

nexiones del menisco con la membrana sinovial y con la cápsula"; hay, además, otras lesiones de orden diverso, consistiendo "en una sustitución del cartílago fibroso del menisco por un conectivo fibrilar más o menos compacto, más o menos rico en células o vasos".

El autor insiste, sobre todo, sobre el papel de la conservación o pérdida de las conexiones capsulares o sinoviales.

Si he señalado estos datos, que salen de mi competencia, es para pedir el estudio histológico sistemático de los meniscos lesionados, como manera de explicar o encontrar las explicaciones de las lesiones raras degenerativas, como los quistes del menisco externo o el porqué de la rareza de las osificaciones en el menisco.

En una rápida e incompleta recorrida bibliográfica, he encontrado al respecto un caso del mismo Ferrero, nódulo óseo suspendido al cuerno anterior arrancado del menisco interno; por su situación y estructura, este nódulo es considerado como un fragmento de epifisis tibial arrancado por el traumatismo.

Semejante explicación no creemos debe aplicarse a nuestro caso: nuestro nódulo asienta en la extremidad anterior del fragmento posterior de un menisco roto en su parte media; el segmento anterior del menisco, libre por su parte posterior, está fijo por su cuerno anterior a la epifisis tibial.

El nódulo óseo parece desarrollado en el interior de la extremidad libre del menisco roto, de tal manera que éste, con su extremo engrosado, se asemeja al badajo de una campana; esto aleja la posibilidad de que se tratara de un nódulo óseo desarrollado en un fragmento de sinovial o cápsula arrancado cuando el traumatismo, en cuyo caso creemos que el nódulo estaría situado lateralmente con relación al menisco, y mismo sería posiblemente pediculado.

A este respecto hemos pedido al Prof. Lasnier un nuevo examen en la dirección longitudinal (el efectuado era transversal), de manera de establecer mejor las relaciones del nódulo óseo y del menisco.

Máscaras quirúrgicas de la ascariidiosis

Por los Doctores C. STAJANO y R. TALICE

El parasitismo por los áscaris interesa no sólo al médico general sino también al cirujano. En efecto, la literatura médica se viene enriqueciendo con la publicación de numerosos casos que demuestran la im-

portancia creciente de la ascaridiosis en la clínica quirúrgica. Nos parece oportuno recordar antes que la biología curiosa del *Ascaris lumbricoides* no ha sido bien conocida hasta las investigaciones de Stewart (1916), confirmadas después por Ramson y Forster, Sadac Yoshida, Fuelleborn y Brumpt. Estas investigaciones han demostrado que el embrión infectante salido del huevo maduro ingerido, una vez llegado al intestino delgado, no se limita a fijarse *in situ* para crecer y volverse gusano adulto. Ese embrión perfora el intestino, pasa al hígado por vía linfática o venosa, luego al pulmón, donde puede, si la infección es muy intensa, producir accidentes graves. Sucesivamente el embrión o larva asciende a la tráquea, cae en el esófago y llega al intestino, donde se fija, para alcanzar el estado adulto. Este ciclo biológico del parásito comporta, pues, una serie de migraciones normales. El áscaris puede detenerse en alguna de esas etapas viscerales y producir accidentes más o menos serios.

Además, desde hace mucho tiempo, son también conocidas las migraciones anormales del parásito, no sujetas a reglas fijas; el áscaris adulto es un huésped habitual del intestino delgado, pero como le gusta viajar, se desplaza espontáneamente o por causas provocadas, descien- de o asciende en la luz del intestino, franquea sus esfínteres, se introduce en los canales glandulares que desembocan en él. Estos desplazamientos causan, naturalmente, diversos trastornos nerviosos o mecánicos. Los áscaris, otras veces, abandonan el intestino y al perforar sus paredes caen en la cavidad peritoneal o dentro de otras vísceras huecas, hasta en los vasos sanguíneos, provocando los síntomas inflamatorios e infecciosos consiguientes.

Es necesario conocer estas migraciones normales y anormales del parásito, porque ellas permiten comprender la patogenia lógica de las formas quirúrgicas de la ascaridiosis. Desde que aquéllas han sido reconocidas, el número de casos de ascaridiosis, como lo veremos en seguida, se ha multiplicado en la literatura médica universal.

Las diferentes formas quirúrgicas abdominales de la ascaridiosis pueden agruparse del modo siguiente:

a) ascaridiosis que se presentan como complicaciones post-operatorias, después de intervenciones abdominales diversas practicadas bajo anestesia general o raqui-anestesia; tales los casos señalados por Lefevre y Baillat (1922) y por Tourneux (1930) en Francia, por Paul (1924) en Leningrado, etc. Los enfermos, el mismo día o el día siguiente de la operación, hacen bruscamente alarmantes accidentes locales (dolores, vómitos) y sobre todo generales (facies peritoneal),

con ligeras hipertermia y taquicardia, que simulan la peritonitis sobre aguda post-operatoria, o la oclusión intestinal o la dilatación aguda de estómago. Dichos accidentes, aunque de aspecto dramático, no son graves y cesan en general rápidamente después de la expulsión de uno o varios áscaris por la boca o por el ano.

El diagnóstico etiológico de los fenómenos es siempre difícil si no se conoce previamente el parasitismo que sufre el enfermo. Los áscaris pueden también obstruir una boca de gastro-enterostomía causando los trastornos consecutivos. Jamot y Vernon (1928) han visto eliminarse áscaris erráticos por una herida operatoria de hernia estrangulada, sin accidentes sépticos.

En los países cálidos, donde el parasitismo por áscaris es muy frecuente e intenso, algunos cirujanos aconsejan como tratamiento profiláctico de esas complicaciones, hacer previamente el análisis de materias fecales y, cuando sea posible, tratar a los parasitados con antihelmínticos, antes de operarlos.

b) Formas de ascaridiosis con cuadro de afecciones abdominales agudas. Se han descrito: el vólvulo, el ileo, la oclusión, la invaginación de origen ascaridiano. Brumpt ha observado, en un negro del Congo, un caso de estrangulamiento herniario debido a los áscaris, controlado por la autopsia. La patogenia de esos fenómenos es de orden mecánico (aglomeración de gusanos en casos de parasitismo intenso) o de orden nervioso (irritación de las ramificaciones del simpático intestinal por los parásitos fijados sobre la mucosa o por los que franquean los esfínteres. Son de este grupo, entre las observaciones recientes, las de Le Roy des Barres (1925), de Gaudier (1924) en Indochina, de Perrin (1926), de Rocher y Forton (1926), de Roux-Berger (1929) en Francia, de Hennig (1923) y de Girgensohn (1922) en Alemania, de Levin y Porter (1924) en Inglaterra, de Maia (1930) en Brasil, etc.

c) Los áscaris pueden provocar fenómenos inflamatorios e infecciosos graves y mortales, de tipo quirúrgico, al nivel de los órganos abdominales (apendicitis, peritonitis) por perforación de las tunicas intestinales e infección consecutiva. Entre las observaciones más recientes citamos las de Levy (1919), Gerlach (1922), de Andraszy y Himmelreicher (1923) en Alemania, de Anagnostopoulos (1928) de Mera (1931) en Ecuador. Tobiczky ha descrito en 1925 un caso de penetración del *Ascaris lumbricoides* en los vasos porta y vena esplénica.

En este grupo se pueden incluir las raras formas ginecológicas de

la ascaridiosis. Macken (1921) ha descrito el primer caso de *A. lumbricoides* en una trompa comprobado en el curso de una laparotomía. A favor de fístulas o de abscesos, los gusanos pueden finalmente ser eliminados por diversos órganos, incluso por la vagina y vejiga, produciendo accidentes de gravedad variable. Los accidentes de la ascaridiosis en el curso de la puerperalidad han sido señalados en Francia por Gauyoux y Roume, Voron, Trillat, Baillat y Gaby-Gasperrou, Sabadini, Commandeurs y Rheuter, Mme. Forget-Urien, Vignes, Toureng, etc., en Indochina por Tran-Van-Tai.

d) Formas hepáticas y pancreáticas de la ascaridiosis, que han merecido publicaciones muy numerosas: Le Roy des Barres (1925), Sabrazés, Parcelier y Bonnín (1925), Labbé y Denoyelle, Boutines (1929), etc., etc. La tesis de Boutines sobre "L'ascaridiose du foie et des voies biliaires" contiene 67 fichas bibliográficas. Los cuadros más frecuentes de este tipo son: la obstrucción del colédoco o del canal de Wirsung por un áscaris, seguida o no de fenómenos infecciosos, abscesos hepáticos por áscaris erráticos, etc. Las observaciones han sido recogidas en países diversos: Francia, Inglaterra, Alemania, Indochina, Japón, Polonia, etc.

En resumen, la ascaridiosis, más o menos frecuente según los países pero enfermedad reconocida universal, puede presentarse en clínica bajo máscaras quirúrgicas variadas, con cuadros a menudo alarmantes, capaces mismo de imponer una operación (no siempre necesaria) y que es, por lo tanto, necesario conocer. Las observaciones son seguramente más frecuentes en los países cálidos donde abunda el gusano, pero los casos señalados en los países templados, como se deduce de las citas anteriormente hechas, ya no son raros. En el Uruguay los áscaris existen con bastante frecuencia en los niños de los suburbios de Montevideo y de la campaña; por eso nos ha extrañado que aún no se hayan comunicado observaciones como las muchas señaladas en países menos parasitados que el nuestro.

Hemos creído, entonces, interesante llamar la atención de los colegas sobre esta cuestión, a propósito de 2 observaciones de ascaridiosis con máscara quirúrgica que hemos podido recoger en Montevideo.

La primera concierne a una niña de diez años, que habita la localidad de Maroñas. En este pueblo el parasitismo por áscaris es frecuente en los niños, dadas las condiciones en que viven, favorables para el contagio. La niña en cuestión, de temperamento nervioso, delgada, se enferma una mañana bruscamente con dolores abdominales

violentos y vómitos a repetición. Los padres nos llaman de urgencia, y al examen comprobamos fundamentalmente lo siguiente: palidez, pulso rápido, temperatura axilar 37,5 grados, facies de inquietud, náuseas frecuentes; no ha habido evacuación de materias fecales; dolores abdominales difusos y violentos. En los intervalos de estos dolores, que sobrevienen por crisis, el vientre es blando y se deja palpar bastante fácilmente; sólo se provoca dolor en la zona epigástrica. Sin saber a qué atribuir el cuadro, aconsejamos bolsa de hielo en el vientre y expectativa. Volvemos a las cuatro horas para practicar una leucocitosis, y al entrar en la casa, con nuestra gran sorpresa, la madre nos recibe con estas palabras: "Doctor, ya terminó todo, era una lombriz que ahí está; la chica ya no siente nada". En efecto, vemos a la niña y ésta presentaba un aspecto completamente normal; los vómitos habían cesado; persistía una ligera taquicardia. El áscaris, expulsado por la boca en un violento esfuerzo de vómito, que podemos examinar todavía vivo, ha sido, pues, el culpable de esta forma dramática de ascariidiosis que simulaba un cuadro agudo de vientre. Fué, probablemente, durante el pasaje del píloro que los fenómenos fueron más violentos. Llamamos la atención sobre el hecho que a pesar de los síntomas funcionales marcados no había verdadera defensa muscular abdominal.

Segunda observación. — M. P. de P., 50 años, reside en Montevideo desde hace cinco meses; viene de Concordia (Rep. Argentina), donde vive hace treinta años. Seis hijos, dos abortos; menopausa hace un año. Consulta en marzo de 1932 por crisis sudorales, accesos de calor en la cara, mareos, crisis dolorosas epigástricas, dolores en el trayecto del marco cólico. Sufre, además, de un prurito vulvar a recrudescencia nocturna. Interpretamos buena parte de esos trastornos como desequilibrios de su sistema vegetativo en relación con la menopausa y prescribimos lactato de calcio y papaverina. El examen físico hecho sucesivamente nos revela un aparato genital normal, en su sector interno, y una neurosis trófica de la región vulvar, determinante del prurito. Por otra parte, los antecedentes patológicos de la enferma y la comprobación de un ataque de cólico hepático franco nos permitió afirmar una litiasis biliar. El examen radioscópico, practicado por el Dr. Leborgne, concluye: síndrome pilórico con retención total, a pesar de haberse observado a la enferma durante largas horas. Sin embargo, este examen radioscópico contrasta con los datos de la observación clínica; dicho síndrome pilórico fué, seguramente, transitorio. Un examen ulterior con tetraiodo permite descubrir la causa vesicular del es-

pasmo pilórico y la estrechez duodenal. Aconsejamos la operación para terminar con los cólicos hepáticos que se repiten, acompañados de ardores epigástricos y de erutos agrios, que deprimen a la enferma.

Preparación pre operatoria.—Operación el 12 de Mayo de 1932.—Anestesia al éter. Laparotomía mediana, liberación de la región duodeno-vesicular, tabicada por estrechas adherencias; vesícula biliar atrófica, calculosa, pequeña, muy esclerosa por inflamaciones anteriores. Colectis*ectomía.

Post operatorio ideal hasta el 12º día. A los quince días de la operación aparecen crisis alarmantes de vómitos a repetición y de dolores a localización celíaca, acompañados de demacración intensa, decaimiento y desasosiego. La enferma no tolera lo más mínimo por vía gástrica. La examinamos y pensamos en un cálculo dejado en las vías biliares, determinando un cólico hepático, o en una estenosis periduodenal provocada por la mecha que cubrió la herida operatoria en los primeros días. Todo es probable, aunque nos sorprende el cambio inesperado experimentado por la enferma, de un día para otro. Quedamos a la expectativa y a las 48 horas de ese estado de mal, cuando ya planteábamos una solución operatoria de esta situación alarmante, la enferma expulsa, mediante un enema purgante, un *A. lumbricoides* adulto. Esta expulsión terminó con todos los accidentes del post operatorio, hasta ese momento inexplicables.

En este último caso los accidentes han sobrevenido recién 15 días después de la operación; su relación con la anestesia es, pues, a descartar. Como dijimos, las complicaciones post operatorias de la ascariidiosis señaladas por los autores europeos, aparecían siempre el mismo día o el día siguiente de la intervención.

La enferma, después de la administración de trimol, expulsó otro ascaris. Un examen posterior de materia fecales 1.º mostró huevos. Sin embargo, se le administró otro antihelmíntico (2 grs. tetracloruro de carbono y 15 gotas de esencia de chenopodium), que no provocó la eliminación de ningún nuevo parásito.

Para terminar, agregamos que ciertas formas quirúrgicas ascariidiosis, como las que provocan un íleo o una oclusión, pueden requerir un tratamiento quirúrgico, pero que las formas de ascariidiosis con máscara quirúrgica como la de nuestra observación, pueden atarse medicalmente con eficacia cuando se puede hacer el diagnóstico etiológico de los fenómenos.

RESUMEN

Descripción de dos casos de ascariidiosis con máscara quirúrgica,

uno en una niña, otro en una adulta durante un post operatorio, observados en Montevideo, donde todavía no han sido publicados casos semejantes.

BIBLIOGRAFIA

- Anagnostopoulos.—Ascarides dans un abcés de la fosse iliaque droite. "Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris", LII, 1926, pág. 241-243.
- Andrassy (K.) y Himmelreicher (K.).—Die Faelle von akut entzündlichem Darmtumor. (Durch "Ascaris lumbricoides" verursacht). "Zentralblatt f. Chir.", 1923, pág. 302. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt." Ref., I. Abtlg., LXXV, 1923|24, pág. 542.
- Boutines (J.).—L' cardiose du foie et des voies biliares. "Tesis de Toulouse", 1929, pág. 80.
- Brumpt (E.).—"Précis de Parasitologie", París, Masson, 4 ed., 1926.
- Gerlach (W.).—Ueber mechanische Schleimhautschädigungen durch Askariden bei Askaridenileus. "Deutsche Zeitschr. f. Chir.", CLXXIII, 1922, pág. 396. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt.", I. Abtlg. Ref. LXXV, 1923|24, pág. 542.
- Guiart (J.).—"Les parasites inoculateurs de maladies", París, Flammarion, 1914.
- Gaudier (H.).—A propos de l'ascaridiose intestinale. "Bull. et Mém. Soc. Chirurgie", París, XLVII, 1924, pág. 764-768.
- Girgensohn (R.).—Die chirurgischen Komplikationen der Askariden-Helminthiasis. "Deutsche Zeitschr. f. Chir.", CLXIX, 1922, pág. 309-315.
- Hennig (E.).—Askaridenileus. "Zentralbl. f. Chir.", 1923, pág. 1539. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt.", I. Abtlg. Ref., LXXVI, 1924, p. 201.
- Hofstoetter (H.).—Ein weiterer Fall von "Ascaris lumbricoides" in einem Eileiter. "Wiener Kl. Wochenschr.", 1927, pág. 878-879.
- Jamot y Vernon.—Ascaris erratiques éliminés par une plaie opératoire de hernie étranglée. "Presse Médicale", XXXVI, 1928, p. 702-703.
- Janusz (W.).—Lésions anatomo-pathologiques provoquées par les ascaris. "Polska Gazeta lekarska", V, 1926. Extracto de la "Presse Médicale", Revue de journaux, XXXIV, 1926, p. 192.
- Lefebvre (Ch.) y Baillat.—A propos de complications chirurgicales de l'ascaridiose. "Presse Médicale", XXX, 1922, p. 612-613.
- Le Roy des Barres.—L'Ascaridiose chirurgicale. "Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine" (Section d'Hanoï), XII, 1925. Extracto "Presse Médicale", XXXIII, 1925, Rev. de Journaux, p. 179.

- Levin (J. J.) y Porter (A.)—Surgical and parasitological notes on four cases of intestinal obstruction due to accumulation of very large numbers of round worms (*Ascaris lumbricoides*). "British Journal of Surgery", XI, 1923-1924, p. 432-438.
- Leo.—"Helminthes et protozoaires". París, 1929, p. 214.
- Levy (H.)—Ascariden in Abszessen — "Inaug. Diss. Breslau", 1919. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt.", I. Abtlg. Ref., LXIX, 1920, p. 526.
- Mera (A.)—Dos observaciones clínicas. "Revista del Centro de Estudiantes de Medicina", Quito, II, 1931, p. 587. Extracto "Rev. Sud Amér. de Méd. et Chirurgie", II, 1931, p. 1216.
- Maia (M.)—Oclusión intestinal aguda por ascaris. "Arch. de Pediatria", Río de Janeiro, II, 1930, p. 711-715.
- Nacken.—*Ascaris lumbricoides* in der Tube. "Zentralbl. f. Gynekologie", 1920, p. 346. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt.", I. Abtlg. Ref., LXXI, 1921, p. 449.
- Paul (Z. B.)—La importance de l'ascaridiose dans la chirurgie. "Novy Khirourghitchesky Arkhiv", IV, 1924. Extracto de la "Presse Médicale".
- Perrin.—Un cas d'appendicite ascaridienne. Extracto de la "Presse Médicale", XXXIV, 1926, p. 745.
- Rocher y Forton.—Peritonite par perforation causée par des vers intestinaux (*Ascaris lumbricoides*). Extracto de la "Presse Médicale", XXXIV, 1926, p. 1433.
- Roux - Berger.—Occlusion intestinale par ascaris. Extracto de la "Presse Médicale", XXXVII, 1929, p. 725.
- Tobiczky (Wl.)—Ein Fall des Eindringens des '*Ascaris lumbricoides*' in die Pfortader und Milzvene. "Zentralbl. f. allgem. Pathologie", XXXVI, 1925, p. 6. Extracto del "Zentralbl. f. Bakt.", I. Abtlg. Ref., LXXXII, 1926, p. 116.
- Tourneux (P.)—Ascaridiose intestinale post-operative. Extracto de la "Presse Médicale", XXXVIII, 1930, p. 336.
- Tálice (R. V.)—Helmintiasis intestinales en el Uruguay. "Bol. Consejo Nacional de Higiene", XX, 1926, p. 432-443.
- Dr. Tálice—Quizá algunos cirujanos han tenido casos semejantes a los que se acaban de presentar y es lastimoso que no los hayan publicado o al menos, haciendo memoria, poder citarlos.
- Dr. Prat.—Este interesante punto, pone en tapete la necesidad de tener presente este cuadro, yo no he tenido ningún caso de ascaridiosis, recuerdo sí una apendicitis que se operó, hallóse el apéndice en buenas condiciones, se abrió éste y se encontró un segmento de tenia; sobre este caso se publicó un artículo en la "Revista de los Hospitales".

Dr. García Lagos.—El caso es muy interesante y está muy bien planteado, afecciones abdominales por ascaridiosis que son los más agresivos. Yo he tenido enfermos con ascaridiosis, pero no iguales al caso del Dr. Tálice, yo he tenido casos así descriptos, eran casos que no llegaban a un problema operatorio.

Lo interesante del problema es que no hay medios para diagnosticar estos casos de ascaridiosis y yo me pregunto si se debe operar o hay motivos para esperar; es decir, algún síntoma que resuelva el caso.

Dr. Stajano.—Lo que nosotros deseábamos era llamar la atención de algo excepcional, yo nunca creí que un caso parasitario pudiese presentar un cuadro semejante, un cuadro de tal magnitud. Repito, que sólo deseábamos llamar la atención, pues, respecto a lo que solicita el Dr. García Lagos, yo creo que no hay armas, ni medios para pensar al diagnosticar, en un caso de ascaridiosis, y poder, por lo tanto, eliminar el acto operatorio.

Dr. García Lagos.—Precisamente, eso lo que yo deseaba saber, si había algún medio, algún síntoma que nos mostrase que estábamos ante un caso de ascaridiosis y no ante cuadro agudo de vientre, en la que sólo la cirugía nos resuelve el problema.

Dr. Tálice.—El problema que presenta el Dr. García Lagos es complejo. En Europa se ha llegado a que hay formas de ascaridiosis que son quirúrgicas y se va a la operación, pero siempre resulta de muy difícil solución, se puede sospechar en el niño, pero la falta de ciertos síntomas nos obliga a ir a la operación.

*A propósito de la terapéutica de la oclusión intestinal
por el cloruro de sodio*

Por los Doctores J. BADO, D. VAZQUEZ, MILIES y VIGIL

Aparecerá en los «Anales de la Facultad Medicina de Montevideo»