGLIALMELLI |
| Farmacognosia especial..... { | Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA |
| | » PASCUAL CORTI |
| | » CLEOFÉ CROCCO |
| | Dr. JUAN A. SANCHEZ |
| | Sr. OSCAR MIALOCK |

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..... | » CARLOS MALBRÁN |
| Bacteriología..... | » JUAN B. SEÑORÁNS |
| Toxicología y Química legal..... | — — |

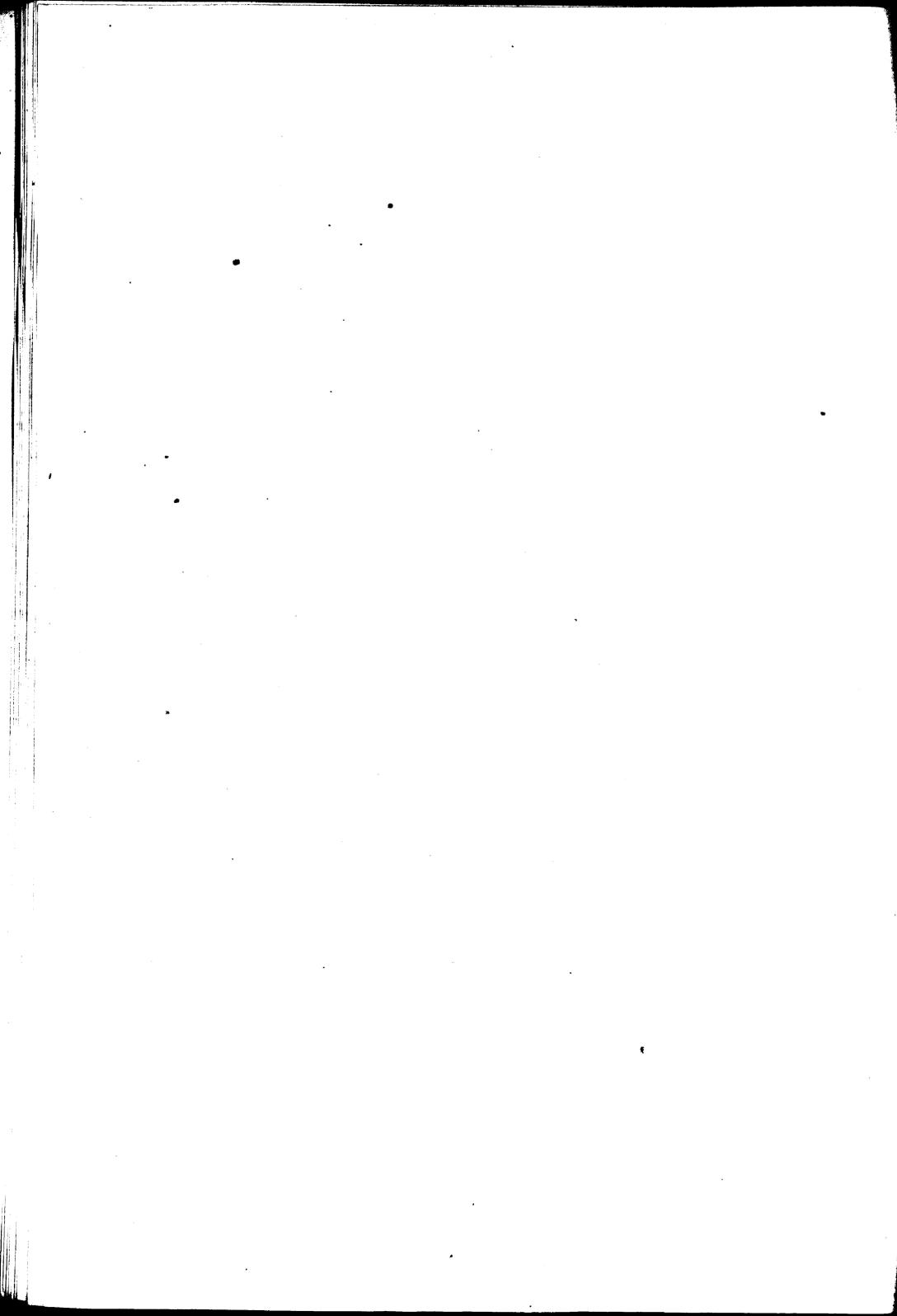


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|------------------------|-------------------------------|
| 1.er año..... | DR. RODOLFO ERAUZQUIN |
| 2.º año..... | » LEÓN PEREYRA |
| 3.er año..... | » N. ETCHEPAREBORDA |
| Prótesis dental | SR. ANTONIO J. GUARDO |

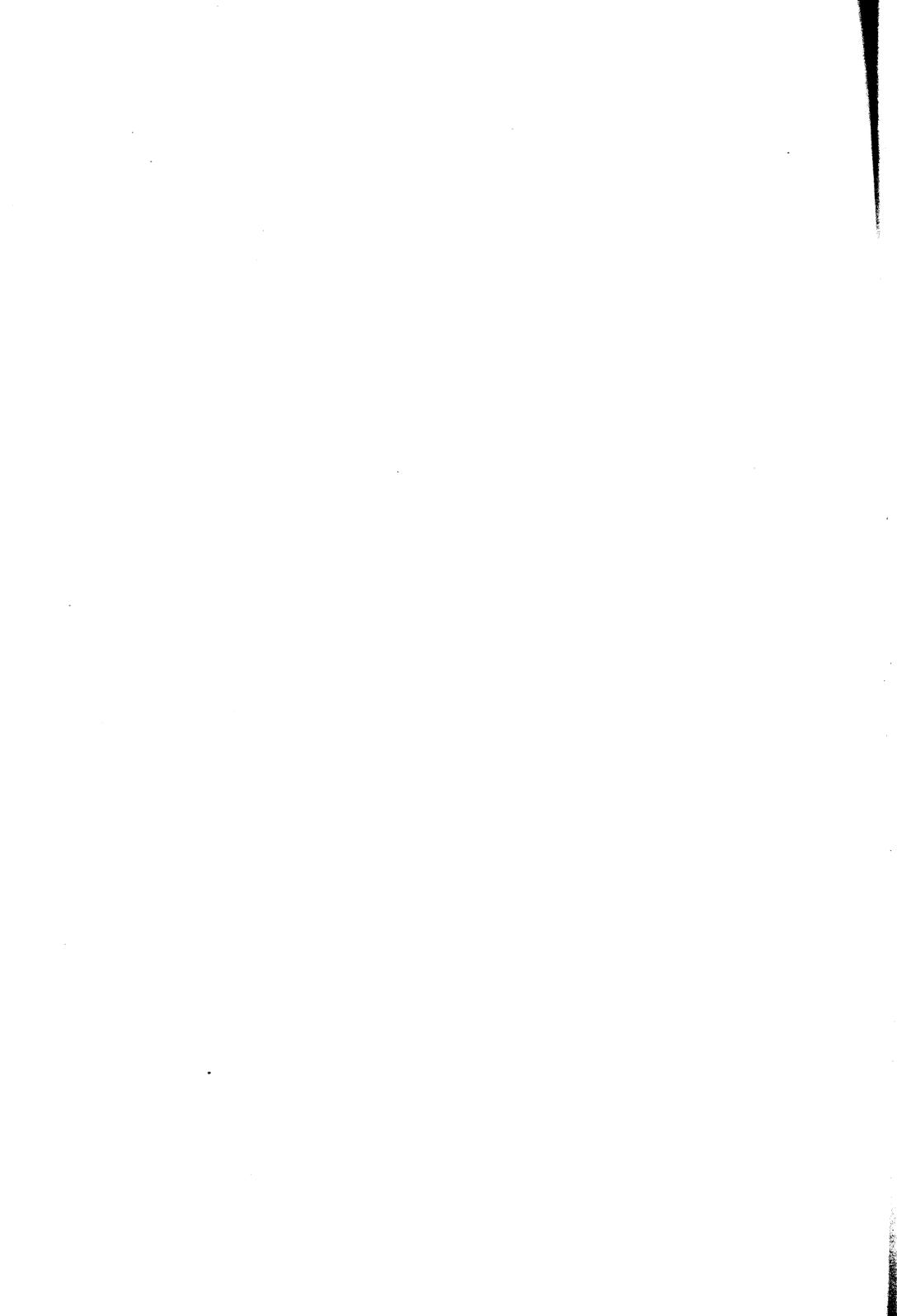
Catedráticos sustitutos

| |
|-------------------------------------|
| DR. ALEJANDRO CABANNE |
| » TOMÁS S. VARELA (2º año) |
| SR. JUAN U. CARREA (Prótesis) |
| » CORIOLANO BREA (») |
| » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año) |



PADRINO DE TESIS:

Dr. ALEJANDRO G. CALLEGARI



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar a vosotros este modesto trabajo, aprovecho la oportunidad, para haceros partícipe de las emociones y de las sensaciones gratas al espíritu, que he sentido a vuestro lado, al recojer de vuestros labios, junto con la siempre grata enseñanza de la verdad científica, la enseñanza vívida de vuestro ejemplo de austeridad profesional.

Creedme, vuestras enseñanzas y vuestros consejos, permanecerán inaltererables en el fondo de mí espíritu y quizá cuando en la vorágine de la vida, sienta flaquear mis fuerzas, me bastará reconcentrarme un instante en mi alma con vuestros recuerdos, para salir del paso más fuerte y con más ansias de trabajo.

De los compañeros de estudio, mis hermanos espí-

rituales, con los que juntos buscábamos la arteria, el músculo, la reacción química, con los que juntos indagábamos en el cadáver las causas del deceso, con los que juntos buscábamos la lesión y el tratamiento de las enfermedades que aquejaban a nuestros semejantes entregados a nuestro cuidado en las salas del Clínicas; de ellos aprovecho esta solemne oportunidad para expresarles que para mí no hay separación al entregarnos mañana, armados cada uno de sus diplomas, a la lucha por la vida. Y no puede haberla por los vínculos creados y porque a pesar de estar en sitios distintos del combate el enemigo es el mismo: la enfermedad.

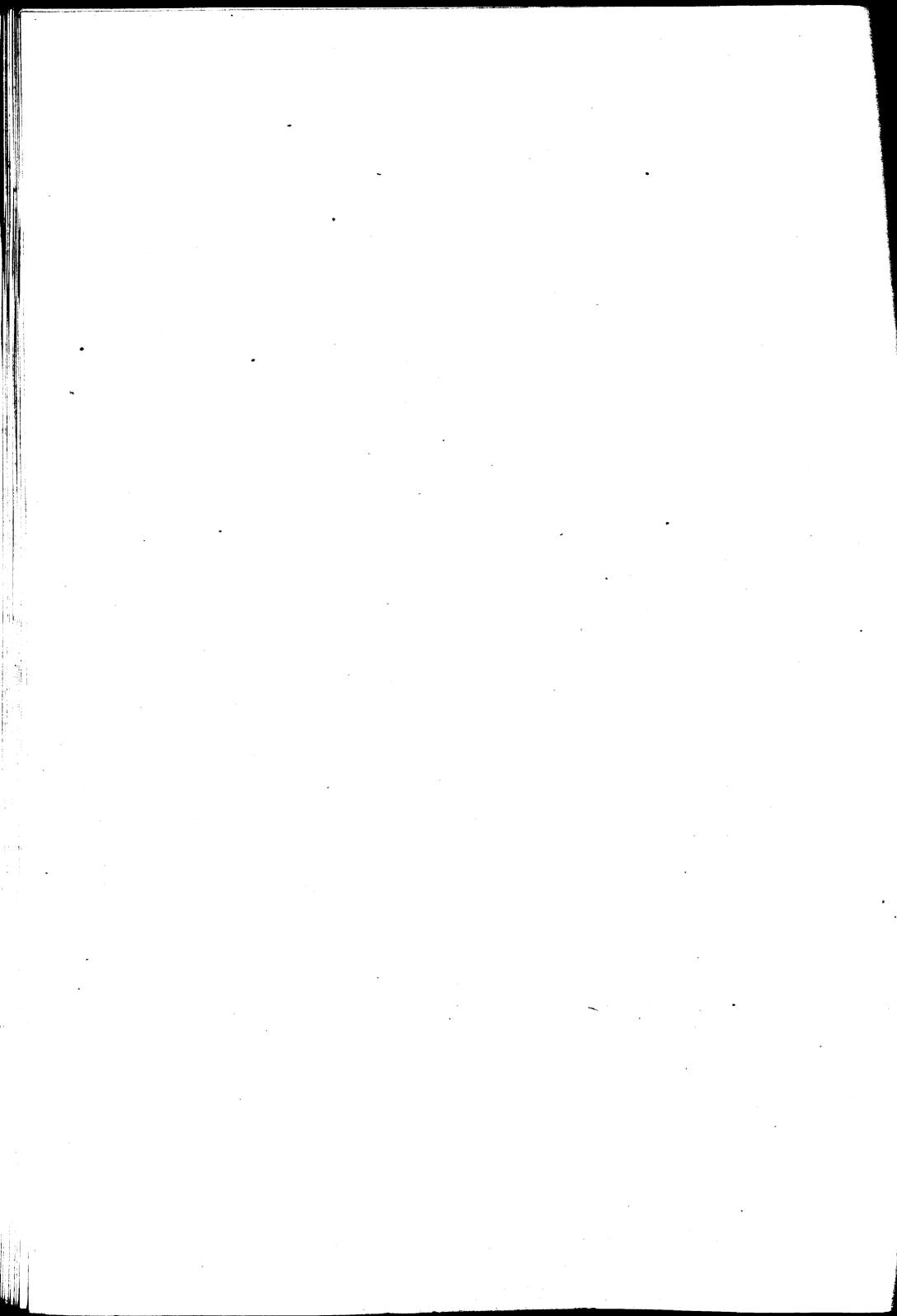
Al Dr. A. G. Gallegari, mi padrino de tesis, agradezco la atención que me dispensa al acompañarme en este acto.

Debo también especial agradecimiento a los Dres. F. Schweizer y J. C. Navarro del Hospital Nacional de Clínicas, al Dr. Iribarne del Hospital Ramos Mejía, por haberme facilitado con toda amabilidad el material necesario para esta tesis.

CONSIDERACIONES HISTORICAS

Las observaciones, entre la relación que existe entre ciertas afecciones hepáticas y las cardíacas, habían ya sido hechas desde tiempo atrás por gran cantidad de autores. Pero en lo que se refiere al factor etiológico en la afección que motiva esta tesis es recién en el año 1893, que el profesor Hutinel al publicar en la “Revue de maladies dell'enfance” el producto de sus observaciones en ocho casos clínicos completados algunos con exámenes anátomos-patológicos que se llega a precisar el factor tuberculosis en ciertas pericarditis, que luego dan sínfisis de pericardio y éste trae las perturbaciones hepáticas, perturbaciones que tienen tanto un origen distrófico por el hígado cardíaco, cuanto un origen en las alteraciones tuberculosas del mismo.





ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La cirrosis cardíco- tuberculosa es una afección que se observa con mayor frecuencia en la primera infancia a partir de los dos años de edad y en la adolescencia. Las observaciones, pasando estos límites de edad, son muy raras.

En cuanto al sexo, parecería que hubiera predilección por el masculino, a estar a los datos estadísticos.

Dos son las principales causas productoras en la mayoría de los casos de la sínfisis picardíaca: el reumatismo y la tuberculosis.

La infección tuberculosa es generalmente secundaria a lesiones de los órganos contíguos al pericardio como ser: ganglios mediastinales, tráqueo brónquicos, lesiones pulmonares, pleurales, o en otros casos, es el resultado de una tuberculosis generalizada en el organismo.

Ahora bien, una vez establecida la sínfisis pericárdica; (con el mecanismo que explicaremos en el capítulo de anatomía patológica), trae como consecuencia fenómenos de asistolia hepática.

Diversas son la hipótesis que explican este fenómeno. Para Hayem y Tissier el obstáculo mecánico determinado por el espesamiento de las serosas pericárdicas traería perturbaciones funcionales del corazón, las cuales darían como resultado el éxtasis sanguíneo en el hígado.

Para Grewold las adherencias pericárdicas darían lugar a la formación de un anillo fibroso alrededor de la vena cava inferior, el que impediría el libre aflujo de la sangre traída por dicha vena a la aurícula derecha.

Hutinel admite el éxtasis sanguíneo en el hígado como el producto del obstáculo mecánico debido a la mala motilidad del corazón y además admite un proceso intrínseco de esclerosis o de caseificación hepática debido a la infección tuberculosa misma, infección que sería facilitada por el estado de debilitamiento hepático, debido al estado de congestión pasiva en que se encuentra.

LESIONES ANATOMO-PATOLOGICAS

Debemos estudiar las lesiones anatómo-patológicas en el orden en que se producen; así tendremos que estudiar primero las alteraciones que importa la sínfisis cardíaca y luego las que se relacionan con la cirrosis hepática.

Sínfisis cardíaca. — En la necropsia se ve que la cavidad pericárdica no existe, el corazón se halla encerrado en una caparazón fibrosa, formada por las dos hojas del pericardio espesadas, duras y unidas la una a la otra por una serie de tractus fibrosos. Además se ven adherencias de la hoja externa con las hojas vecinas que hacen difícil la separación del corazón.

En el espesor de esta pared pericárdica se encuentran nódulos caseosos o fibro-caseosos de origen tuberculoso.

El corazón se presenta de volumen normal o algo

más chico. El miocardio presenta bandas fibrosas y a veces nódulos caseosos. El endocardio por lo general no presenta lesión alguna.

Cirrosis hepática. — El hígado presenta lesiones importantes. Microscópicamente se encuentra aumentado de volumen y duro, hay peri-hepatitis, la superficie no es lisa. Al corte, cruje y la superficie de la sección es desigual como coloración, sobre un fondo de color violáceo se designan arborizaciones que siguen el trayecto de los vasos y que son de un color pálido. Al lado de nódulos tuberculosos en distinto estado de evolución hay zonas esclerosas.

El examen microscópico presenta distinto aspecto según sea la zona examinada. Así en las zonas congestivas con esclerosis concomitante encontramos una dilatación de las venas centrales, de los lobulillos y de las suprahepáticas, vasos afluentes ingurgitados y atrofia de las células hepáticas en un primer período; en un tiempo más avanzado la esclerosis se inicia alrededor de la vena central del lobulillo, mandando irradiaciones de tejido fibroso y concluyendo al cabo de cierto tiempo por formar un verdadero anillo fibroso alrededor de la vena. Y en las zonas de esclerosis debida a la infección tuberculosa encontramos su punto de partida en los espacios porta-biliares que se encuentran ensanchados y llenos de tejido conectivo-fibroso.

Ahora bien, de los núcleos esclerosos centrales se observa que parten irradiaciones hacia los núcleos fibrosos portabiliares trayendo como consecuencia un tipo propio de cirrosis asociada, es el tipo cardio-tuberculoso.

A veces, sin embargo, el hígado presenta otro aspecto que recuerda el de la cirrosis grasosa.



SINTOMATOLOGIA

La cirrosis cardio-tuberculosa puede pasar inadvertida en el primer período de su evolución y sólo llamar la atención el decaimiento general, el enflaquecimiento, la pérdida de fuerzas en el niño; algunas veces hay perturbaciones gástricas y ligera elevación de temperatura.

Este estado de cosas se suele presentar durante un cierto tiempo hasta que aparecen fenómenos netos de asistolia (debut pericárdico de Hutinel) o fenómenos que dependen de su cirrosis (debut hepático de Hutinel).

En el debut pericárdico los enfermos se ven atacados de disnea al menor esfuerzo, se vuelve cianótica la cara y las extremidades. Continúan así hasta que so-

brevienen los fenómenos de hepatomegalia y aparece la ascitis para completar el cuadro.

En el debut hepático es el aumento de volumen del abdomen lo primero que se manifiesta de esta enfermedad, habiendo pasado casi desapercibidos por su poca intensidad los síntomas debidos a su pericarditis.

El área cardíaca en la sinfisis tuberculosa es algo mayor que la normal, el choque de la punta no es palpable ni visible, los tonos cardíacos se oyen alejados, débiles; hay embriocardia.

La radioscopia del corazón no da mayores datos.

El pulso es pequeño, regular, frecuente y de poca intensidad.

Hay ingurgitación de las yugulares en el momento de la inspiración.

La pleuresia uni o bilateral, es de frecuente observación; cuando es bilateral se puede tratar de un hidrotórax.

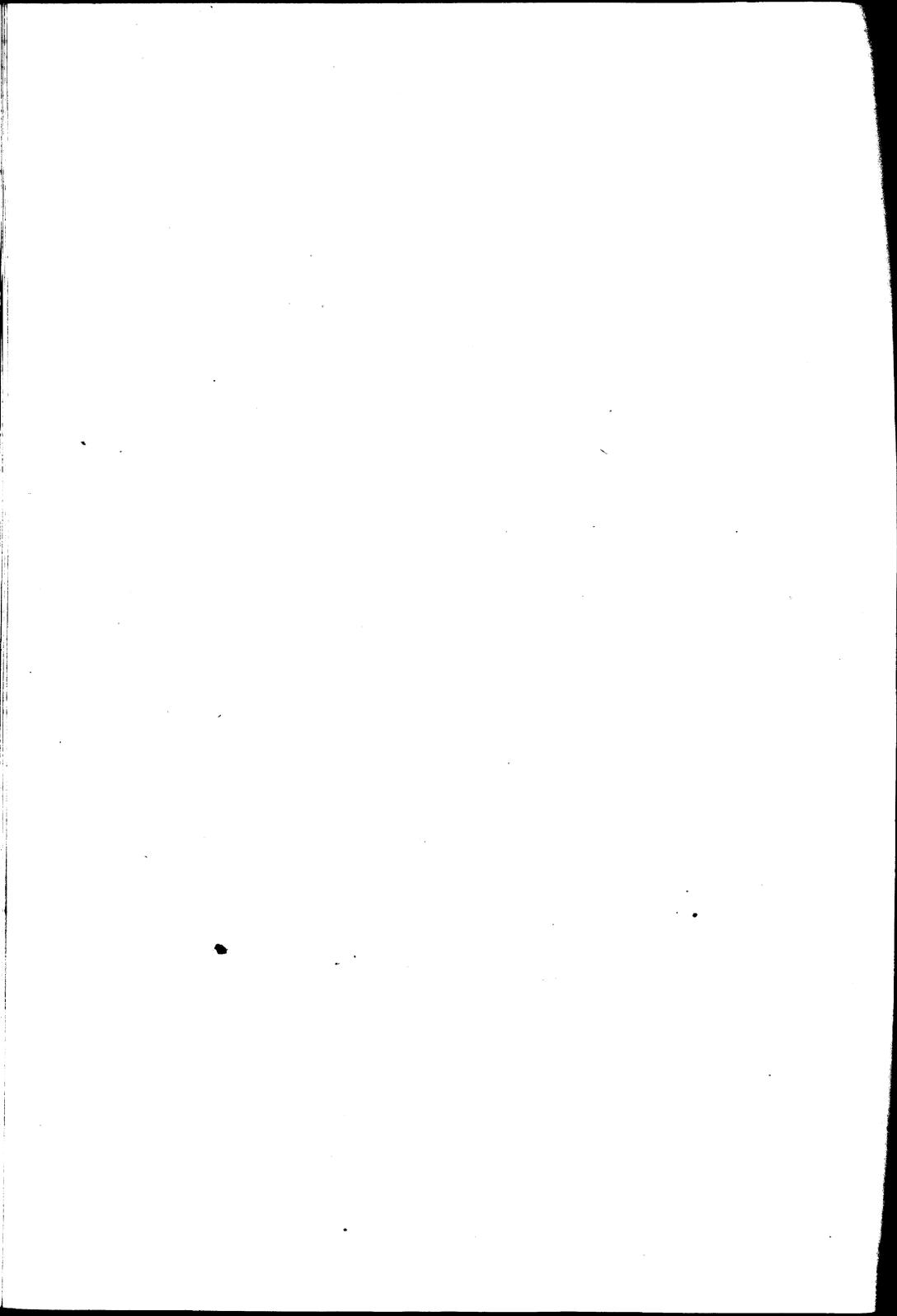
La ascitis es sumamente frecuente; cuando la hay presenta como particularidad la gran cantidad de líquido que se extrae y la facilidad con que éste se reproduce después de extraído por la paracentesis.

El edema de las extremidades inferiores hace su aparición después de la ascitis.

Frecuentemente hay esplenomegalia.

La ictericia no es frecuente y cuando se la observa no es más que un tinte subictérico y es muy fugaz.





CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Según Comby, "el diagnóstico es muy difícil y sólo puede hacerse por exclusión".

El examen atento de estos enfermitos nos pondrá en presencia de los dos grupos de síntomas de esta enfermedad: de una parte la cianosis, la embriocardia, la ausencia del choque precordial, el alejamiento de los tonos cardíacos; y por la otra, la hepatomegalia, la ascitis, los edemas, la circulación venosa colateral. Este conjunto de síntomas nos deben hacer pensar en esta enfermedad.

Dentro del primer grupo de síntomas, debemos ver cuál es el origen etiológico del proceso de sínfisis cardíaca, debemos diferenciar por lo tanto la etiología tuberculosa de la reumática. Esta trae hipertrofia cardíaca, lesión valvular característica, períodos graves de asistolia y por último sínfisis; mientras que la tu-

bereulosis no trae hipertrofia cardíaca, no hay lesión valvular, hay embriocardia con tonos apagados. Además, la presencia de un derrame pleural, la tuberculosis pulmonar, la adenopatía tráqueo-brónquica, hablan en favor del proceso baciloso. La dermoreacción de Von Pirquet y la oftalmoreacción de Calmette pueden contribuir a dilucidar el diagnóstico etiológico.

Desde el punto de vista de los signos hepáticos, en la duda de que se trate simplemente de un hígado congestivo debido a un ataque de asistolia, el reposo y el tratamiento adecuado se encargarán de aclarar el diagnóstico.

En el caso de concomitancia de una cirrosis cardio-tuberculosa con una peritonitis tuberculosas con ascitis, el diagnóstico de la primera se hace difícil porque el hígado puede estar aumentado de volumen en ambos procesos; la sintomatología cardíaca hará pensar en favor de una cirrosis.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico de esta afección es de los que no dan lugar a duda alguna, por la importancia de los órganos atacados y la naturaleza de la lesión; sin embargo, a pesar de esta gravedad, se citan casos en que la supervivencia del enfermo es de años; así Hutinel refiere el caso de un enfermito que llevaba su cirrosis durante más de cuatro años y que evolucionaba favorablemente; el mismo autor trae la observación de un cardio-tuberculoso de veinticuatro años de edad y que ha seguido durante mucho tiempo.

Pero se puede afirmar que de cualquier modo son enfermos condenados a morir joven. La terminación es en regla general por generalización del proceso bacilar; a no ser que les toque una enfermedad intercurrente como ser el sarampión, la escarlatina, el coque-luche, la fiebre tifoidea, etc., que apresure el desenlace.

En lo que al tratamiento se refiere, podemos, en líneas generales, decir que queda reducido al tratamiento contra la lesión bacteriológica la tuberculosis, medicación que es más de orden higiénico que específico y al tratamiento sintomático de los dos grupos de síntomas: cardíaco y hepático.

La teobromina, la santeosa, el calomel, a pequeñas dosis, son los medicamentos a usar.

Las funciones evacuadoras paracentesis o toracocentesis según sea la cavidad serán necesarias practicarlas cuando la intensidad de los trastornos mecánicos que provocan el acumulo de líquido libre en dichas cavidades así lo requiera.

Como régimen alimenticio se debe aconsejar la leche y el régimen declorurado.

OBSERVACION I

E. U., 5 años de edad, argentino.

Fecha de entrada, 11 de Marzo de 1911.

Fecha de salida, 6 de Diciembre de 1911 (estacionario).

Servicio del Dr. Centeno.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Un hermano muerto de congestión pulmonar. Otros dos vivos y muy sanos.

Antecedentes personales. — Nació a término, pesaba 5 kilos al nacer. Criado a pecho exclusivo hasta los 4 meses; después a pecho, 3 sopas de pan, té con leche. Ninguna perturbación gastro-intestinal. Sarampión a los dos años. Hace 2 meses ligero catarro bronquial del que curó muy bien.

Enfermedad actual. — Data del jueves 1.º de Marzo. Notaron los padres que el niño estaba triste, muy

caído; fiebre (38.º) que ha tenido hasta la fecha. El niño dormía poco, y desde un principio se ha quejado de dolor al estómago que se irradiaba hacia el dorso. Desde ayer solo siente dolor en el lado izquierdo al nivel del reborde costal; parecen ser puntadas.

Desde que está enfermo tiene tos seca y mucha disnea.

Muy poco apetito, desde cinco meses atrás. Náuseas; sequedad de vientre, necesitando enemas para moverlo. Vientre hinchado.

Orina escasa y cargada.

Estado actual.—Niño bien desarrollado, en buen estado de nutrición, facies sonrosada, piel blanca, sana, sin ganglios superficiales palpables, sin edemas, sin cianosis de labios. Lengua húmeda, no saburral, dientes bien implantados y sanos.

Estado disnético, 63 respiraciones por minuto, aliento de nariz. Tipo respiratorio costo abdominal, ritmo conservado, amplitud disminuída del lado izquierdo.

Tórax. — Bóveda bien marcada en la región precordial.

Límite neumo-hepático 4.º espacio. Percusión tórax derecho, por delante normal. Respiración supletoria marcada, sin ruidos agregados.

La inspección por delante: fosa infra-clavicular sub-

matites con eco timpánico. En el 3er. espacio intercostal matites absoluta hasta el área cardíaca.

Región axilar inspección: En el hueco sub-matitez que llega hasta el 7.º espacio intercostal en donde se hace timpánico. Traube disminuído en su porción superior e interna.

Corazón.—Punta: no se ve ni se palpa, ni por auscultación es posible determinarla. Los tonos se oyen alejados sobre la región esternal.

Tórax por detrás.—Sonoridad en ambos lados del vértice a base—bases movibles. En la zona inter-escápulo espinal izquierda foco de rales sub-crepitantes finos, soplo espiratorio rudo.

En el vértice derecho soplo espiratorio con escasos rales sub-crepitantes finos.

Abdomen. — Nada de particular.

Pulso.—Es regular, igual, poco tenso, 150 por minuto.

Al examen radioscópico. — Se ve en la parte media del tórax una sombra bien limitada sobre todo en la parte superior por una línea curva de convexidad inferior y hacia la derecha igualmente neta y curva de mayor arco; a la izquierda deja zona clara entre límites menos netos y la pared costal; coincide con los límites percutorios observados.

Marzo 16 de 1911.—Punción de pericardio, 80 grs. Se manda a examinar.

Marzo 18 de 1911.—Hígado más grande.

En el pulmón izquierdo, por atrás, se percute una zona mate en el espacio inter-escápulo espinal correspondiente a tres apofisis espinosas, que se modifican con los cambios de posición. (Skodismo) en la fosa supra-espinosa izquierda.

Marzo 20 de 1911.—Matitez en todo el pulmón izquierdo con soplo tubario, broncefonia y algunos rales finos. En la base la voz se ausculta alejada.

Marzo 22 de 1911.—La matitez cardíaca ha disminuído. Pulso regular, igual; menos disnea. Atrás el pulmón izquierdo está más sonoro; ha desaparecido la matitez que se apreciaba los días anteriores, sólo en la base hay matitez.

Los fenómenos auscultatorios son iguales.

Dermoreacción. — Positiva.

Abril 15.—Los tonos cardíacos se perciben bien; los fenómenos pulmonares han casi desaparecido.

Septiembre 13. — No ha tenido ninguna novedad. Ha seguido mejorando paulatinamente. El estado general es bueno; notándose ligero tinte cianótico de los labios y pómulos. Ingurgitación de los vasos del cuello, más del lado derecho.

Pulmones.—Respiración brónquica en la fosa infra-clavicuilar izquierda, donde persiste una ligera submatitez. Por atrás percusión sonora con eco timpánico. Respiración brónquica en la fosa supra-espinosa, vesicular en el resto. Ausencia de rales. Pulmón derecho normal.

Marzo 13 de 1911.

Examen de sangre

| | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------------------|-------|
| Glóbulos rojos . . . | 5.030.000.-- | Valor globular. | 0.90 |
| » blancos | 6.800. - | Polinucleares neutr. | 73.66 |
| Relación globular | 1.762.-- | Linfocitos | 23.00 |
| Hemoglobina. | 90.-- | Transitorios | 4.33 |
| Glóbulos rojos normales. | | | |

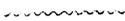
Marzo 16 de 1911. — Líquido de punción pericárdica. Centrifugado y examinado el sedimento se observan algunos hematíes y glóbulos blancos en la siguiente proporción:

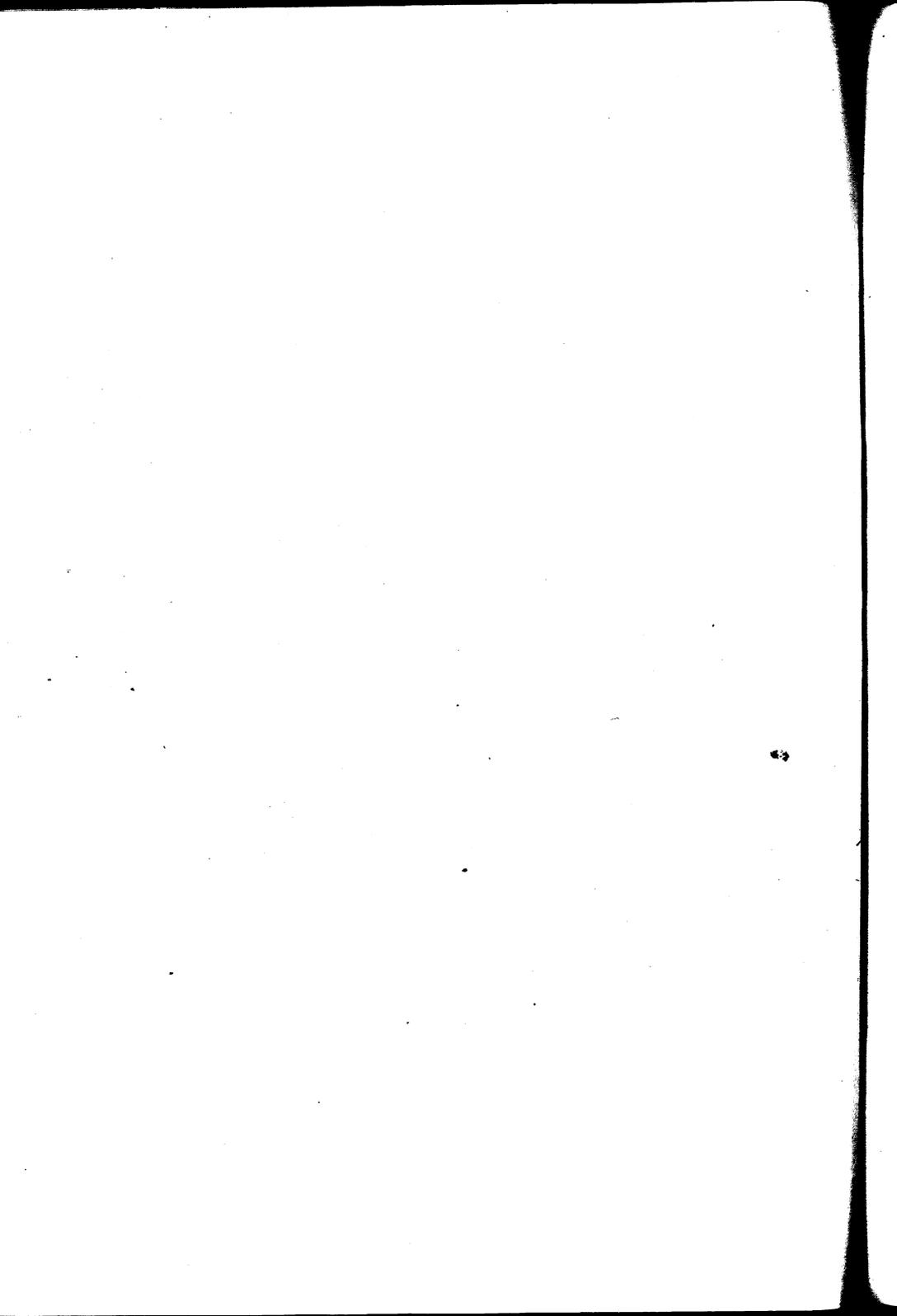
- Linfocitos, 65 %.
- Polinucleares, 35 %.

Se hacen cultivos.

Marzo 17 de 1911. — Líquido de punción pericardiáca. Se observan diplococos y colibacilos.

Diciembre 10 de 1911. — El enfermo es dado de alta con su gran hígado y su condensación pulmonar.





OBSERVACION II

M. L., cama 23, edad 14 años.

Fecha de ingreso, 2 de Agosto de 1912.

Servicio del Dr. Araújo Alfaro.

Nació en Brasil (San Pablo). Residió después en Buenos Aires, desde hace dos años.

Parto, normal.

Hijo legítimo, sí.

Cuando nació, el padre tenía 20 años y la madre 18.

Alimentación. — Lactancia materna, un año.

Desarrollo. — Los primeros dientes, a los 13 meses.

Antecedentes de familia, medio y contagio. — La madre ha sido siempre sana. Tuvo 5 hijos sanos y 1 murió a los 10 días. El padre es sano, grueso, no alcoholista.

Antecedentes mórbidos individuales y enfermedad

actual. — Tuvo sarampión hace 6 años; conqueluche cuando tenía meses. Hace 2 años vino cianótica, con dolores hepáticos sospechándose alguna cardiopatía: sin embargo no habían síntomas. La enferma deja de venir al Hospital hasta el año pasado; entra a la sala II, donde se constata una pleuresía, más tarde una peritonitis con derrame y luego un derrame en la articulación de la rodilla derecha. Sale del Hospital, pero se presenta más tarde fuertes resfríos, tos ligera, poca fiebre, dolores hepáticos, vómitos biliosos, se le hinchaban las piernas y la cara; labios cianóticos.

Hace 5 ó 6 meses se empieza a hinchar el vientre, orinas escasas con ardores.

Algunos de estos síntomas desaparecen para aparecer después de algún tiempo.

En estas condiciones ingresa de nuevo al Hospital.

Estado actual. — Decúbito, de preferencia dorsal, aunque le es indiferente salvo en los momentos de dolor abdominal; cambiando el decúbito según la zona dolorosa.

Estado de nutrición. — Mediano, poco panículo adiposo.

Fisonomía. — Tranquila, cara de tinte cobrizo, pómulos, nariz labios y mentón rojo-cianóticos.

Piel. — Morena, seca, elástica; sistema piloso poco desarrollado; pelos en el pubis. Existen cicatrices (en

la pared abdominal) que corresponden a punciones repetidas.

Ganglios superficiales. — Se palpan ganglios pequeños y movibles en ambos lados del cuello. También en las axilas, del tamaño de un garbanzo, movibles e indoloros. En ambas ingles, del tamaño de un poroto movibles e indoloros. Existen también ganglios epitrocleares, indoloros, movibles, del tamaño de un garbanzo.

Esqueleto. — Rosario raquíico muy ligero. No hay osteofitos ni esostosis. Tibias un poco en hoja de sable. La rodilla derecha más voluminosa y gruesa que la izquierda.

Boca y faringe. — Labios mediano, rojo-cianóticos.

Dientes. — 31 dientes, buena forma, bien implantados, no hay caries.

Paladar. — Ojival, húmedo, rosado.

Aparato circulatorio. — Corazón: punta, a la inspección no existen levantamientos ni latidos de la pared en toda la región precordial. Solo hay depresión algo acentuada en los espacios intercostales; pero esa depresión es inspiratoria y poco acentuada, algo más, sin embargo, a la izquierda que a la derecha; a la palpación no se puede localizar. A la auscultación, los tonos se perciben muy alejados.

Pulso. — Frecuente 110 pulsaciones, hipotenso, poca amplitud, hay intermitencias.

Arterias. — No hay baile arterial; latidos del cuello poco perceptibles. No hay pulsaciones epigástricas ni supraesternales.

Venas. — Red venosa torácica anterior. Venas yugulares ingurgitadas.

Aparato respiratorio. — Respiración toraco-abdominal; 28 respiraciones por minuto.

Tos. — No tiene.

Expectoración. — No hay,

Pulmón derecho. — Por delante, excursión disminuída en reposo. Vibraciones normales. Percusión: submatitez a partir de la 5.^a costilla. Auscultación: murmullo vesicular disminuído.

Axila. — Vibraciones normales. Percusión: submatitez a partir del reborde superior a la 5.^a costilla. Auscultación: disminución del murmullo vesicular.

Por detrás: Se constatan todos los síntomas de una pleuresia.

Pulmón izquierdo. — Excursión: mayor que en el lado derecho. Depresión inspiratoria en los últimos espacios intercostales. Normal a la percusión y auscultación.

Abdomen. — Forma globuloso.

Tensión. — Aumentada.

Venas sup. — Existen bastante acentuadas y numerosas en la región infra umbilical.

A la palpación. — Se percibe el reborde inferior del hígado entre el ombligo y el reborde costal, consistente y de superficie regular. Hay líquido.

Percusión. — Sonoro hasta el ombligo, región infra-umbilical sub-mate y mate.

Hígado. — Borde per. superior, sexta costilla en el borde superior.

Bazo. — No se palpa.

Agosto 29 de 1912. — Se manda hacer un examen de líquido de punción peritoneal.

Examen de — Líquido de punción peritoneal completo: 450 c. c. Densidad: 1020. Citrino. Opalescente. Alcalino. Urea: 2.56. Albúmina: 11. Glucosa: No tiene.

Reacción de Rivolta: Positiva.

Por centrifugación forma un depósito rojo obscuro abundante.

Fórmula leucocitaria:

| | |
|------------------------|---------|
| Linfocitos. | 73.67 % |
| Polinucleares. | 12.67 % |
| Mononucleares. | 2.66 % |
| Transición. | 11. % |

Hay abundantes hematíes, grandes células epitelia-

les y bacilos diversos. No se observan bacilos de Kock.

Septiembre 12 de 1912. — Examen de: Liq. de punción peritoneal. Completo:

10 c. c. Citrino. Opalescente. Alcalino.

Albúmina. 9.50

Glucosa. no tiene

Urea. 3.84

Reacción de Rivolta, positiva.

Por centrifugación da un depósito abundante de color rosado.

Fórmula Leucocitaria:

Lifocitos. 98.00 %

Polinucleares. 1. %

Mononucleares. 0.33 %

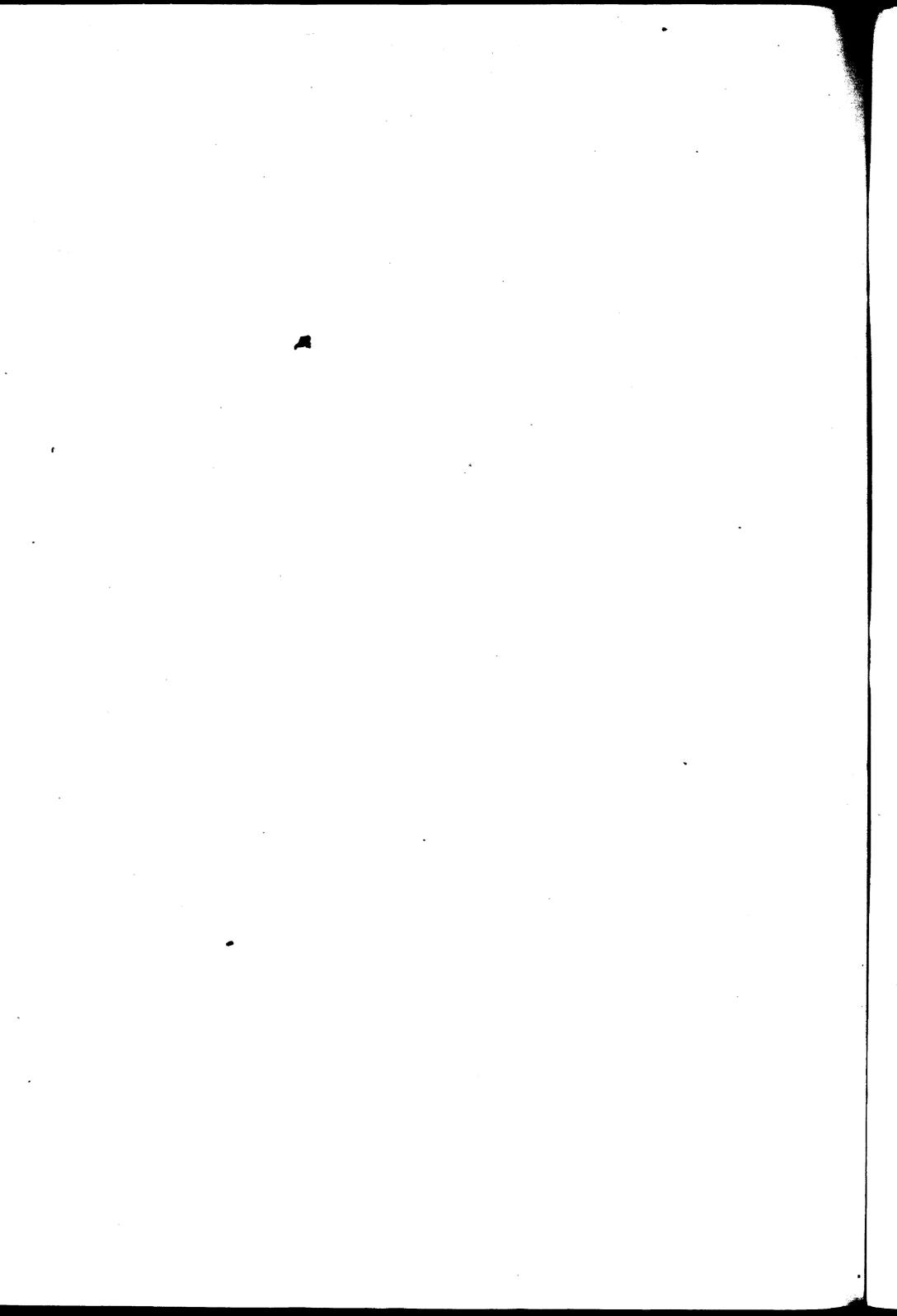
Transición. 6.67 %

Se observan abundantes hematíes y algunas células epiteliales.



BIBLIOGRAFIA

- Aschoff.*—Anatomía patológica.
Comby.—Enfermedades de la infancia.
Cifone.—Tesis, Buenos Aires 1900.
Hutinel.—Enfermedades de la infancia.
Heubner.—Enfermedades de la infancia.
Lanos Nad.—Tesis, París 1914.
-



Buenos Aires, Junio 10 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcial V. Quiroga, al profesor titular Dr. Luis Agote, y al profesor suplente Dr. Cándido Patiño Mayer para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

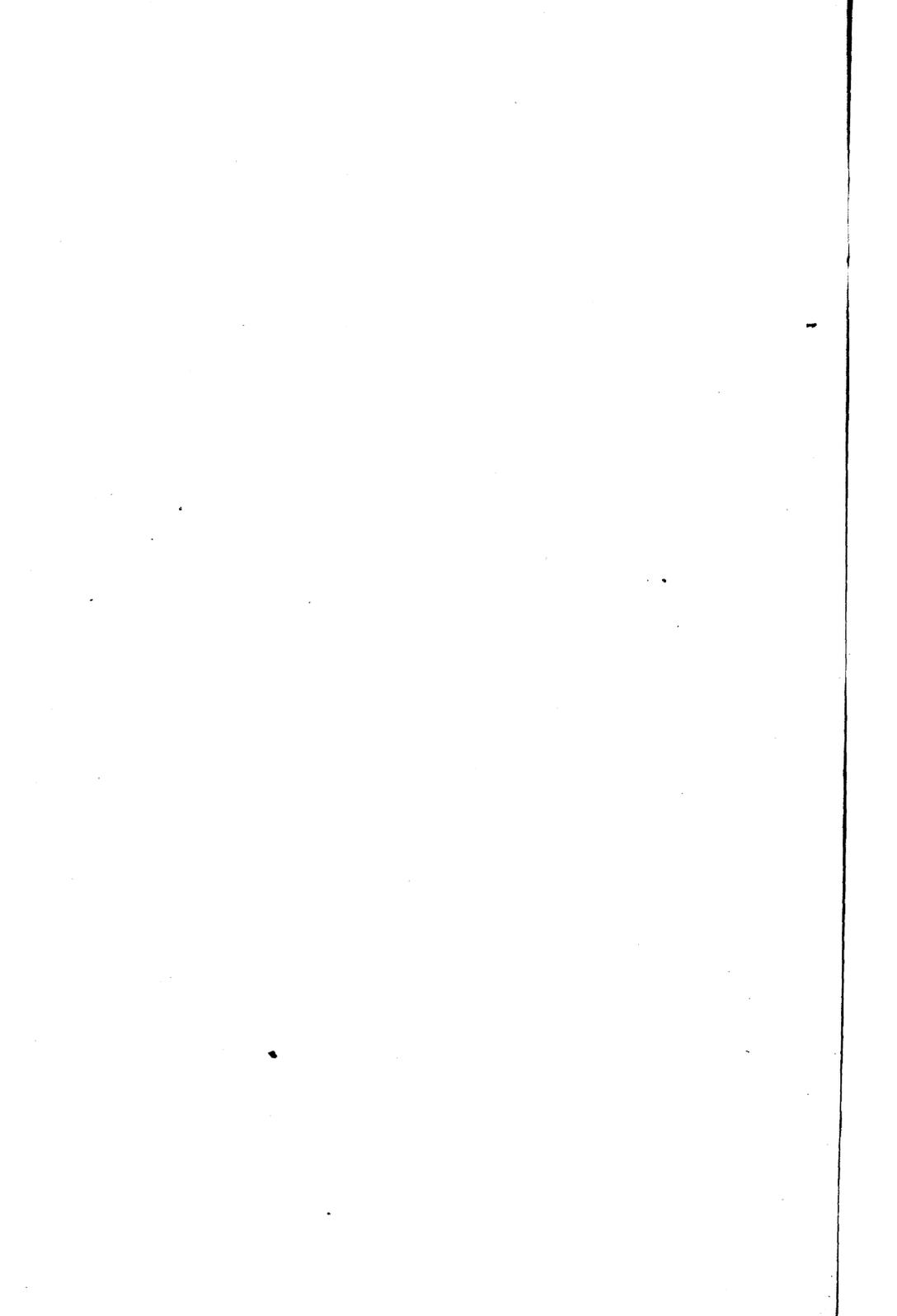
Buenos Aires, Julio 17 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 3464 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30699





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Clasificación de los cirrosis, según sus causas.

Marcial V. Quiroga.

II

Mecanismo de la acción tuberculosa.

Luis Agote.

III

Diagnóstico diferencial de las asistolias crónicas.

C. Patiño Mayer.

