

S U M A R I O

*Infecciones focales metastisarias* - por los Dres. C. Nario, A. Borrás y J. Bado.

*Fidatiosis peritoneal secundaria sub-diafragmática*. - por los Dres. Juan C. del Campo y Juan C. Castiglioni.

---

Presentado en la Sesión de 15 de Mayo de 1931

Preside el Dr. Stajano

*Infecciones focales metastisarias*

Por los Dres. C. NARIO, A. BORRAS y J. BADO

**Caso N.º 1.** — María V. Rap., 17 años, soltera.

Ingresa 15 de Agosto de 1930.

Hace 4 meses notó una sensación molesta y poco dolorosa en el puño derecho, con aumento de volumen de la región. Así continuó con dolor sordo sobre todo cuando deseaba hacer trabajos pesados, y vió que el aumento de volumen se iba acentuando. Tiene buen apetito, no ha adelgazado y no existentes otros síntomas importantes.

**Antecedentes.** — Hace un año apareció una tumefacción en la región infraclavicular izquierda, dura, poco dolorosa, que fué aumentando de volumen y reblandeciéndose, y acercándose a la línea media en posición preesternal. Dicho tumor fué incindido saliendo una regular cantidad de pus. Mecha de drenaje — tardó nueve meses en cicatrizar. Los demás antecedentes carecen de importancia.

**Examen.** — Aspecto general normal. Dos cicatrices adherentes en la parte media de la región esternal. Engrosamiento en la clavícula derecha limitado a la diáfisis y no doloroso.

En la extremidad inferior del radio derecho se encuentra una tumoración formada por dicha epífisis aumentada de volumen con deformación global, muy poco dolorosa, lisa y ligero aumento de calor local. Los planos superficiales deslizan bien y los tendones se mueven fácilmente y sin dolor. Los movimientos del puño están conservados.

**Reacción de Wasserman.** — **Negativa.**

**Radiografía.** — Aspecto de geoda central con reacción condensante inmediata y poca reacción perióstica.

**Operación.** — Anestesia general. Incisión sobre el tumor entre los extensores del índice y el extensor común. Se llega al hueso, se rugina, se escopla una porción del hueso, de 1 cm<sup>2</sup>; inmediatamente sale una

cantidad regular (2 cucharadas de pus verdoso, bien ligado, se enjuaga la cavidad con gasa. Se nota que en su interior hay una membrana gruesa constituida por fongosidades. No hay secuestro. La paredes son duras, consistentes, ebúrneas y no sangran.

Mecha de gasa yodoformada en la cavidad.

Alta el 3 de Setiembre con la cavidad en vías de brotamiento. Actualmente está curada.

**Examen de las fongosidades.** — Lesiones tuberculosas típicas.

**Examen bacteriológico del pus.** — No revela ningún micro-organismo.

**Caso N.º 2.** — José M. Hormaiste...

Su enfermedad actual empezó hace cuatro meses y medio con un dolor que él localiza en la epífisis tibial superior. El dolor no era de gran intensidad y no le impedía trabajar. Como durante un mes y medio su situación es estacionaria, por consejo de un médico ingresó al Hospital Pasteur en otro servicio, donde después de sacarle una radio y ponerle una gotera metálica, sustituyeron éste por un yeso durante 4 días. Se le instituyó un tratamiento a base de cianuro de mercurio y sulfarsenol; pero el dolor fué aumentando a pesar del tratamiento. Volvió a la casa y notó que el dolor se hacía más agudo, casi intolerable; de intermitente se hizo continuo, presentando una exacerbación nocturna evidentísima. Se sometió durante 22 días a otro tratamiento a base de antireumáticos y helioterapia local. En ese estado me consulta, porque el dolor le hace imposible la vida.

**Examen.** — Enfermo pálido, con facies de sufrimiento, adelgazado y apirético.

En la extremidad superior de la tibia se observa una saliencia ligera de su cara interna visible y palpable. A la medida hay una diferencia de dos centímetros con respecto a la tibia sana. No hay circulación complemenatria. Hay aumento de temperatura local y ligero edema. A la presión se despierta un dolor local en el sitio de la deformación que parece irradiarse hacia la diáfisis. Hay ganglios chicos en todas las regiones. Ligera atrofia del muslo derecho.

**Antecedentes.** — Hace 16 años, traumatismo de la rodilla derecha con hidartosis, que fué puncionado, y que curó con inmovilización provisoria de dos meses. El año 1922, chancro diagnosticado sifilítico y tratamiento consecutivo. El año 26, bleñorragia, que curó bien, al parecer. El 16 de Octubre ppdo., R. de W.: Positiva.

Aparte de estos incidentes, gozó siempre de buena salud, con aptitudes buenas para el trabajo y para el sport.

**Radiografía.** — Aspecto de geoda central metafisaria, con reacción condensante inmediata y ninguna reacción perióstica.

**Operación.** — 19 de Noviembre de 1930. Anestesia local. Colgajo de la cara interna de la tibia con pedículo alto. Se trepana el hueso. Sale una cantidad apreciable de pus bien ligado, que deja una cavidad del tamaño de nuez grande. Curetaje de la cavidad que tiene paredes bastante ebúrneas. No hay secuestro ni fongosidades. Se drena con mecha yodoformada.

**Examen del pus.** — (Cultivo). *Stafilococcus* puro.

Se le hacen seis inyecciones de sangre extraída por punción venosa en la cavidad hasta rellenarla. Dichas inyecciones se practican con intervalo de dos a tres días. Alta en vía de cicatrización, en Diciembre 22 de 1930. Actualmente curado.

Los llamados abcesos de los huesos, señalados desde hace muchos años por Brodie, constituyen una entidad rara en la vida hospitalaria.

Entrando de lleno en este asunto, podemos presentar algunas consideraciones.

Desde luego, al título de nuestra comunicación le conviene una aclaración. “**Supuraciones metafisarias en foco**” debía ser la verdadera manera de presentar estos casos, y así la modifiqué, para quitarle a la palabra focal el sentido que pueda evocar en nuestro espíritu. Se trata, en efecto, de una supuración primitiva y única, localizada en la metafisis de los huesos largos, constituyendo un foco clínico y operatoriamente bien constatable.

¿Por qué, en consecuencia, no imponerle como título de presentación, el de abceso de Brodie? No nos opondríamos a ésto, sino después de haber establecido su extensión aun en forma convencional. De lo contrario, caeríamos en las mismas contradicciones de algunos autores, que incluyen en el abceso de Brodie las osteomielitis lanzadas, ciertas formas de tuberculosis diafisaria, los abcesos post osteomielíticos de Lannelongue, etc.

No me opongo, pues, a ese deseo, pero con la condición de no reanudar a cada rato una discusión previa de deslindamiento que nos puede llevar a limitar exageradamente el concepto de estos hechos en detrimento de la amplitud de miras que debe siempre tener el clínico cuando los encara, no como patólogo, sino en la cabecera del enfermo. Así mientras unos reclaman que la supuración del foco óseo, sea primitiva y única, que se compruebe al examen bacteriológico el microbio piógeno responsable; otros, en cambio, con tal que exista una supuración en foco en el interior de un hueso, sea cual sea el antecedente y sea cual sea el carácter clínico o la constatación operatoria, no necesitan, ni tienen

otras exigencias para hablar de absceso de Brodie. Me parece, que si la primera exigencia puede ser justa, desde el punto de vista patológico puro, y la segunda es también justa, en cuanto al empirismo simplista del que desprecia la doctrina para acogerse a la constatación somera de los hechos: ambas pecan por un exceso que la clínica debe y puede rechazar.

**Constataciones clínicas.**—Seremos breves y las limitaremos a nuestros casos:

1º) Sitio y tamaño parecidos en ambos casos.

2º) **Antecedentes.**—Es un caso de traumatismo antiguo, demasiado antiguo para que pueda tener valor, de acuerdo con la opinión de los autores más reputados. En el otro, una lesión ósea previa en el esternón no bien determinada, pero verosímilmente de la misma naturaleza que el foco radial metafisario.

3º) **Síntomas.**—De los dos síntomas clínicos importantes que se señalan en gran número de casos publicados, **dolor local y deformación local**; veamos como se presentaron en nuestros casos.

La deformación estaba en las dos, global en el caso N° 1, parcial en el N° 2.

En cuanto al dolor, mientras en el caso N° 2, el dolor era evidente, continuo, exarcebado por la marcha y durante la noche; en el otro, N° 1, no había casi dolor espontáneo y ninguno provocado. Este hecho ha sido señalado por algunos autores que se han ocupado de las formas anormales de las osteitis tuberculosas.

4º) **Radiografía.**—Cinco aspectos radiológicos pueden afectar las cavidades supuradas. De estos cinco aspectos nuestros dos casos se revelaron por el más evocador de la lesión, es decir: geoda central con condensación periférica y ninguna o muy poca reacción perióstica. Deseo desde ya, establecer que esta condensación periférica puede ayudar mucho al diagnóstico, sobre todo cuando se produce hacia el canal medular como aconteció en estos casos. En cambio, la ausencia de reacción periosteal puede ser motivo serio de desconcierto.

**Consideraciones diagnósticas.**—El diagnóstico se planteará siempre sobre el conjunto de caracteres clínicos y radiológicos. Los primeros pasan a segundo plano; salvo el dolor, cuando adquiere un carácter de fijeza grande y resistencia a todos los tratamientos. La exasperación nocturna tan propicia para desviar el diagnóstico hacia la osteosífilis, lejos de hacernos torcer las presunciones orientadas hacia el absceso debe al contrario confirmarlas si la radio muestra imágenes concordantes. Pero el dolor no siempre existe como pasó en nuestro caso N° 1.

Las radiografías bien hechas, son indispensables, pero conviene saber que ninguna imagen es específica de esta afección.

Las supuraciones en focos centrales de los huesos pueden dar todas las apariencias de cualquier lesión inflamatoria o tumoral.

No deseo molestar a ustedes repitiendo mal lo que está bien dicho en libros, revistas, etc. Sólo me referiré al estado de espíritu porque pasamos algunos o todos los que tuvimos ocasión de observar las placas en estos casos.

Se trataba, pues, de una geoda central metafisaria sin reacción periosteal.

En el caso N° 1, se pensó en una sífilis, un tumor a meloplaxos, un absceso de Brodie, una tuberculosis metafisaria. Resultó este último diagnóstico.

En el caso N° 2, se pensó en una sífilis que ya quedaba descartada por el fracaso del tratamiento específico hecho en otro servicio, un sarcoma osteogénico y un absceso. Resultó absceso.

El síntoma cavidad enquistada metafisaria tomado aisladamente es de interpretación difícil y es por él y sobre él, que el clínico debe empezar su razonamiento.

¿Es posible agregándole algunos otros elementos llegar a signos de probabilidad?

Hay un primer elemento: haber visto evolucionar otros casos de absceso.

En nuestro servicio, el doctor Borrás llevó ese diagnóstico en el caso N° 2; y en el caso N° 1, el profesor Putti, a quien consultamos, sospechó el absceso aun cuando hizo salvedades coincidentes con nuestra manera de pensar. Los argentinos tienen una bibliografía bastante importante, y sorprende un poco la facilidad con que afirman los diagnósticos para quien no sepa que el ilustre clínico de Buenos Aires Chutro enseñó con la claridad que lo caracteriza estas supuraciones en la Sociedad de Cirugía.

Salvo esta situación de espíritu, que personalmente no teníamos cuando vimos estos dos enfermos, y después de haber consultado un número crecido de casos, podemos decir, que la presencia o ausencia del dolor con los caracteres clásicos señalados por Brodie, puede conferir gran claridad a la constatación de la geoda radiográfica.

En caso de haber binomio dolor y cavidad, los tres diagnósticos más seguros serían: sarcoma, sífilis, absceso.

En caso de haber y ausencia de dolor, o dolor muy atenuado, se plantearía diagnóstico más probable entre tuberculosis, a meloplaxos,

tumor encapsulado intraóseo (condroma), quiste esencial solitario, absceso piogénico (tuberculoso o no).

Adelantado este primer paso con éxito o sin él, podría tal vez concedérsele cierto valor a la reacción ósea pericavitaria, y a la reacción cortical a distancia de absceso, pero sin hacerse muchas ilusiones al respecto.

En efecto, la sífilis puede afectar la situación metafisaria, puede dar condensación, y presenta reacción perióstica acentuada, sin contar con el carácter singularmente fijo del dolor y su exasperación nocturna. En nuestro caso N° 2, alguien pensó en sífilis y el fracaso del tratamiento instituido y del reposo, me inclinaron a suponer cuando el enfermo me consultó, que se trataba de un tumor maligno.

El sarcoma cuando es central, puede no tener ninguna reacción cortical, como pasa con algunos absesos; y se dice que carece de reacción, pero cavitaria de tipo condensante, cosa que sería constante en el absceso.

Ahora bien, compulsando la estadística se observa en lo que se refiere a esta cuestión, los siguientes hechos:

- a) Los absesos pueden afectar dos tipos anatomoradiológicos: 1°) Tipo enquistado limitado por una pared esclerosa, ebúrnea, con gran condensación y pocos brotos carnosos; 2°) Tipo no enquistado por paredes friables, con gran rarefacción ósea y muchos brotos carnosos.
- b) Los sarcomas pueden a su vez, en algunos casos bien vistos, presentar reacciones inmediatas a la cavidad que simulan singularmente bien, las mismas reacciones inflamatorias en la osteomielitis subaguda, o en los absesos.

Tavernier, que dentro de su excepticismo diagnóstico, es menos excéptico cuando encara este problema, ha presentado hechos de esta naturaleza, y Phemister y Gordon, insisten sobre la poca confianza que deben inspirar esas reacciones. Y nosotros agregamos, que el tipo reaccional del tejido óseo nos parece (a medida que vemos más casos) más en relación con la intensidad del proceso que lo engendró, que con la naturaleza del mismo, y en consecuencia puede ser utilizado en algunos casos como una constante clínica pero sin concederle el valor de una lesión verdadera; es decir, de una osteitis. Es un satélite de la osteitis que obedece a la lesión, pero que no puede caracterizarla con toda seguridad.

La tuberculosis parecería a primera vista no tener gran crédito frente a estos hechos, si nos atenemos a los datos clásicos. Sin embargo, en nuestro caso N° 1, el diagnóstico anatomopatológico nos

mostró la posibilidad de presenciar una lesión tuberculosa, metafisaria, con reacción inmediata de condensación intensísima y discreta corticalitis.

De todas las formas conocidas de osteotuberculosis, nuestro caso se aparta en forma tal, que conviene señalarla con precisión. No es el tipo tuberculoenquistado, ni tampoco la caries cavernosa (tipo tumoral), ni tampoco la spina ventosa, esto es evidente. No hay secuestro en su interior, ni chico ni grande. Hay pus bien ligado, y una membrana biogénica contenidas en una cavidad de paredes duras, eúrreas. En ningún punto hay rarefacción ni osteolisis.

El examen anatomopatológico muestra la realidad de una tuberculosis con edificaciones gigantes. Es pues, un absceso frío de la metafisis y en consecuencia, una forma rara por el sitio, la forma, la reacción dominante y la exposición clínica. Parece como si la tuberculosis en esos casos, se comportara al igual que una infección banal piogénica de tipo crónico. Si se reflexiona en que las osteotuberculosis enquistadas requieren una gran atenuación en la virulencia del bacilo de Koch, no sería aventurado comparar esta forma especial con la capacidad de ciertas cepas actualmente apasionantemente estudiadas que como el B. C. G., son capaces de edificaciones clásicas con capacidad de virulencia local y general muy empalidecidas.

Ahora bien, ¿es posible plantear un diagnóstico diferencial, entre esta tuberculosis y otras infecciones en foco?

Me parece que nada autoriza semejante exigencia clínica.

En cuanto al tumor a mieloplaxos: en el caso N° 1, se planteó más por el tipo benigno e indoloro de la deformación y sobre todo por la localización radial que por razones de más eficacia clínica.

Por último, en lo referente a los quistes solitarios de los huesos largos: basta recordar que existe una forma quística de osteitis tuberculosa de König y otra forma quística de la osteomielitis crónica, para comprender como puede resultar ilusorio plantear un diagnóstico operatorio en términos demasiado ceñidos.

**Consideraciones terapéuticas.**—De los tres términos del problema terapéutico de las cavidades intraóseas por absceso, es decir: abrir, drenar y tratar la cavidad, nos detendremos en este último.

Los otros dos son demasiado conocidos y obedecen a las leyes generales que presiden de la trepanación de los focos infectados de los huesos.

Dejando de lado otras terapéuticas seguramente poco simpáticas y muy discutibles, el criterio oscila entre estas dos soluciones: 1°) Dejar que la cavidad se rellene por yesamiento y a favor de un osteo-

génesis cuyo poder no es posible prever; 2º) Rellenarla con elementos vivos (músculo, grasa, hueso, etc.), o muertos (pastas).

Empleamos la primera solución en el caso Nº 1. La cavidad actualmente está cerrada, pero el proceso fué largo en virtud probable del carácter bacilar de la enfermedad y tal vez por otra razón que voy a decir.

En el caso Nº 2 íbamos a emplear el mismo procedimiento cuando una sugestión sumamente interesante nos hizo prever la posibilidad de emplear un método, que no teniendo los inconvenientes de los injertos, rellenaba la cavidad provisoriamente, excitaba lógicamente la osteogénesis y podía ser aplicado sin necesidad de cerrar la cavidad.

Me refiero a la inyección de sangre del mismo sujeto dentro de la cavidad. La impresión que nos dejó el procedimiento es muy buena. El tiempo de rellenar fué relativamente breve. La facilidad de su aplicación y la ausencia de todo inconveniente lo hacen muy recomendable.

Sin embargo, en esta cuestión del rellenamiento espontáneo con o sin autohemoterapia local existe un punto que conviene aclarar.

El estado de las paredes debe entrar por mucho en estas lentitudes de reparación. Cuando la pared del absceso es asiento de un proceso de condensación me parece que habría conveniencia en dejarla en ese estado adulto y poco susceptible de engendrar nuevos huesos.

El curetaje de la pared es siempre fundamental en tal caso. Pero no el curetaje de complacencia, sino el curetaje apoyado, capaz de romper la integridad de la caparazón que ha sido útil para evitar la difusión de la lesión y es seguramente perjudicial una vez abierto el absceso para el rellenamiento de la caverna.

Como la lesión es metafisaria me parece también que no es indiferente hacer dicho curetaje en cualquier sentido. La ofensa de un cartílago conjugal debe ser evitado y en cambio la acción de la cureta debe ser llevada en sentido de la diáfisis y canal medular.

Las imágenes radiográficas parecerían confirmar estas vistas y la evolución rápida del caso Nº 2, donde el curetaje adquirió el carácter en cuanto a la intensidad y sitio también están conformes con ellas.

---

**Dr. Prat.** — La comunicación de los Dres. Navío, Borrás y Bado es sumamente interesante por la rareza de la lesión de su primer caso.

Me ha llamado mucho la atención de que en el enfermo, que presentaba la geoda de la extremidad inferior del Radio, se encontraran mezclados elementos tu-

berculosos de la membrana de recubrimiento de la cavidad, con la presencia en ésta de pus bien ligado, con aspecto de pus inflamatorio simple.

No es frecuente la presencia de este pus en las cavidades tuberculosas de los huesos. Podría tratarse de una infección mixta.

Considero que este tipo de lesión tuberculosa cavitaria metafisaria, no es común, sino por el contrario bastante rara, y de ahí la importancia de este caso.

Sin pretender haber hecho una bibliografía completa, nos aventuramos a preconizar y asegurar la rareza de esta lesión. En nuestro medio hemos constatado lesiones óseas tuberculosas cavitarias en las diáfisis del cúbito y radio de niños, pero nunca encontramos cavidades tuberculosas metafisarias centrales.

Veces hay en que la histología patológica se encuentra frente a frente a la Clínica con hechos antagónicos, donde la primera puede establecer categóricamente la naturaleza tuberculosa de una lesión, mientras la segunda, con la evolución, despierta la duda en nuestro espíritu. Es evidente que la confirmación microscópica, es un criterio mucho más seguro que el clínico, sin embargo, no son pocos los casos en que la Clínica resulta triunfante a la larga; esto nos demuestra que no obstante la confirmación microscópica, conviene ser prudente para las conclusiones definitivas. Como comprobación de lo que afirmo, recuerdo el caso de un chico que hizo una fractura patológica que al consolidarse viciosamente, anguló el fémur a nivel de la región trocanteriana. La radiografía puso de manifiesto una cavidad ósea, causa de la fractura y que se diagnosticó quiste simple de hueso. El chico fué operado, se rompió el callo, se curetearon bien los extremos óseos y se aplicó un aparato de yeso que corrigió la angulación. El paciente curó perfectamente en un mes, obteniéndose una excelente consolidación del hueso, con corrección de la deformación. No poca sorpresa tuve al conocer el resultado del examen histológico, que, practicado por el Dr. Lasnier, establecía el diagnóstico de lesión tuberculosa.

No obstante la indiscutible preparación del Dr. Lasnier, no pude menos de dudar del diagnóstico, dado el excelente resultado clínico obtenido en tan poco tiempo en una lesión tuberculosa.

Los autores de la comunicación, establecen un elemento novedoso en el tratamiento; me refiero a la inyección de sangre empleada para la terapéutica de la cavidad ósea, nombre de inyección que creo más propio denominar rellenamiento de la cavidad por sangre. Los distinguidos colegas creen que ese tratamiento ha tenido un resultado real y eficaz; sin embargo hay que destacar que en las radiografías tomadas últimamente, quedan aún vestigios evidentes de la cavidad primitiva. A este respecto podría citar una observación, en la cual se pone en evidencia que el rellenamiento de una cavidad ósea por la sangre, no dió resultado. Se trataba de una gran cavidad de la extremidad inferior del fémur, que diagnosticamos quiste simple de hueso, y que resultó un tumor a meloploxos. En una primera operación vació su contenido líquido sanguinolento, y tuve que taponar su cavidad porque sangraba mucho. Como transcurría el tiempo y no curaba, le hizo el prof. Lamas un nuevo curetaje y hasta se le aplicó Radium. La cavidad sangraba tanto que formó un he-

minar con el sinnúmero de otros cuadros con ese fin. Injertos de suero, fresco o conservado, músculo, epiplón, materias inertes, etc., y con muy buen resultado en cavidades producidas por la exéncsis de grandes secuestros óseos.

Y si pensamos en el mecanismo de la enterogénesis, no podemos menos que aceptar gustosos un procedimiento que consiste en dar a la cavidad un medio tal, como la sangre, capaz de coagular, organizarse invadida por el tej. conj. joven y transformarse después en un porvenir más o menos próximo en un callo perfecto.

---

Presentado en la Sesión de 27 de Mayo de 1931

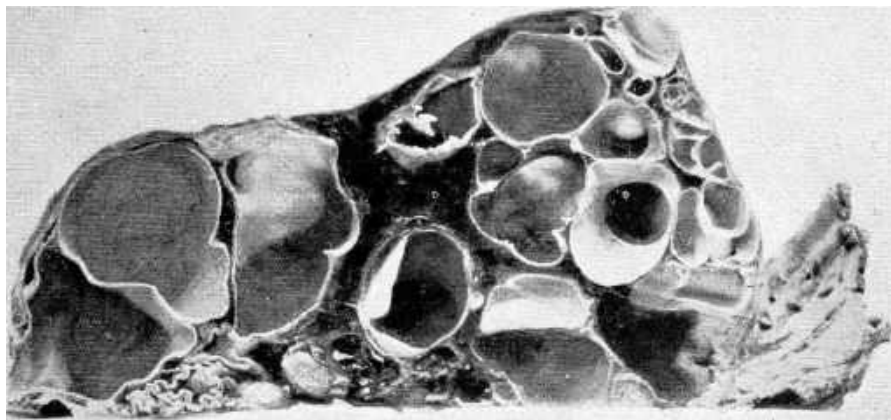
Preside el Dr. Stajano

*Hidatidosis peritoneal secundaria sub-diafragmática*

Por los Dres. JUAN C. DEL CAMPO y JUAN C. CASTIGLIONI

El protocolo de autopsia que pasamos a relatar, corresponde al cadáver de N. N., a quien la última operación le fué practicada en el Servicio del Prof. Mérola, a quien le agradecemos vivamente el haberse enterado del caso y cedido las piezas anatómicas.

Se trata de un sujeto demacrado, con vientre enormemente abombado y gran ensanchamiento de la base del tórax, tanto del lado de-



recho como del lado izquierdo. Presenta dos cicatrices antiguas de laparotomías supra e infraumbilical; a izquierda y por arriba del ombligo hay un orificio fistuloso por donde sale pus. A derecha hay una