3042

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINDROME CLÍNICO

DE LOS

ABCESOS HEPÁTICOS

TESIS INAUGURAL

DE

JULIAN PANELO

EX INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

1895 - 1898

BUENOS AIRES

6300—Imprenta «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINDROME CLÍNICO

DE LOS

ABCESOS HEPÁTICOS

TESIS INAUGURAL

DE

JULIAN PANELO

EX INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

1895 - 1898

BUENOS AIRES

6300—Imprenta «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1898

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

(Art. 162 del Reglamento).

Facultad de Ciencias Médicas

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

DOCTOR D. PEDRO MALLO

Académicos titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramauge.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Luis Güemes. Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Enfermedades génito urinarias	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentisteria operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badia.
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	José F. Molinari. Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez. José R. Semprun.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor	Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Julio Méndez. Ignacio Allende.
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano.
Obstetricia y Clínica respectiva	Dres.	Luis F. Vila. Fanor Velarde
Medicina legal	Dres.	F. de Veyga. Domingo Cavia.
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina		Vacante.
Farmacia práctica		Vacante.
Botánica médica	Doctor	Roberto S. Kolbe.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Dentisteria operatoria		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Manuel Blancas

A la memoria de mi padre

A mi madre

Señores académicos,

Señores profesores:

Esta tesis, no es un trabajo de erudición, no es tampoco una monografía completa sobre las supuraciones hepáticas; es solamente, como su título lo indica, un estudio sobre la sintomatología clínica de los abcesos del hígado.

Al escribirla he creído cumplir no sólo con el deber que el reglamento impone, sino también dar una prueba de agradecimiento á mis maestros, pues he tratado de reflejar en los límites de la descripción clínica, las ideas de uno de ellos, que con su inspiración genial, ha iluminado repetidas veces ante mi vista, el cuadro obscuro y de tintes inciertos, que en la clínica con tanta frecuencia se presenta.

Mi tesis no es por lo tanto original. Si en ella llamo la atención acerca de algunos puntos en cierto modo descuidados, débese esto, al plan que el Dr. Sicardi me trazó.

Bien sé, que mis pobres fuerzas no me permiten hacer un trabajo que esté á la altura del maestro, pero me servirá de consuelo el pensamiento de que con ello le rindo un homenaje de imperecedera gratitud.

Hic est locus de citar otros dos nombres, los de los doctores Blancas y Ayerza; el primero me hace el honor de acompañarme en este instante, y la bondadosa enseñanza del segundo me liga hacia él, no sólo con los vínculos del agradecimiento, sino también con los de una cariñosa admiración.

Quiero hacer extensiva mi gratitud á los jefes de clínica de los profesores que he citado, doctores Darquier, Leguizamón y Colón; en especial á este último, á cuya afectuosa galantería debo gran parte de los materiales de este estudio.

I

Las dificultades de diagnóstico, que suelen, á veces, presentar los abcesos hepáticos, son tales, que en ciertas circunstancias, el clínico mejor preparado duda, y la vacilación se impone, no solamente porque faltan algunos de los síntomas que son considerados como propios de los abcesos hepáticos, sino también porque los que existen, ó bien llevan un sello tan especial, que parece fueran sintomáticos de alguna otra afección, ó bien, y es éste tal vez el caso más frecuente, se presentan envueltos en una obscuridad tal, han evolucionado tan insidiosamente en un espacio de tiempo tan largo, que su conjunto no responde á nada definido; no siendo, por lo tanto, posible sacar una conclusión lógica con elementos de juicio insuficientes.

De estos dos casos, es el primero el que presenta mayores dificultades para el clínico y mayores riesgos para el enfermo; ¿quién de nosotros no ha visto en la mesa de autopsias, en un cadáver remitido con un diagnóstico clínico cualquiera, un abceso del hígado, que ni se sospechaba en la sala?

Sin embargo, al reconstruir la historia del enfer-

mo, si se obtienen de él datos precisos acerca de la evolución de la enfermedad, siempre es posible, uniendo éstos con los resultados que subministra un prolijo examen físico, sino garantir el diagnóstico, llegar, por lo menos, á ese grado de certeza relativa, que es por desgracia, el punto á que en general se llega, cuando se trata de la investigación de la verdad, dentro del capítulo de la ciencia universal, que designamos como ciencias médicas.

Mi objeto es, pues, llegar á reunir los elementos necesarios para hacer un diagnóstico. Para conseguirlo, creo que el método más favorable es aquel cuya aplicación diaria he visto hacer en las salas de clínica, donde he cumplido mi internado. Consiste, ante todo, en reconstruir el proceso mórbido, con ayuda, por una parte, de los antecedentes que el enfermo subministra, y con los resultados que arroja un minucioso examen físico por la otra. Reunidos estos elementos, es fácil desentrañar de ellos la noción de evolución en la enfermedad, que habiendo ocasionado los trastornos funcionales que el paciente refiere, haya podido, al mismo tiempo, causar las perturbaciones anátomo-patológicas que la semeiología delata.

Encarados de este modo los problemas de la clínica, se simplifican enormemente; si hay enfermedades que puedan presentar los mismos ó parecidos síntomas en un momento dado de su evolución, no hay dos afecciones que coincidan en todos los puntos de su historia.

Expuestas estas consideraciones de carácter gene-

ral, voy á pasar á ocuparme de los abcesos del hígado, bajo el punto de vista clínico y diagnóstico. Dejo, intencionalmente, de lado, todo lo que se relaciona con la historia general de la enfermedad, concretando mi estudio, á hacer primero una descripción de conjunto y analizar después los síntomas que conceptúo más importantes.

Agrego, al fin de este trabajo, algunas historias clínicas, que á mi juicio reflejan con bastante fidelidad, la fisonomía general del cuadro clínico y sus variantes principales.

II

Tomadas en su acepción literal, las palabras *abceso hepático* significan la presencia en el interior del hígado de una cavidad, limitada ó revestida por una membrana y conteniendo en relación directa con su capacidad, una cantidad variable de pus; y si visitando un museo de anatomía patológica, nuestra vista tropezara con una pieza anatómica, veríamos que un abceso hepático está, pura y simplemente, constituído por una cavidad revestida por una membrana y conteniendo pus en su interior.

Esto es el abceso hepático constituído, pero en el estudio anátomo-patológico, como en la historia clínica de la enfermedad, la cavidad revestida por una membrana y conteniendo pus en su interior, es sólo una faz del proceso, como son sólo una faz del proceso, las bridas fibrosas que adhieren ambas hojas del pericardio en la sínfisis cardíaca. Detrás y como causa ocasional del abceso está la hepatitis supurada, como detrás de la sínfisis y como causa eficiente de la misma, está la pericarditis. El abceso hepático no es otra cosa sino la hepatitis supurada llegada al término de su evolución, como la

sínfisis no es más que la faz terminal de la pericarditis.

En uno y en otro caso, para poder trazar los lineamientos generales del cuadro clínico, es necesario tener en cuenta el proceso que los origina.

Cuando, encontrándose el hígado en condiciones de receptividad, lo ataca un agente mórbido, todavía desconocido, pero que probablemente no es otro que la causa productora de la disentería, se producen en el interior del órgano una serie de alteraciones que podemos dividir, siguiendo á la generalidad de los autores, en tres períodos: un primer período caracterizado por una vivísima hiperemia del territorio atacado; un segundo período, en el que la inflamación se ha limitado á un territorio más ó menos considerable, pero generalmente muy extenso y en el que una congestión activa invade el resto del órgano, al propio tiempo que las partes primitivamente atacadas empiezan á sufrir la acción destructora de la necrosis por coagulación; y por último, un tercer período, en el cual, las regiones atacadas por el agente mórbido ya han sido destruídas y se encuentra, en último término, constituída una cavidad, revestida por un membrana y conteniendo pus en su interior. Algunos autores añaden aún un cuarto período de eliminación, en el cual el abceso tiende á abrirse una vía hacia el exterior, á expensas de los tejidos vecinos; es lo que se ve en dos de mis observaciones.

Este rápido esbozo de la anatomía patológica nos

va á servir para esquematizar la descripción clínica, la que dividiremos en dos partes, correspondiendo la primera al período de inflamación, designado en segundo término en el párrafo anterior, y la segunda al período en el que el abceso está ya completamente formado, no dando el primer período otros síntomas que los de la congestión aguda del hígado, y por otra parte, la hepatitis supurada puede regresar completamente y sin dejar rastros apreciables en este primer período, causas que disminuyen aún el interés clínico de su descripción.

Los rasgos clínicos que caracterizan el segundo período son, por lo general, muy obscuros.

Hay fiebre más ó menos elevada, pero en general continua, perturbaciones gastro-intestinales y como síntomas locales, dolor y tumefacción del hígado. Es sobre este canevás de síntomas constantes que la infección y el organismo bordan la sintomatología de la hepatitis en este período.

En cierto número de enfermos, los casos claros, todo indica, desde luego, un procedimiento francamente hepático. A los síntomas ya enumerados se agregan escalofríos, tinte subictérico ó ictérico acentuado; el hígado aumenta rápidamente de volumen y en pocos días queda constituído un abceso cuyo diagnóstico se impone.

Hay, en cambio, otro grupo de casos en los que este período de la hepatitis, simula á la perfección otras enfermedades. En estos pacientes, el error que tal vez con más frecuencia se comete, consiste en

tomarlos por tifóideos, error tanto más fácil cuanto que el abceso en vías de formación puede presentar la lista íntegra de los síntomas de la fiebre tifoidea, con bazo grande, una curva térmica muy semejante, manchas lenticulares, carfologia, etc.

En estos casos, dejando de lado los resultados que puede subministrar el suero diagnóstico, creo que el examen del hígado y del pulmón derecho tiene una importancia decisiva para el diagnóstico. Ya hemos visto que en el período inflamatorio, el hígado en general está congestionado, y el resultado de esta congestión es un aumento en el volumen del órgano, aumento que tiene lugar en todo sentido y que naturalmente aproxima el hígado á las paredes torácicas; si en estas condiciones se percute el tórax de arriba hacia abajo, se nota que la matitez relativa ha disminuído de extensión ó ha desaparecido por completo, mientras el límite superior de la matitez absoluta se encuentra á un nivel algo superior al fisiológico; en los tifoideos, por el contrario, sea por la acción que la toxina, elaborada por el bacilo de Eberth produce sobre los músculos de Reisseisen, acción paralizante, idéntica á la que ejerce sobre los demás músculos de la economía; sea efecto de la bronquitis concomitante, sea la acción combinada de estos dos factores, el hecho es que en ellos, el pulmón está distendido, enfisematoso y la matitez hepática, como la matitez cardíaca, han desaparecido ó se en-

cuentran considerablemente disminuídas ([1]). Ascenso de las líneas superiores de la matitez hepática en un caso, descenso de las mismas en el otro, he ahí el hecho que quería hacer notar.

Llegamos ahora al estudio del abceso ya constituído. Conviene hacer notar aquí, que hay casos en los que, cuando el paciente se apercibe de que está enfermo, tiene ya un abceso completamente formado; otras veces refieren que han sentido solamente algunos escalofríos; otras, en fin, lo único que acusan son fenómenos de caimiento ó laxitud general. Sea como quiera, una vez el abceso formado, se manifiesta por dos órdenes de síntomas: generales y locales.

Entre los primeros, uno de los más importantes es la fiebre. Puede presentarse en todos los períodos de la enfermedad, pero en ninguno de ellos reviste caracteres constantes; tan pronto es moderada, tan pronto llega á 40°, tan pronto presenta francas remisiones, tan pronto se mantiene á un nivel casi invariable; su rasgo más característico lo constituyen los escalofríos, que nunca ó casi nunca faltan. Éstos se presentan, por lo general, de día, y terminan con sudores profusos, fríos y viscosos, dejando al enfermo una sensación de malestar; pueden reproducirse varias veces en el día, contribuyendo de esta manera á hacer más intenso el desgaste orgánico de los in-

(1) Este hecho ha sido señalado, por inspiración del Dr. Sicardi, en la tesis inaugural de mi compañero y amigo el Dr. Augusto Echegaray (1896).

dividuos atacados. Algunas veces la fiebre presenta remisiones que duran dos ó tres meses; otras persiste, pero los escalofríos desaparecen por un espacio de tiempo más ó menos largo.

Aceptando como un hecho la hipótesis corriente, que los abcesos son sólo la disentería hepática, y teniendo en cuenta el hecho establecido por Kelsch y Kiener, que demostraron que el agente productor de la disentería no es piretógeno, choca observar fiebre en los abcesos. La explicación la han dado los dos autores que acabo de mencionar, refiriendo la fiebre, á la acción que en el organismo determina la absorción de los productos de la necrosis ó de la supuración, reabsorción que es casi fatal en un órgano tan ricamente vascularizado como el hígado. Hacen notar también estos autores, que los caracteres clínicas variables y caprichosos de la fiebre hepática constituyen una presunción más en favor de la fiebre por reabsorción.

No menos importantes que la fiebre son, entre los fenómenos generales, las alteraciones de la nutrición. El enflaquecimiento progresivo, el tinte pálido especial, la pérdida de las fuerzas sobrevenida lentamente, son síntomas que si pueden ser relegados á segundo término en los casos francos, adquieren, en los abcesos latentes, un valor semeiológico incontestable y merecen ser tenidos muy en cuenta.

Hay también otro orden de fenómenos provenientes del ataque llevado á la integridad funcional del hígado. Entre éstos, los que traducen los desórdenes

fisiológicos del órgano, se encuentran reducidos á la presencia de pigmentos biliares en la orina, presencia que no es constante, ni mucho menos, á una coloración ictérica variable de la piel y mucosa visibles y á trastornos, más ó menos considerables, del lado del aparato digestivo.

Estos últimos son, tal vez, los síntomas más constantes de los abcesos hepáticos. Aparecen en todos los períodos de la enfermedad y revisten la forma de vómitos, biliosos y alimenticios, y de desórdenes diarreicos. Los caracteres de las heces no son constantes; algunas veces la descripción que de ellas hacen los enfermos coincide sensiblemente con los caracteres de las deposiciones de los disentéricos.

La patogenia de estos trastornos es muy compleja. Hay, en primer término, que tener en cuenta los obstáculos que á la circulación en el sistema de la vena porta, ocasiona la presencia de un abceso hepático; luego la secreción de la bilis está muy disminuída, es nula, ó no sigue su curso normal, y, por último, los fenómenos de intoxicación que dan origen á la fiebre, influyen también en las perturbaciones del intestino.

Los síntomas locales, son los que ya he señalado: dolor y tumefacción del hígado.

El dolor, si no es constante, es por lo menos muy frecuente; presenta grandes variaciones en su sitio, su intensidad, la época de su aparición y su duración. Limitado algunas veces á una sensación de incómoda pesadez en el hipocondrio derecho, presenta otras una intensidad tan grande, que recuerda los cólicos

que acompañan á la litiasis biliar. Se irradia, como estos últimos, á todo el abdomen y aumenta á la más ligera presión.

El dolor es intrahepático, presentando en su intensidad variaciones en relación con la marcha del proceso, ejerciendo influencia sobre él los agentes que obran sobre la congestión é inflamación locales.

En una cuarta parte de los casos, al dolor hepático se agregan dolores simpáticos en el hombro derecho, que se presentan á veces bajo la forma de accesos que acompañan ó reemplazan á las crisis de dolor hepático.

De las varias explicaciones que se han emitido sobre este síntoma, recojo la de Luschka, que es la que me parece más verosímil. Resulta de sus investigaciones, que el nervio frénico derecho es un nervio mixto, que nace en parte del 4º par cervical como los nervios cutáneos del brazo y del hombro. Ahora bien; el nervio frénico derecho envía algunos ramos terminales al hígado y sería la excitación mórbida de estos ramos la que reflejándose sobre su tronco de común origen, irradiaría hacia el hombro derecho, la irritación dolorosa por intermedio del braquial cutáneo interno y de las ramas acromio-torácicas. Esto explica por qué la escapulalgia es siempre unilateral, pues el nervio frénico izquierdo sólo tiene relaciones muy indirectas con el hígado.

El dolor hepático tiene una consecuencia de muchísimo valor; determina la posición, el decúbito del enfermo.

Cuando el dolor es poco intenso, se observa indiferentemente el decúbito dorsal ó el lateral; otras veces se ve, como en las pleuresías, al paciente acostado sobre el lado enfermo.

Cuando el dolor hepático es vivo, su primera consecuencia es inmovilizar el diafragma; de ahí resulta que la actitud de los enfermos, debe ser aquella que relaje los músculos cuya contracción puede comprimir al hígado y que al propio tiempo pueda dar toda la libertad de acción posible á los accesorios de la respiración. Esto lo consiguen colocando el tronco en decúbito dorsal con una ligera incurvación hacia la derecha, estando la cabeza y el miembro inferior derechos algo flejados.

Los signos físicos locales son los determinados por la inspección, la palpación y la percusión; son ellos naturalmente los que, cuando son bien interpretados, poseen un valor semeiológico más elevado.

Ya la inspección permite algunas veces observar grandes modificaciones en el aspecto del hipocondrio derecho; éste aparece aumentado uniformemente de volumen, figurando una especie de abovedamiento general; los espacios intercostales están ensanchados, no existiendo depresión alguna entre dos costillas vecinas; la pared abdominal anterior forma un plano continuo con el tórax; la red venosa subcutánea de la región está bastante desarrollada. Hay veces en que una infiltración edematosa del tejido celular y una saliencia de la piel en forma de cúpula redon-

deada indican claramente la existencia de un abceso.

La palpación sólo da datos importantes en el caso de un aumento exagerado del volumen del órgano; se puede entonces constatar debajo del reborde costal la presencia del borde del hígado y de una pequeña parte de su cara superior; algunas veces, cuando el abceso está situado en el lóbulo derecho ó en la parte vecina y anterior del lóbulo izquierdo se puede percibir una colección redondeada, lisa y renitente ó fluctuante; una punción exploradora, hecha en este punto, no deja lugar á duda.

Pero el modo de exploración que mayores resultados da es, sin duda alguna, la percusión, y es en la percusión también en la que es necesario proceder con más escrupulosa minuciosidad, pues un error de interpretación equivale aquí á un error de diagnóstico.

Ya he hablado antes del aumento de volumen del hígado y de la dislocación excéntrica que sufren sus límites fisiológicos. Estos fenómenos, si no pasan de cierto límite permiten siempre determinar ó comprobar la existencia de una capa más ó menos extensa de tejido pulmonar aereado; pero cuando el aumento de volumen del hígado, como sucede con los abcesos de gran tamaño, es exagerado, la capa de pulmón aereado desaparece y al percutir se encuentra el observador con una zona que da un sonido mate absoluto. Estos fenómenos son ordinariamente más acentuados por detrás y haciendo entonces el examen

físico por delante y en la región axilar, se puede ver que son producidos por el hígado.

Otras veces, el desplazamiento del hígado fuera de sus límites coloca al pulmón en una situación especial; el parénquima se indura al propio tiempo que la pleura se espesa; el resultado, bajo el punto de vista de la semeiótica, es como si se tratara de una condensación del pulmón. Es precisamente en estos casos de modificaciones profundas del aparato respiratorio que los enfermos acusan disnea, tos, opresión torácica, y en que procediendo al examen del paciente, se constata en la parte inferior del tórax, del lado derecho, una zona cuyo límite superior puede estar situado á un nivel muy elevado y en la cual faltan por completo las vibraciones torácicas, la matitez es absoluta, hídrica y á la auscultación hay un soplo tubario y resonancia exagerada de la voz, verdadera egofonía, en algunos casos; se constatan, en una palabra, todos los síntomas de una pleuresía.

Se comprende que si estos fenómenos existen también, como es de regla en los grandes abcesos, en la región axilar y en la anterior del tórax, el diagnóstico diferencial sea muy difícil, tan difícil, que es proverbial confundir el abceso con las pleuresías purulentas.

Aunque reconozco que ninguno de ellos tiene un valor absoluto, voy á enumerar los síntomas que pueden ayudar á dilucidar esta cuestión.

Hay que estudiar en primer término los antece-

dentes del enfermo. Éstos permiten decidirse muchas veces entre una y otra afección, pues el enfermo hace en un caso la historia de una enfermedad torácica, y en el otro relata una afección abdominal.

El sitio de los dolores tiene también su importancia. El dolor en las pleuresías, salvo el caso de enfermos que tengan un padecimiento del vértice del pulmón, fácilmente constatable por un examen directo, queda en general localizado en la base del tórax; el dolor del hígado lo acusan los enfermos más abajo, y es á veces posible encontrar un punto más sensible á la presión que los demás; el dolor hepático se irradia muchas veces al hombro derecho; en las pleuresías esto último no se observa.

El decúbito de los enfermos también tiene importancia. En los abcesos es el que ya indiqué: en las pleuresías el enfermo trata de dar toda la amplitud posible al lado sano y para conseguirlo se acuesta sobre el lado enfermo.

El edema, cuando existe, permite por su localización más ó menos elevada, determinar las relaciones del foco purulento, según su proyección sobre la superficie de la piel.

La percusión misma puede proporcionar algunos datos. En los abcesos es algunas veces irregular y figura por delante sobre todo, proeminencias hemisféricas de convexidad superior según, la observación de Von Frerichs.

Las funciones exploradoras proporcionan datos de mucho valor. Hay desde luego que tener en cuenta el sitio en el cual han sido hechas y después la naturaleza del líquido extraído. Es conocido el aspecto especial del pus de origen hepático; es un líquido fétido, de color chocolate, constituído por una mezcla de pus y sangre; en las pleuresías el líquido es exclusivamente purulento.

Sachs aconseja un medio para saber si la colección está situada en el hígado: consiste en punzarla con una aguja larga; si ésta sigue los movimientos del hígado durante la respiración, la colección es hepática; si no los sigue, no lo es. Este medio es algo teórico, pues en los grandes abcesos el hígado está inmóvil ó poco menos. Más acertada me parece la práctica siguiente, cuyo autor no conozco. Se punza la colección con una aguja ó trócar provista de una cánula; se pone esta última en comunicación con un manómetro, el que está destinado á indicar las variaciones de presión en el interior de la cavidad. Dispuesto de este modo el aparato, se retira la aguja y se observa á qué tiempo de la respiración corresponde el ascenso de la columna de mercurio en el interior del manómetro. Como es sabido, durante la inspiración, el tórax se dilata en todo sentido, disminuyendo la presión en su interior; el diafragma en tanto, al contraerse comprime las vísceras abdominales y aumenta así la presión en el abdomen. Si entonces la columna de mercurio sube

en la inspiración, la colección es abdominal; si baja es torácica.

El diagnóstico se hace más difícil aún, cuando existe una pleuresía concomitante. En una de mis observaciones aparece un abceso abierto en la pleura y produciendo una pleuresía purulenta. En ese caso, el estudio de los antecedentes bastó para dilucidar el diagnóstico.

III

Expuesta siquiera sea á grandes rasgos, la fisonomía clínica de los abcesos hepáticos, no quiero terminar este estudio sin decir dos palabras acerca del pronóstico y tratamiento de los mismos.

Abandonados á sí mismos los abcesos, crecen hasta producir la muerte por sofocación ó síncope; quedan estacionarios ó se abren una vía hacia el exterior ó hacia otras cavidades.

Como se ve por la enumeración que precede, los abcesos no regresan espontáneamente, no se reabsorben jamás.

De las soluciones espontáneas, la mejor es indudablemente aquella en la cual el abceso se abre en la piel, y este modo de curación es el que la cirugía imita, con resultados cada día más satisfactorios.

En cuanto al momento de intervenir, es preferible hacerlo cuanto antes. Esta operación no tiene otras contraindicaciones que las generales en cirugía.

OBSERVACIONES

I

Hospital de Clínicas.—Servicio del Dr. Sicardi.—Diagnóstico: Abceso del hígado

Historia y observaciones

L. B., 35 años, francés, soltero, herrero, 9 años de residencia en el país. Diciembre 24 de 1895.

Antecedentes hereditarios: buenos.

» *individuales:* Su primer enfermedad ha sido la sífilis, que adquirió hace unos diez años. Como síntomas de ella acusa: un chancro único seguido poco después de adenopatías múltiples é indolentes y de accidentes secundarios bien caracterizados.

Desde 1893 acusa perturbaciones gastro-intestinales, ocasionadas, al parecer, por la presencia de parásitos en el intestino; la presencia de proglótides de tenia en las materias fecales, ha sido constatada en el Hospital Rawson en Julio de 1893. Estas molestias han destruído mucho su organización, pues ha

enflaquecido y sus fuerzas en general han disminuído considerablemente.

En Octubre del 95, al cuadro clínico habitual de sus dolencias, se han agregado síntomas nuevos, á los que el enfermo considera iniciales de su actual enfermedad. Han sido éstos dolores que vagos y erráticos al principio, se han hecho fijos y permanentes después, localizándose en el hipocondrio derecho é irradiándose hacia la fosa ilíaca del mismo lado, con paroxismos que llegaban á no dejarlo dormir; á estos fenómenos se ha añadido fiebres con algunos escalofríos y perturbaciones gastro-intestinales.

Estado actual

Hábito externo.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, buen desarrollo muscular, poco panículo adiposo, tinte pálido generalizado.

Tórax.—Diámetros normales, depresión xifoidea muy marcada, mayor saliencia del flanco izquierdo con elevación del hombro del mismo lado, ligera elevación del reborde costal derecho, espacios intercostales borrados del mismo lado. Respiración torácica, funciona mejor el lado izquierdo; el reborde costal derecho no hace excursión durante los movimientos respiratorios.

Pulmones.—Por detrás, en el lado izquierdo sonoridad normal, base movible, vibraciones normales, auscultación ídem.

En el lado derecho, submatitez en la base, vibra-

ciones disminuídas en la base y un poco exageradas en la parte superior. A la auscultación, respiración vesicular ruda, salvo en la zona submate, donde está muy disminuída.

Por delante, en ambos lados, sonoridad, vibraciones y auscultación normales.

Corazón.—No se ve ni se siente la punta, matitez cardíaca normal; á la auscultación, tonos normales.

Hígado.—Límite superior al nivel del borde superior de la sexta costilla, el inferior á dos traveses de dedo por debajo del reborde costal en la línea mamilar. En la línea axilar media empieza en el sexto espacio.

A la palpación se nota debajo del reborde costal un tumor liso, algo renitente, que sigue los movimientos del diafragma.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Forma normal, palpación dolorosa en las dos fosas ilíacas, donde hay gorgoteo.

Temperatura.—39°4 á la tarde, 37°8 por la mañana.

Se hace una punción en el sexto espacio intercostal, un poco por fuera de la línea mamilar y se extraen varios centímetros cúbicos de un líquido color chocolate, mezcla de pus y sangre.

Tratamiento.—Régimen; ipeca.

Diciembre 27.—Anestesia clorofórmica. Incisión de 10 centímetros en la línea axilar derecha, sobre la octava costilla y resección de ésta en un espacio de tres centímetros; punción oblicuamente dirigida abajo y adentro hacia el hígado, con un trócar; sale

por la cánula un líquido purulento color chocolate.

La incisión del hígado en el punto de la punción, da salida á más de un litro del mismo líquido. Está encerrado en una cavidad cuyo fondo no se alcanza con los dedos; se coloca un tubo de drenaje y se lava con agua esterilizada.

Se efectúan estos lavajes durante diez días seguidos hasta que saliendo completamente limpia el agua que en ellas se empleaba, se empieza á retirar los tubos, acortándolas progresivamente.

Enero 9 de 1896.—Estado general bueno, temperatura normal; se retiran los tubos de drenaje y se coloca una mecha de gaza en la herida operatoria que no supura y tiende á la cicatrización rápidamente.

Enero 22.—Sale de alta curado.

II

Hospital de Clínicas.—Servicio del Dr. Ayerza.—Diagnóstico: Abceso del hígado

Historia y observaciones

M. L. G., 35 años, español, casado, licorero.

Antecedentes hereditarios: buenos.

» *individuales:* Cuando niño sarampión, más tarde una pulmonía, á los 19 años una blenorragia; conjuntamente con esto un chancro único en el glande, fué seguido de manchas rosadas diseminadas sobre la superficie del cuerpo, manifestaciones en la garganta con afonía casi completa de la que se curó en tres ó cuatro meses. A los 29 años, estando en Málaga, viruela negra, que lo tuvo en cama 28 días, restableciéndose por completo después.

Su enfermedad actual se ha iniciado hace ocho meses, estando en el Brasil, y su primera manifestación parece haber sido un dolor no muy fuerte, continuo, sordo, muy molesto, localizado en el epi-

gastrio, un poco hacia el lado derecho. Acompañaban á este síntoma accesos febriles, precedidos de fuertes chuchos y terminados con sudores profusos. Simultáneamente su organismo en general se debilitaba, el apetito disminuía, las funciones digestivas eran irregulares, habiendo en general, diarrea; tenía también, de cuando en cuando, accesos de tos, que terminaban con vómitos biliosos.

Ha permanecido en este estado durante seis meses, soportando pacientemente sus chuchos, su fiebre, y sus perturbaciones digestivas. Hace unos dos meses comenzó á notar que se le hinchaba el vientre al nivel del epigastrio y del hipocondrio derecho con fuertes dolores en este punto y una sensación de opresión que le impedía dormir; el volumen de la hinchazón ha ido aumentando paulatinamente y ahora se extiende algo hacia el lado izquierdo.

Estado actual

Hábito externo.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular desarrollo muscular, poco panículo adiposo.

Facies.—De tinte pálido amarillento.

Tórax.—Simétrico en su parte superior. En la inferior se nota un aumento de volumen hacia la derecha, más visible por delante, donde forma casi una eminencia abovedada y hacia afuera, que por detrás. Tipo respiratorio torácico; excursión respiratoria

nula hacia la derecha y abajo, parece algo exagerada en el lado izquierdo. Espacios intercostales borrados en la mitad inferior del lado derecho; en este punto, los tejidos están ligeramente edematosos.

Pulmones.—Por detrás, en el lado izquierdo, sonoridad normal, base movible; vibraciones y auscultación normales. En el lado derecho, sonoridad normal hasta por debajo de la espina del omóplato, submatitez, y á partir del ángulo inferior de la escápula, matitez absoluta hasta la base; estos fenómenos no se modifican con los movimientos respiratorios forzados ni con los cambios de posición del enfermo. Vibraciones normales en la parte superior, van disminuyendo progresivamente á partir de un dedo por debajo de la espina del omóplato hacia la base, donde están completamente abolidas. A la auscultación respiración vesicular ruda en la parte superior, disminuída en la zona submate, abolida en la base.

Por delante, en el pulmón izquierdo, sonoridad, vibraciones y auscultación normales.

En el derecho, sonoridad normal hasta el borde de la sexta costilla, vibraciones normales; á la auscultación, respiración vesicular un poco ruda.

Corazón.—Límites normales, tonos ídem.

Hígado.—Desde el borde superior de la sexta, hasta dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, en la línea mamilar. Es doloroso á la presión. Su cara anterior difícilmente palpable, pues el enfermo contrae los músculos que la protegen,

parece uniformemente abovedada, lisa y renitente.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Forma y palpación normales.

Temperatura.—38° por la mañana, 37°8 á la tarde.

Orina.—Cantidad 500 gramos, color amarillo rojizo, aspecto turbio, reacción ácida, densidad 1020, úrea 25,93 °/oo, cloruros 3,10 °/oo, fosfatos 4,10 °/oo, albúmina vestigios; pigmentos biliares no hay. Glucosa é indican, tampoco.

Se hace una punción sobre la cara anterior del hígado en el punto en que éste parece más renitente, debajo del reborde costal, un poco dentro de la línea mamilar, y se extrae una pequeña cantidad de un pus rojizo, color chocolate.

En los días sucesivos la temperatura ha presentado oscilaciones irregulares, con remisiones por la mañana hasta de un grado.

El 10 de Octubre, á los pocos días de su ingreso al servicio, pasa á las salas de cirugía donde es operado, evacuándose un gran abceso situado en la región antero-superior del hígado. Al poco tiempo sale de alta curado.

III

Hospital de Clínicas.—Servicio del Dr. Sicardi.—Diagnóstico: Abceso del hígado.—Perforación del diafragma.— Pleuresía purulenta

Historia y observaciones

P. C., 35 años, francés, casado, herrero.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió á los 52 años de un tumor del cuello, de naturaleza, al parecer, maligna; la madre vive, es sana. Tiene ocho hermanos sanos.

Antecedentes individuales.—Cuando niño y en su primera juventud, no recuerda haber padecido enfermedad alguna. A los 16 años una afección febril aguda que evolucionó en pocos días y cuyos caracteres no recuerda. A los 20 años, ya en este país, tuvo viruela con fiebre, erupción, etc.; evolucionó esta infección en tres semanas, no habiendo dejado rastro alguno.

Desde joven, acusa hábitos alcohólicos, habiéndose manifestado los primeros síntomas de intoxicación cuando el enfermo tenía 27 años. Fueron ellos: pi-

tuitas matinales, desde luego, gran agitación por la noche, insomnio algunas veces, sueños terroríficos otras, calambres en las piernas y temblores en diversas regiones del cuerpo, más acentuados por las mañanas. Durante siete años consecutivos ha presentado de una manera casi constante estos mismos síntomas, añadiéndose progresivamente una pérdida general de las fuerzas.

A los 30 años, refiere que después de una comida se sintió mal, teniendo que guardar cama. Recuerda que tuvo fiebre bastante elevada, cefalalgia intensa y persistente, sudores profusos y dolores abdominales, desapareciendo poco á poco estas alteraciones, para dejarlo al cabo de 18 días en sus condiciones habituales.

Su padecimiento actual se ha iniciado hace próximamente un año y presentó como síntoma inicial, una intensa coloración amarilla de los tegumentos y mucosas visibles, seguida de una gran debilidad y de fiebre.

A los ocho días el enfermo acusaba un dolor en el hipocondrio derecho, cuyo punto de máxima intensidad correspondía á la intersección del reborde costal y de la línea paraesternal derecha, dolor continuo con exacerbaciones momentáneas que se extendían hacia atrás, siguiendo la dirección del reborde costal.

A las tres semanas desapareció la coloración antes mencionada, apareciendo entonces una diarrea intensa, con grandes dolores abdominales, presen-

tando los excrementos una coloración obscura y apareciendo muchas veces mezclados con sangre. Las deposiciones eran frecuentes y se producían en pequeñas cantidades; después de expulsadas persistía la sensación de tenesmo rectal.

El apetito, aunque disminuído, estaba conservado de preferencia para las verduras, repugnándole la carne.

Al mes de iniciarse la enfermedad, conjuntamente con los dolores en el hipocondrio derecho, que habían aumentado en intensidad, sentía irradiaciones de los mismos en el hombro y brazo del lado correspondiente.

Durante la larga evolución de su enfermedad ha presentado algunos escalofríos de mediana intensidad, que comenzaban por la tarde con una sensación de frío, la que por la noche se convertía en sensación de calor, para terminar con sudores profusos, que empapaban el lecho sobre el que reposaba.

Ha presentado estos síntomas durante seis meses, y habiendo disminuído paulatinamente sus dolores pudo levantarse y entregarse nuevamente á sus ocupaciones habituales, permaneciendo durante cuatro ó cinco meses en un estado de relativa salud, en que aparte de algunos trastornos funcionales del aparato gastrointestinal no se sentía mayormente incomodado por su afección.

Hace mes y medio que sin causa apreciable recrudecieron las perturbaciones del lado del intestino y á los pocos días se establecen de nuevo los dolores

con la localización y los caracteres que antes indiqué.

Hace unos veinte días que el enfermo acusa una opresión constante, que ha ido aumentando progresivamente y acompañándose de accesos de tos, con los más ligeros movimientos que ejecuta.

La tos es, en general, seca, muy raras veces va acompañada de una pequeña cantidad de expectoración serosa.

Estado actual

Hábito externo.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, buen desarrollo muscular, escaso panículo adiposo.

Facies.—Pálida, demacrada, con expresión angustiosa. Ligero tinte subictérico de las conjuntivas.

Tórax.—Simétrico, diámetros normales, espacios intercostales borrados hacia la parte inferior derecha, donde hay una ligera infiltración edematosa. Respiración costoabdominal, con predominio costal; el lado izquierdo se dilata más ampliamente que el derecho.

Pulmones.—Por detrás, en el lado izquierdo, sonoridad normal, base movible; vibraciones normales; á la auscultación, respiración vesicular ruda, con algunas ronchus y silbidos diseminados. En las proximidades de la columna vertebral, principalmente al nivel de la cuarta vértebra dorsal y hacia la base, se oye mezclado y ocultando casi al murmullo

respiratorio, un soplo tubario, cuya intensidad va progresivamente decreciendo á medida que nos alejamos de estos puntos hasta desaparecer por completo, dejando oir la respiración con los caracteres ya enunciados. La auscultación de la voz no denota signo alguno digno de especial mención.

En el lado derecho, submatitez en el vértice, va disminuyendo progresivamente la sonoridad hasta llegar á la matitez absoluta, hídrica al nivel del ángulo del omóplato, siguiendo así hasta la base.

Vibraciones muy disminuídas en la parte superior, abolidas á partir de la espina del omóplato, hacia abajo. A la auscultación, soplo tubario intenso en todo el pulmón. Su punto máximo corresponde á la columna vertebral y está situado al nivel de la espina del omóplato; se propaga de este punto en todas direcciones y hacia el lado opuesto, decreciendo en intensidad á medida que se aleja el observador del punto mencionado.

En toda la parte posterior hay broncofonia y pectoriloquia áfona.

Por delante.—En el lado izquierdo sólo se observan fenómenos fisiológicos. El espacio de Traube, libre.

En el derecho, fenómenos análogos á los señalados en la parte posterior; matitez, ausencia de vibraciones, soplo tubario, broncofonia y pectoriloquia áfona en toda la extensión del pulmón. Hay timpanismo subclavicular.

Corazón.—La punta late en el sexto espacio intercostal, por fuera de la línea mamilar.

Matitez cardíaca.—La dislocación de la punta del órgano, modifica la dirección de las líneas que la limitan. Sin embargo, no parece aumentada su extensión, por lo menos en lo que respecta al ventrículo izquierdo.

Auscultación.—Tonos normales, tal vez algo debilitados.

Hígado.—Su borde superior está oculto por la matitez del pulmón derecho. El inferior sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal. La parte del hígado accesible á la palpación, es liso, redondeado y muy doloroso á la presión.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Abovedado, tenso y resistente; muy doloroso en la región antero-superior derecha.

Temperatura.—38° á la tarde, 37°6 por la mañana.

Orina.—Cantidad, 200 gramos. Color amarillo rojizo. Reacción ácida. Densidad, 1020. Urea, 11,34 °/₀₀. Cloruros, 2,50 °/₀₀. Fosfatos, 2,75 °/₀₀. Hay indicán. No hay albúmina, glucosa ni pigmentos biliares.

Se practica una punción con el aspirador de Potain, en el décimo espacio intercostal, al nivel de la línea escapular, y se extraen 500 gramos de un líquido rojizo, fétido, que al microscopio deja ver una gran cantidad de glóbulos de pus y de glóbulos rojos en vías de destrucción. El enfermo se alivia algo con esta operación, disminuyendo la disnea y la opresión torácica.

En los días sucesivos es operado en el servicio de cirugía, constatándose, al principio, una ligera me-

joría, pero más tarde ésta desapareció para dar lugar á una agravación que ocasiona la muerte del enfermo á los veinte días de su entrada al servicio.

No transcribo á continuación el protocolo de la autopsia, porque no tiene importancia para el objeto de este estudio.

Baste saber que se encontraron las alteraciones diagnosticadas en el vivo: Abceso del hígado y pleuresía purulenta con perforación del diafragma.

IV

Hospital de Clínicas.—Servicio del Dr. Sicardi

Diagnóstico.—Abceso del hígado abierto espontáneamente en los bronquios.

Historia y observaciones

L. L., 37 años, italiano, casado, portero.

Antecedentes hereditarios: buenos.

» *individuales:* No ha tenido enfermedades de importancia hasta hace tres años, pero dice que siempre fué delicado del estómago y habitualmente constipado, necesitando hacer uso frecuentemente de los laxantes.

La primera enfermedad que ha tenido la designa como colerina, que sufrió hace tres años, en 1895, y por la que estuvo en asistencia quince días en el Hospital Italiano.

El 4 de Diciembre próximo pasado (estamos en Febrero 6 de 1898) se enfermó también del vientre, que se le puso hinchado y doloroso, pero sin tras-

tornos diarreicos, pues seguía constipado. Dice que pasó ocho ó nueve días con fiebre alta y continua.

En este estado pasó como tres semanas siguiendo una convalecencia incompleta hasta mediados de Enero, en que se administró un purgante después del cual le empezó una diarrea con mucosidades y estrías sanguinolentas, que con ligeras alternativas ha continuado hasta ahora.

El 25 de Enero, tuvo una gran epístaxis, seguida de otras menores. Acusa por último dolores aparecidos en estos últimos tiempos, localizados del lado derecho del abdomen, desde donde se irradian hasta el hombro derecho.

En estas circunstancias ingresa á la sala.

Estado actual

Hábito externo.—Individuo bien desarrollado, buen esqueleto, regular desarrollo muscular, poco panículo adiposo.

Facies.—De tinte pálido amarillento. Conjuntivas anemiadas y en su región esclerotical, teñidas de amarillento.

Tórax.—Asimétrico. El lado derecho mide tres centímetros más de circunferencia que el opuesto. Los espacios intercostales están borrados en la parte inferior del lado derecho. Respiración costoabdominal; el lado derecho funciona menos que el izquierdo.

Pulmones.—Por detrás, en el lado izquierdo, sonoridad y vibraciones normales; respiración algo ruda.

En el lado derecho, sonoridad normal hasta el nivel de la novena vértebra dorsal; de este punto hacia abajo, matitez absoluta. Vibraciones conservadas en la parte superior, empiezan á disminuir al nivel del ángulo inferior del omóplato, y se encuentran abolidas dos traveses de dedo más abajo. A la auscultación, la zona mate no respira; en el resto hay fenómenos de bronquitis generalizada.

Por delante, en el lado izquierdo, sonoridad, vibraciones normales, respiración algo ruda.

En el derecho, sonoridad hasta la 5ª costilla. Vibraciones normales; á la auscultación, fenómenos análogos á los señalados en la parte posterior.

Corazón.—La punta no se ve, pero se siente en el 5º espacio intercostal, un poco por dentro de la línea mamilar.

Matitez cardíaca.—Límites normales.

Auscultación.—Tonos algo sordos. Conservan, por lo demás, sus caracteres normales.

Pulso.—Pequeño, regular, igual.

Hígado.—Aumentado de volumen y muy doloroso á la presión. Su límite superior, indicado por la matitez absoluta del órgano, pues la relativa ha desaparecido, está, en la línea media posterior, al nivel de la novena vértebra dorsal; sigue de aquí una línea ligeramente ascendente, llegando en la línea axilar media al nivel de la sexta costilla y en la línea para-

esternal al borde inferior de la quinta. Por debajo sobrepasa más de dos traveses de dedo el reborde costal. Su borde no se palpa, por la tensión de los músculos del abdomen.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Indolente, salvo en la región ántero-superior derecha, tenso, surcado por una red venosa superficial bien visible; ganglios infartados, en ambas ingles.

Temperatura.—37°,3 por la mañana, 38°,2 á la tarde.

Orina.—Cantidad, 400 grs. Color, amarillo rojizo. Aspecto, ligeramente turbio. Reacción, ácida. Densidad, 1023. Urea, 22,14 °/₀₀. Cloruros, 12,70 °/₀₀. Fosfatos, 2,25 °/₀₀. Hay indicán y pigmentos biliares; albúmina y glucosa, no. El examen de los sedimentos, al microscopio, muestra gran cantidad de oxalatos y uratos de cal y de soda.

Como el enfermo resistiera la idea de una operación y pidiera algunos días para reflexionar y decidirse, se le dejó permanecer en la sala, prescribiéndole un tratamiento constituído por dieta, reposo, fomentaciones calientes y algunos revulsivos, para combatir los dolores del hipocondrio derecho, los cuales mejoraron notablemente al cabo de pocos días.

La temperatura presentaba entretanto, oscilaciones irregulares, manteniéndose en los límites fisiológicos unos días y dando saltos otros, que en algunas ocasiones la llevaron hasta más arriba de 39°,

para descender después, siguiendo una curva igualmente caprichosa.

En esta situación, cuando ya el enfermo estaba casi decidido á dejarse operar y estábamos esperando la oportunidad de pasarlo al servicio de cirugía, sobrevino inopinadamente una vómica de pus sanguinolento, arrojando el enfermo varias bocanadas de líquido color chocolate y siguiendo después con una expectoración de igual carácter. En los días siguientes,—esto pasó el 22 de Febrero,—tuvo elevaciones de temperatura, que en la tarde del 24, llegó á 39°2, con escalofríos y sudores abundantes.

Los síntomas locales disminuyeron, aumentando en cambio los fenómenos de bronquitis del lado del pulmón derecho.

Como el enfermo se sintiera muy mejorado, rehusó la operación y pidió el alta, que le fué concedida el 6 de Marzo.

JULIÁN PANELO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Para el pronóstico en los neumónicos, la disnea constituye un síntoma de muchísimo valor.

II

La perforación intestinal no es siempre mortal.

III

La herencia neuropática modifica el pronóstico de la neurastenia.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1898.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor titular Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor suplente Dr. Alejandro Posadas, para que constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 19 de 1898.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Julián Panelo:

« En el local de la Facultad, á 17 de Septiembre de 1898, reunidos los « que subscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad « de la tesis presentada por el ex alumno Julián Panelo, que versa « sobre « Sindrome clínico de los abcesos hepáticos », resolvieron admi- « tirla, con lo que terminó el acto.

(Firmados:) LEOPOLDO MONTES DE OCA.
—CHAVES.—POSADAS.
Zenón Aguilar, Prosecretario.»
Luis M. Acuña.

Septiembre 19 de 1898.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.