2944
20

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# HEPATITIS SUPURADA

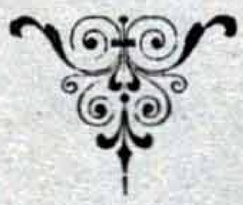
TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LADISLAO P. CRESPO

Ex interno del Hospital Militar, de la Casa de Expósitos, del Hospital de Niños;
Ex ayudante del Laboratorio
de Bacteriología del Departamento Nacional de Higiene



BUENOS AIRES

5724 — IMPRENTA MARIANO MORENO, CORRIENTES, 829

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# HEPATITIS SUPURADA

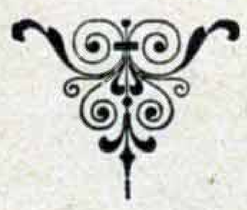
TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LADISLAO P. CRESPO

Ex interno del Hospital Militar, de la Casa de Expósitos, del Hospital de Niños;
Ex ayudante del Laboratorio
de Bacteriología del Departamento Nacional de Higiene



BUENOS AIRES

5724 — IMPRENTA MARIANO MORENO, CORRIENTES, 829

1897

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

(Art. 162 del Reglamento).

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**Decano**

Dr. D. Enrique E. del Arca.

**Vicedecano**

Dr. D. Pedro Mallo.

**Académicos Titulares**

Dr. 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.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.

**Académicos Honorarios**

Dr. D. Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch.
» » Telémaco Susini.

**Secretario Titular**

Dr. D. Luis M. Acuña.

**Pro-Secretario**

Dr. D. Zenon 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 | » | Vacante. |
| Patología general y ejercicios clínicos | » | Roberto Wernicke. |
| Materia Médica y Terapéutica | » | Justiniano Ledesma. |
| Higiene pública y privada | » | Melitón G. del Solar. |
| 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.<br>Antonio C. Gandolfo. |
| Clínica médica | Dres. | Vacante.<br>Gregorio N. Chaves.<br>Luis Güemes. |
| Obstetricia y Clínica respectiva | Doctor | Samuel A. Molina. |
| Medicina legal | » | Eduardo M. Pérez. |
| Toxicología | » | Juan B. Señorans. |
| Química aplicada á la Medicina | Dres. | Pedro N. Arata.<br>Atanasio Quiroga. |
| Física médica | Doctor | Jaime R. Costa. |
| Zoología médica | » | Eliseo Cantón. |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | Baldomero Sommer. |
| Laringología, otología, rinología | » | Eduardo Obejero. |
| Farmacia teórica | » | Juan A. Boeri. |
| Farmacia práctica | » | J. Manuel Irizar. |
| Botánica médica | » | Adolfo Mujica. |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Juan R. Fernández. |
| Odontología | » | Nicasio Etchepareborda. |

# 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 | » | Pedro J. Coronado. |
| Higiene pública y privada | Dres. | Enrique Revilla.<br>Ricardo Schatz. |
| Patología general y ejercicios clínicos | Doctor | Gregorio Aráoz Alfaro. |
| Materia Médica y Terapéutica | Dres. | Enrique E. del Arca.<br>Angel M. Centeno. |
| Patología externa | » | Pascual Palma.<br>Daniel J. Cranwell. |
| Patología interna | Doctor | Marcial V. Quiroga. |
| Anatomía patológica | » | José Badia. |
| Medicina operatoria | » | Alejandro Posadas. |
| Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica | Dres. | Alfredo Lagarde.<br>José F. Molinari. |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » | Facundo Larguia.<br>Antonio F. Piñero. |
| Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica | | Francisco Barraza.<br>Teófilo A. Moret. |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José A. Estevez.<br>José R. Semprun. |
| Enfermedades mentales y Clínica respectiva | Doctor | Benjamín T. Solari. |
| Clínica Quirúrgica | Dres. | Juan B. Justo.<br>Alejandro Castro.<br>Diógenes Decoud. |
| Clínica Médica | » | Abel Ayerza.<br>Julio Méndez.<br>Francisco Sicardi.<br>Ignacio Allende. |
| Obstetricia y Clínica respectiva | Doctor | Luis F. Vila. |
| Física médica | » | Vacante. |
| Medicina legal y Toxicología | Dres. | F. de Vega.<br>Domingo Cavia. |
| Química aplicada á la Medicina | Doctor | Vacante. |
| Farmacia práctica | » | Vacante. |
| Laringología, otología, rinología | » | Wenceslao Tello. |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | Maximiliano Aberastury. |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Enrique Pietranera. |
| Odontología | » | León Pereyra. |

PADRINO DE TESIS

**Académico Honorario, Dr. D. TELÉMACO SUSINI**

A MIS PADRES

---

Á MIS HERMANOS

---

A LA MEMORIA DEL DOCTOR

*Laurentino Z. Candioti*

A los Doctores

Samuel Parera Denis.
José Vicente Moran.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Vengo á cumplir con la última de las prescripciones de nuestra Facultad, sometiendo á vuestra consideración y elevado criterio la presente tesis, para optar el título de doctor en medicina.

Tengo la íntima convicción de lo humilde de mi trabajo y de los innumerables defectos de que adolece: es la obra del estudiante, y para ella reclamo vuestra benevolencia.

Es esta para mí una de las horas más solemnes de mi vida, y entre las emociones que embargan mi espíritu en estos instantes surge el recuerdo de mis queridos é inolvidables maestros, los doctores González Catán y Astigueta, así como el de los infortunados compañeros de aulas, en quienes la ley que rige la existencia humana se ha cumplido; haya para sus memorias el profundo y cariñoso respeto del alumno y del amigo.

Voy á abandonar el aula para entrar de lleno en el ejercicio de la noble carrera á la que he consagrado mis esfuerzos, y me siento complacido al cumplir con el deber de hacer pública mi gratitud hacia mis distinguidos profesores y en particular á los doctores Susini y Malbrán, que con sus eruditas lecciones han contribuído eficazmente á la realización de mis propósitos.

# I

## Historia

A muy lejanos tiempos se remonta el conocimiento de los abscesos del hígado; los médicos antiguos los colocaban en la categoría de las inflamaciones hepáticas.

Hipócrates revela conocimientos experimentales sobre la marcha de esta afección y aun de su tratamiento, indicando con precisión admirable la marcha clínica, la frecuencia, sus particularidades principales y su tratamiento que en definitiva reducía á prescripciones medicamentosas é higiénicas.

Posteriormente á Hipócrates, Celso, aprovechando el caudal de los conocimientos y observaciones de éste, da un paso más en el sentido del estudio de los síntomas de esta clase de afecciones describiendo y enumerando sus principales faces.

Sin disputa alguna corresponde entre los antiguos á Celius Aurelianus la gloria del conocimiento más perfecto en esta materia, pues en sus obras se encuentra cuanto de más precioso nos legara la antigüedad sobre los derrames y abscesos de las vísceras, estudiando perfectamente los síntomas y ampliando los datos anteriores.

Los que vinieron más tarde poco adelantaron en el mayor conocimiento sobre este tópico; Areteo y Galeno no hacen más que repetir los trabajos de sus antecesores, sin agregar una sola nota personal, producto de sus investigaciones científicas.

Escasos fueron también los estudios de los árabes al respecto, no añadiendo nada nuevo, salvo uno que otro método de tratamiento.

Viene más tarde la Edad Media, y con este período el estacionamiento de todas las ciencias y los progresos, sumergiendo á la humanidad en una época de oscurantismo é ignorancia.

Los charlatanes que se arrogaron el título de maestros en la ciencia de curar no llegaron nunca á colocarse en condiciones tales que les permitieran estudiar estos fenómenos producidos en el interior de la economía, y aquellos que la cultivaron con algún éxito no salieron de los estudios de Galeno.

Decididamente en esta época poca luz y caudal de noticias científicas pueden señalarse, continuando en estas tinieblas aún en los días del Renacimiento, verdadera aurora de las artes y las ciencias.

Uno que otro detalle encontramos en los libros de los médicos de estos tiempos y posteriores y cuya importancia puede considerarse perfectamente nula.

Es recién en el siglo XVIII que nos encontramos con estudios serios sobre esta afección.

Boerhave nota en algunos abscesos del hígado

complicaciones secundarias de la septisemia atribuyéndolos á la absorción del pus.

Bertrandi inventa una complicadísima teoría basada en un fantástico sistema hidráulico-mecánico, para explicarse la causa de tan extraña complicación observada en varios casos consecutivos de heridas á la cabeza.

Necesitamos llegar á épocas modernas para encontrar estudios puramente científicos, suscitados estos y dando margen á prolijas investigaciones la mortalidad que sufrían los europeos en los climas cálidos, principalmente en las colonias establecidas en Asia y Africa, donde eran numerosas las bajas causadas en la población conquistadora á causa de las afecciones hepáticas.

Los médicos establecidos en esas regiones estudiaron la cuestión, y son sus trabajos los primeros y los más completos que tenemos, sobresaliendo entre ellos los de Troining, Morchead y sobre todo Anesley, que fijó definitivamente su sintomatología.

No son menos dignas de mención las interesantes monografías y obras de valor de Rouis, Caspel, Detrouleau, Recamier y Dik, este último que indica un tratamiento por medio del cáustico, que, estableciendo adherencias, impide su derrame en el peritoneo, y Granes, que interviene quirúrgicamente incidiendo las paredes abdominales sin tocar la serosa abdominal, esperando que, dada la delgada

capa que tiene que atravesar el contenido, se derrame al exterior.

En nuestros días la brillante falange de autores modernos, que son el orgullo de la ciencia, tratan el punto con abundante caudal de conocimientos, agregando nuevos datos á los muchos ya adquiridos, avanzando á pasos agigantados, debido al poderoso impulso dado por la antisepsia y abriendo amplios horizontes á la cirugía, que realiza hermosos resultados en el tratamiento de los abscesos al hígado, poniendo al alcance de todos los médicos esta clase de operaciones, de cuya bondad son las estadísticas el más elocuente testimonio.

## II

### Etiología y Patogenia

Antes de entrar á ocuparnos de lleno de la complicada etiología de esta enfermedad empezaremos por dar á conocer las vías que sigue el germen ó los gérmenes para llegar á la glándula hepática, formando variedades que responden á modalidades clínicas diferentes.

Tres son las vías abiertas á los gérmenes piógenos: la vía linfática, la venosa y la arterial.

Los gérmenes, penetrando por las vías sanguíneas, son transportados por las arterias ó por las venas.

Por la vía arterial se propagan generalmente las grandes infecciones, como ser: la infección purulenta y séptico-pioemia, dando lugar á los abscesos metastáticos.

En cuanto á la infección por las venas puede seguir dos vías: ya sea la vena sushepática ó de la vena Porta.

En la vena sushepática los microorganismos son transportados por vía retrógrada y dan lugar á ciertos abscesos metastáticos.

En cuanto á la vena Porta, es la que transmite las

infecciones que se producen en el estómago y los intestinos en los casos de lesiones secales, apendiculares, y alteraciones ulceroras del intestino, colocando en este rango la disentèria y la fiebre tifoidea, habiéndose observado esta última, rara vez, en los niños.

Al hacer el estudio de las causas de los abscesos al hígado podemos dividirlas en:

Causas de origen externo.

Causas de origen interno.

Entre las primeras colocaremos los traumatismos que suelen ser más frecuentes en los niños, seguramente debidos á la facilidad con la cual se producen las caídas sobre el vientre; sea á la vulnerabilidad del parénquima hepático ó á las dos causas reunidas.

Pero esta causa es seguramente predisponente, dejando al hígado en condiciones de menor receptividad, preparando á los gérmenes un lugar de menor resistencia que favorece su desenvolvimiento.

Otras de las causas externas son las heredidas quirúrgicas supuradas, que dan lugar á infecciones sépticas ó pioémicas, sobre todo las heredidas de la cabeza.

Las causas de origen interno dan lugar á grandes abscesos al hígado, que se conocen generalmente con el nombre de abscesos tropicales, observándose éstos en los lugares tropicales. Según los estudios modernos hechos por Kelsch y Kiemer, existe una relación entre ellas y la disenteria.

Anteriormente á los estudios de los referidos se había tratado de dar distinta etiología á estos abscesos; así para Larey los atribuía al excesivo calor observado durante el día, que disolvía la grasa subcutánea y epiploica, y ésta, llevada por sangre de hígado, producía en él una inflamación.

Para Anesley eran los miasmas maláricos la causa tanto de la fiebre como de las alteraciones intestinales de la disenteria y la hepatitis.

Pero es necesario llegar á los estudios de Kelsch y Kiemer para ver la relación que existe entre los abscesos del hígado y la disenteria. Estos han observado en el Senegal, donde la disenteria es muy frecuente y muy grave, que cuando aumentaba ésta había un aumento en relación de abscesos al hígado.

En otros países donde la disenteria es rara, raro es también este género de abscesos, y según la estadística de Kelsch sobre *trescientos sesenta y cuatro* casos de hepatitis, *doscientos sesenta* tenían antecedentes de disenteria.

Ahora bien: si existe una relación tan íntima entre la disenteria y los abscesos del hígado, el germen de la disenteria debiera encontrarse en el pus de estos abscesos.

Antes de hacer el estudio del pus de dichos abscesos vamos á recorrer las distintas observaciones bacteriológicas hechas acerca de la disenteria.

En 1876 el doctor Normand descubre en las deyecciones de los disentéricos de Cochinchina un

parásito que llama *anguillula estercolaris*, que es un verme de la familia de los nematodos.

Normand creyó al principio que se trataba del germen de la disenteria, pero pronto abandonó esta creencia.

En 1875 *Læsch*, examinando también las materias fecales de los enfermos de disenteria, descubre *amibas* en número considerable, á las que llamó *amibas coli;* inoculando estas *amibas* en cuatro perros observó síntomas semejantes á los de la disenteria.

En la autopsia de ellos se encuentra la mucosa del intestino inflamada, cubierta de mucus sanguinolentos y ulceraciones, pululando las *amibas* en este mucus.

En 1883 Koch encuentra la *amiba* en las deyecciones de los disentéricos.

En 1885 Kartulis trata de probar que la *amiba* juega el principal rol en la disenteria, y que no se encuentra en ninguna otra infección ulcerosa del intestino.

Los resultados experimentales son hasta ahora inciertos; la reproducción experimental de la enfermedad es inconstante.

Llegamos al año 1888, en cuya época Chantemesse y Widal hacen una serie de estudios sobre la disenteria, pudiendo aislar en las deyecciones de los disentéricos un microorganismo que han observado y descripto minuciosamente. Este bacilus se encuentra en las disenterias durante la vida del paciente

en las deyecciones; y en la autopsia lo señalan en el intestino, en los ganglios mesentéricos y en el bazo.

Es un bacilus corto, de cuatro á cinco milésimos de milímetro de largo y no se puede identificar sino por los caracteres de la cultura y la inoculación. Se desarrolla rápidamente en gelatina, en caldo y en papa, en la que da una cultura amarilla y seca. Las experiencias practicadas han dado resultados bastante significativos.

De los estudios hechos del pus en los abscesos del hígado, Kartulis ha encontrado la *amiba* asociada casi siempre á otro bacilus de la supuración; él cree que estos parásitos no son piógenos, pero preparan el terreno á los bacilus de la supuración.

Osler ha publicado observaciones de enfermos que en el período de una disenteria tuvieron abscesos del hígado, encontrando en el pus la *amiba* en gran número.

Ultimamente Vasse observa pocas *amibas* en el pus de un absceso del hígado, pero sí gran cantidad en las paredes del absceso y en algunos pequeños vasos de la vena Porta, al mismo tiempo que también bacilus de la supuración en gran número.

De lo expuesto se ve que la *amiba coli* ha sido constatada en muchos abscesos del hígado ya sola, ya acompañada de microorganismos; y para Kartulis lo que distingue los abscesos del hígado de origen disentérico de los otros es que en los primeros se encuentra la *amiba coli* y en los otros nó.

Si se constatan otros microorganismos son sobre-

agregados, de rol secundario y transportados por la amiba del intestino.

Podemos, pues, llegar á la conclusión, sacada de estudios hechos sobre este pus, que no se conoce hasta ahora un bacilus específico. En efecto: las culturas hechas con este pus han dado el estafilococo, blanco ó dorado, el strectococo, el coli bacilus y el bacilus piociánico. En otras observaciones no ha podido encontrarse ningún otro microorganismo, pero esta esterilidad es seguramente aparente; pues ha habido abscesos de cuyo examen directo se han encontrado microorganismos, no dando nada en las culturas.

Al lado de estas causas eficientes, sin las cuales la hepatitis supurada no podría existir, hay otras que llamaremos secundarias, predisponentes ú ocasionales, que le preparan el terreno.

La temperatura tiene una cierta acción en la formación de los abscesos del hígado, pero no es más que una acción secundaria, puesto que pueden observarse disenterias con complicaciones hepáticas en lugares fríos y templados.

La raza puede también tener su influencia. De las observaciones hechas se ha podido constatar que los habitantes del lugar son mucho menos propensos á estas afecciones que los extranjeros.

La aclimatación no parece disminuir la predisposición que tienen los extranjeros, y se observa que los momentos para producirse la afección son: á

su llegada al país ó después de años de residencia, y esto puede ser debido al régimen alimenticio y al abuso de las bebidas alcohólicas.

En fin, todo lo que coloca á este órgano en condiciones de menos resistibilidad puede ser causa de estos abscesos, desde que lo imposibilita para poder luchar contra los microorganismos, causantes de esta afección.

---

## III

### Anatomía Patológica

Fácilmente se observa en todo hígado que contiene abscesos metastáticos un aumento de volumen, blandura, poca resistencia, y en su superficie eminencias desde el tamaño de una arveja ó un grano de mijo; las más gruesas son fluctuantes.

Practicando cortes en el órgano, se ve, sobre un fondo congestionado, bolsas frecuentemente numerosas, amarillas, miliares, que pueden llegar á tener las dimensiones de una nuez y que contienen en su interior un líquido purulento, los cuales se confunden unos con otros, aumentando de volumen, formando abscesos de dimensiones variables.

Si se observa el parénquima hepático á la luz se pueden ver globulitos hiperemiados con una mancha amarilla de pus, que es el principio de la formación del absceso.

Cuando se hacen cortes se ven que las lesiones en ciertos puntos se reducen á los copilares que se encuentran distendidos con depósitos de células en los espacios perilubulados. En cuanto á las células, pueden encontrarse indermes ó con principio de degeneración grasosa.

En otras partes se encuentran á veces los copilares llenos de microorganismos, la vena Porta y los espacios interlubolados infiltrados de células migratorices.

Entre los abscesos múltiples pioémicos y los grandes abscesos se coloca una modalidad anatomo-patológica conocida con el nombre de *abscesos aereolares*. Estos se forman en el centro del parénquima hepático evolucionando del centro hacia la periperie, tomando forma cónica vértice central, la sección muestra los abscesos constituídos; de la forma de una esponja, formado de aereolas de diferentes tamaños, comunicándose entre ellas, llenas de pus y tupizados de una membrana piogénea.

Estos abscesos no difieren en cuanto á la causa de otras supuraciones hepáticas, encontrándose en ellos estrafilococos, estrectococos y coli bacilus.

La disposición aereolar que ellos presentan y que los hace reconocibles bajo el punto de vista anatómico es debido á la disposición de los canalículos biliares y venosos en el territorio invadido.

Achard ha demostrado que la patogenia de estos abscesos es compleja y el punto de partida no es ni siempre biliar ni siempre venoso; así, algunas veces la infección es producida por intermedio de la vía biliar, dando lugar á las angeocolitis y á la peri-angeocolitis.

El proceso inflamatorio se extiende á los tejidos vecinos, necrosan los lóbulos, produciendo fuentes purulentas en pequeños territorios que más tarde se

confunden, dando nacimiento á abscesos tal cual han sido descriptos; otras veces estos abscesos tienen como vía de infección la vena sushepática.

Los abscesos disentéricos del hígado presentan lesiones muy complejas; son á veces voluminosos, otras pequeños, lo más frecuentemente solitarios, siendo su evolución generalmente lenta; el pus es de aspecto muy variable, siendo en ocasiones verdadero, flemoso, blanco ó amarillo verdoso, cuando es coloreado por la bilis. En otras circunstancias es maseroso, grumoso, pudiendo tener masas caseosas que en el examen microscópico resultan ser células hepáticas necrosadas.

Pero hay otros contenidos distintos de abscesos hepáticos; no es un verdadero pus el que se saca sino una substancia espesa de un color negro rojizo ó á veces chocolate.

Los abscesos del hígado una vez formados pueden llegar á tener proporciones considerables, alcanzando á contener hasta cuatro ó cinco litros de pus.

El aumento considerable del hígado es el resultado de esta vasta colección hepática.

El principio de los abscesos flemonosos evolucionando rápidamente sobre una gran extensión de la glándula pueden causar la muerte antes de la infección purulenta.

Se encuentran focos grises reemblandecidos que, comprimiéndolos, el pus sale gota á gota sobre el corte. Al microscopio se advierte una enorme infiltración de leucocitos en todas las partes atacadas,

con degeneración granula-grasosa de la célula hepática.

Cuando el absceso evoluciona lentamente el tejido sufre un reemblandecimiento del centro á la periperie, el absceso se constituye, congestionándose en toda su periperia, vaciado el absceso por reorganización de su membrana en el tejido fibroso que, retrayendo el tejido hepático, hace la cicatrización; siguiendo la supuración se cubre de una capa dura, espesa, lardásea, en que al aumento considerable del pus puede llegar á romperlo ó dejar escapar una cantidad de éste, disminuir el volumen del absceso, cerrarse después para volver á abrirse más tarde.

El aumento de la dimensión del hígado es la regla en los casos de estos abscesos voluminosos, que no existe para los abscesos fibrosos.

Esta variedad consiste, generalmente, en abscesos múltiples, pudiéndose observar, á veces, al costado de uno de tamaño mediano pequeños glóbulos fibrosos.

Estos son separados del resto del parénquima por una piel fibrosa, conteniendo vasos embrionarios llenos de una substancia periforme.

Fuera del absceso mismo, pocas son las lesiones que pueden reconocerse en el hígado atacado de una hepatitis supurada; el parénquima rara vez se altera, encontrándose fenómenos de congestión con un ligero grado de hepatitis parenquimatoso. En las vías biliares no hay alteraciones constantes, no son atacadas sino cuando el proceso ulcerativo se propaga á ellas; lo mismo puede decirse de los vasos sanguíneos.

## IV

### Sintomatología

Al hacer el estudio de la sintomatología de los abscesos del hígado, no podemos tomar un tipo clínico especial, y encuadrar en él la sintomatología de todos los abscesos porque éstos varían considerablemente, ya sea exagerando algunos de sus síntomas, ya presentando un cuadro clínico claro y difícil de confundir, ya, por el contrario, presentándose de una manera solapada, sin síntomas que lo hagan sospechar para concluir con la vida del paciente y cuya causa sólo puede ser conocida en la autopsia; otras veces una vómica viene á poner de manifiesto la existencia de una afección que se ignoraba; y hay casos que una deposición purulenta nos pone sobre aviso de la afección que aqueja al paciente. Por eso para hacer su historia clínica tomaremos como tipo de ella aquellos casos en que se encuentren reunidos todos ó mayor parte de los síntomas, estudiando detenidamente aquellos más constantes, las distintas modalidades con que se presentan y las variedades que estos puedan experimentar.

Empezaremos la historia clínica de esta afección

por la inspección del paciente, la palpación y la percusión, estudiando los síntomas más constantes para poder llegar por este medio á un diagnóstico seguro.

Inspección: Al inspeccionar un enfermo atacado de esta dolencia se encuentra que el paciente se halla postrado, cubierto de sudor, acostado sobre su absceso, habiendo cambiado su tipo de respiración abdomiual por respiración torácica, siendo ésta superficial, pues las inspiraciones profundas, descendiendo el diafragma, hace que el hígado descienda también, aumentando de este modo uno de los síntomas más molestos: el dolor. En estos enfermos se nota la tos que es seca, semejándose mucho á la de los tuberculosos, observándose al mismo tiempo la disnea, siendo ambas cosas debidas, ya á la compresión de los filetes del nervio frénico ó cuando el absceso es grande á la compresión del pulmón y de la pleura. Esta forma suele presentar todos los caracteres de la tuberculosis si se mira únicamente al paciente; por eso los autores ingleses la designan con el nombre de *tisis hepática*.

En los abscesos voluminosos, por lo general, se observa un aumento de volumen en el hipocondrio derecho. A la vez se desarrollan fenómenos de catarro gastro-biliar, lengua saburral blanca ó amarillosa, sabor amargo, sed, inapetencia, náuseas, vómitos amarillos, verdes ó bronceados; la ictericia es frecuente poco constante, y puede variar

desde el tinte su ictérico de la conjuntiva hasta la ictericia definida, observándose en el enfermo un estado febril.

Esta fiebre puede presentar caracteres completamente distintos, y así como puede faltar algunas veces, en otras es el único síntoma apreciable ya presentándose bajo la forma intermitente viniendo por accesos que la asemejan mucho á los del paludismo, observándose á la tarde con frío, pero sobre todo con ascensión brusca de la temperatura y sudores profusos, sin que tengan ninguna periodicidad constante y resisten á la quinina; en otros la fiebre toma el carácter continuo ó remitente, la piel es seca, el pulso es duro; pero generalmente la fiebre, en el período presupurativo, no tiene un tipo regular; es poco intensa, no pasando muchas veces de 39°, habiendo casos en que ésta es mínima. A veces la fiebre toma un carácter tifoideo, sobre todo en los casos agudos, postración precoz, insomnio, lengua seca, labios fuliginosos, presentándose más tarde de ordinario acompañada de delirio, sobreexcitación y el paciente muere en un estado atáxico-adinamia-tifoideo.

Palpación: A la palpación, lo mismo que á la percusión, notamos que el hígado se encuentra aumentado de volumen, pudiendo llegar por su parte superior hasta el tercer espacio intercostal y aún más por debajo sobrepasa las falsas costillas; tanto la percusión como la palpación despiertan en estos enfermos uno de los síntomas que,

si bien existen constantemente, con este procedimiento se hacen más fácilmente apreciables; este síntoma es el dolor, que es fijo, limitado, profundo al principio, tensivo paroxístico, exasperados por los movimientos de la tos y la presión, lo mismo por los movimientos profundos de la respiración, y de allí provienen los cambios que en ésta se observan; se encuentra situado en el hígado y se le denomina puntada de costado hepática. En ciertos casos este dolor sólo se revela por una presión brusca sobre la región hepática, siendo uno de los grandes síntomas reveladores del absceso, pero no siempre se localiza en el mismo punto, y muchas veces una punción exploratriz hecha en el sitio del dolor no da salida al pus. Este síntoma, que existe en el hipocondrio derecho y se hace más agudo por las presiones, se irradia hacia el epigástrico, la espalda, el hombro derecho, la región lumbar y aun el sacro mismo.

Tratándose de un absceso superficial, á este dolor propio suelen agregarse dolores superficiales más agudos de la peri-hepatitis ó de la pleuresía diafragmática derecha, con su punto peri-torácico sifoideano y frénico; al mismo tiempo se suelen sentir en el punto del absceso ciertas fluctuaciones.

---

## V

### Marcha y terminación

En cuanto á la marcha, puede variar considerablemente ya permaneciendo durante mucho tiempo sin dar signos de su existencia hasta que un accidente, como ser un traumatismo ó un exceso en las bebidas alcohólicas, viene á despertarlo, manifestándose entonces en toda su plenitud, ó en otros casos se reabsorbe el contenido, formándose un tejido cicatrizal, pero es necesario reconocer que este último medio es excepcional, pero se ha probado por un cierto número de autopsias donde viejos focos supurados y no abiertos han sido encontrados al estado de cicatriz fibrosa ó de magna caciosa infiltrada; pero en la gran mayoría de los casos el absceso termina ya abriéndose una brecha hacia la parte externa ó abriéndose en la cavidad abdominal y derramándose en el peritoneo. Otras veces el absceso concluye con la vida del paciente en el marasmo, con fiebre hética, edema caquéctico y astenia progresiva ó muere con un sindroma atáxico adinámico tifoideo. De todos estos modos de terminar el absceso hepático el más favorable es la abertura que, produciendo una vía amplia, da salida á la colesión puru-

lenta, y se observa sobre todo en aquellos abscesos, cuya evolución se hace hacia la cara anterior del addomen. En estos casos se establece al principio una perihepatitis adhesiva, produciéndose al mismo tiempo la ulceración de la cápsula de Glisson de dentro á afuera y de la capa muscular aponeurótica del abdomen á la par se observa el empastamiento de la región y una renistencia al principio profundo y que se hace más tarde superficial, volviéndose la piel edematosa y tomando una coloración roja en el punto del tumor, hasta que por fin ésta se rompe dando salida al pus.

Otras veces el pus se abre brecha siguiendo camino más complicado, y con un trabajo más lento y más tardío perfora el diafragma, la pleura; penetra en la cavidad pleural, abriéndose paso á través de un bronquio, saliendo al exterior. En estos casos la fiebre aumenta, sobreviniendo una tos seca y quintosa, con disnea bastante intensa, puntada de costado profunda, no al nivel del hígado pero sí hacia la base del pulmón derecho. Los signos físicos denotan un foco de bronco-neumonía en la base derecha con matitez, crepitación fina y soplo-brónquico profundo; más tarde una vómica viene á poner de manifiesto este cuadro clínico en un principio difícil de dilucidar, pudiendo evacuarse hasta un litro de pus y más, pero este líquido no es sólo pus; frecuentemente su aspecto es grumoso, de un negro rojizo, comparable al chocolate espeso. Como consecuencia de esto, el tumor hepático disminuye de

volumen, la fiebre decae, al mismo tiempo que se amortiguan los demás síntomas; pero esto es tan sólo pasajero, pues en seguida la abertura que se ha hecho hacia la cavidad torácica se oblitera y el saco del absceso vuelve á llenarse de pus, para abrirse más tarde, siguiendo generalmente la misma vía, pudiendo esto repetirse muchas veces.

Si la curación se produce, los esputos son menos abundantes y más mucosos; al mismo tiempo el estado general del enfermo mejora, la fuerza y el apetito reaparecen.

Casos hay en que estos abscesos se han abierto en el pericardio y mediastino, produciendo la muerte instantánea del enfermo; en otras circunstancias pueden abrirse en el peritoneo y su peligro se encuentra en relación de la septicidad del pus; la ruptura se hace también en el cólon y en las demás partes del tubo digestivo; una deposición purulenta es el testigo de su camino.

---

## VI

### Pronóstico

El pronóstico de los abscesos del hígado es grave, y esta gravedad depende de un cúmulo de circunstancias relacionadas con la evolución y las complicaciones que puedan sobrevenir, como ser: los derrames de pus en las distintas serosas; y afecciones concomitantes, la disenteria, el paludismo y la cabuexia.

Los abscesos que se abren en el interior son graves, y si bien muchos de ellos pueden curar, otros, y es lo más general que, por el derrame del pus en las serosas, se produzca la muerte del enfermo.

Cuando el absceso se abre al exterior, la curación es más fácil que sobrevenga, y actualmente con los métodos nuevos de tratamiento quirúrgico la gravedad del pronóstico ha disminuído considerablemente; sin embargo, si existen varios abscesos, el pronóstico es fatal.

## VII

### Diagnóstico

El diagnóstico es, en algunos casos, casi imposible, y presenta, la mayor parte de las veces, grandes dificultades; su principio insidioso, las alteraciones gastro-intestinales que se presentan, la fiebre, el dolor y el estado de postración del enfermo hacen que se le haya confundido con otras afecciones; pero existe siempre un medio cierto y casi seguro para reconocerlos, y es la punción exploratriz la que puede repetirse varias veces sin peligro para el paciente.

Se ha confundido el absceso del hígado con un gran número de afecciones; una pleuresía purulenta se ha diagnosticado, reconociéndose el error en la autopsia. La pleuresía diafragmática ha dado también lugar á errores, pero los antecedentes del enfermo, de origen generalmente disentéricos, la puntada diafragmática que en el absceso del hígado es menos frecuente y menos intensa, el estudio de la matitez y los fenómenos de auscultación subministran elementos de gran importancia para el diagnóstico, y en último caso la punción exploratriz con el aparato de Potin, munido de un manómetro, nos dará un resultado cierto; pues si la colesión de pus se en-

cuentra por debajo del diafragma en los movimientos de inspiración la columna del manómetro subirá bajando en los de espiración.

La tuberculosis pulmonar ha podido también dar lugar á error, pues ésta podrá ser reconocida haciendo un examen atento del pulmón y del hígado, y sobre todo por el examen de los esputos.

Los abscesos del riñón, por su conexión con el hígado, pueden también ser confundidos con los abscesos de este órgano, y así se citan casos de un foco purulento de la pleura tomado por un absceso hepático abierto en esta serosa, cuyo error vino á ser reconocido después de algunos días por el olor urinoso que se observaba en el pus.

Uno de los errores más comunes es con los quistes hidatídicos, supurados ó no; los síntomas de una de estas afecciones se encuentran en la otra, pero la punción exploratriz nos sacará siempre de la duda.

---

## VIII

### Tratamiento

Las indicaciones terapéuticas varían considerablemente según el período en que se encuentra la hepatitis antes ó después de la formación del pus; en el primer momento se han preconizado las emisiones sanguíneas que calman, generalmente, los dolores, los purgantes repetidos que aumentan la secreción biliar y producen una derivación intestinal, y con este fin se han adoptado los mercuriales, los vomitivos también han sido empleados por la acción revulsiva enérgica que producen sobre la parte superior del tubo gastro-intestinal. Se ha empleado la tintura de yodo y los cáusticos repetidos que obran sobre dos síntomas de esta enfermedad, el aumento del hígado y el dolor; pues hay que reconocer que es necesario hacer un diagnóstico precoz para impedir por estos medios la supuración.

Una vez el pus formado, el único tratamiento racional y que da resultados satisfactorios es el quirúrgico.

Los métodos empleados con ligeras variantes son idénticos en su parte principal.

Vamos á describir algunos de ellos, empezando

por el de Stromeyer Siltré, el más usado salvo ligeras modificaciones que la práctica ha hecho necesarias.

Este procedimiento consiste en buscar el pus por medio del trocar é incindir de una sola vez y sobre el trocar como guía todas las partes blancas hasta la colesión purulenta; se preocupa poco de si hay adherencias en el hígado y si el pus se derrama en la cavidad abdominal, y es que, debido á la tensión que el líquido tiene, trata de salir por la vía que se le ofrece ó bien la esterilidad frecuente del pus hepático hace que éste no produzca acción alguna sobre el peritoneo. Pero, como hemos visto, el pus hepático puede contener y contiene muchas veces gérmenes que puedan dar lugar á infecciones secundarias en peritoneo, produciendo peritonitis mortales; y también herir órganos, tales como la basícula biliar, el epiplón y los intestinos.

Así es que se prefiere seguir un procedimiento más lento, incidiendo capa por capa hasta llegar á la superficie del hígado, tratando de suturar los bordes de la herida hepática á los labios de la incisión cutánea para evitar por este medio el derrame del pus en la cavidad abdominal. Una vez hecho esto se puede incindir el hígado ó anteriormente á esto hacer una punción para asegurarse el punto donde se encuentra la colesión purulenta.

Una vez dada salida al pus se procede al lavaje de la cavidad: haciendo el drenaje del saco y se pone una curación ligeramente compresiva.

## IX

### Observaciones

Clemente Vanostracten, de cuarenta y cuatro años de edad, profesión maquinista, estado soltero, entró al servicio del doctor Francisco Sicardi el día 12 de Septiembre de 1897.

Diagnóstico: absceso del hígado.

Sin antecedentes del hígado significativos, los personales anotan que ha sido un individuo generalmente sano y de costumbres morigeradas, aunque afecto á la cerveza, habiendo estado ocupado en una fábrica de la misma.

A mediados del año 1895 padeció de trastornos intestinales (diarreas), que fueron seguidos de un absceso al hígado, del que fué operado en Noviembre del mismo año. Dejáronse tubos de drenaje en la herida, y la supuración continuó aún dos meses.

Todavía quedó por seis meses con dolores al hipo y epigastro, que luego cesaron; pero hace ahora quince días ha vuelto á sufrir dolores en las mismas regiones, ha perdido el apetito, y tiene fiebre (37 á 39°) errática.

*Inspección.* — Ha enflaquecido en la última quincena; está muy pálido; se ve la cicatriz al hipocondrio de la operación referida.

Pulso débil, regular (80 P.) aumento de volumen del hipocondrio derecho, vientre ligeramente abovedado, respiración de hipo torácico.

*Palpación.* — Vientre depresible, doloroso hacia el flanco derecho; gargoteo de la fosa I. D., vibraciones torácicas abolidas en la base derecha.

*Percusión:* En el vientre es dolorosa por todo el flanco derecho.

La matitez del hígado por su línea anterior y axilar ocupa por arriba el límite normal (5º esp. ó 6º costilla), y por debajo desborda las costillas falsas en cuatro ó cinco centímetros, invadiendo, además, casi todo el hueso epigástrico; por la línea escapular, la matitez se eleva hasta el nivel de la novena vértebra dorsal, es decir, muchos centímetros sobre su línea fisiológica; la matitez *no se modifica* de nivel con los cambios de posición del enfermo.

*Auscultación:* no revela ningún fenómeno especial, más que el silencio respiratorio.

*Diagnóstico:* Absceso hepático (por Raciva).

*Tratamiento:* Evacuación quirúrgica.

---

Borgelli Rugero, italiano, treinta y cuatro años, peón; antecedentes de familia: tuberculosis.

Antecedentes individuales: sólo recuerda haber padecido reumatismo y un ataque de ictericia.

Se halla enfermo desde el 18 de Agosto pró-

ximo pasado, habiendo comenzado con trastornos gastro-intestinales, presentando algunos vómitos verdosos. Posteriormente tuvo fiebre y dolor en el hipocondrio derecho, que le impedía respirar con libertad, sentía también un fuerte y constante dolor en el hombro del mismo lado.

Después de ingresar al hospital ha tenido varios escalofríos con escarcebaciones de temperatura, ésta ha oscilado entre 36°5 y 39°2, hasta hoy sin tipo definido.

*Estado actual.* — Sujeto regularmente constituído, coloración de la piel intensamente pálida, sin icteria, disnea, aumento de volumen de la base del tórax derecho, con desaparición de los relieves costales, vientre abovedado, toda la zona abultada es dolorosa á la palpación y con los movimientos respiratorios. Funciones digestivas perturbadas, lengua saburral, embarazo gástrico, algunos vómitos, inapetencia, sed.

Vibraciones torácicas disminuídas y abolidas en los dos tercios (anter y poster) del lado derecho; la percusión y auscultación es normal en el lado izquierdo del tórax, pero no sucede lo mismo en el derecho, que ofrece los siguientes signos:

Timpanismo en la fosa subclavicular que contrasta con una matitez que se inicia en el cuarto espacio intercostal y desciende hasta más abajo de la base del tórax; igual matitez hay por la línea axilar desde el cuarto espacio, y por la posterior es todavía más elevada. Por debajo de las fal-

sas costillas la matitez continúa hasta dos ó tres centímetros, todo lo cual revela que la zona limitada corresponde al hígado, cuya elevación es notable por delante hasta el cuarto espacio intercostal (en vez del quinto), y por la axila lo mismo, en vez del sexto, que es el límite común.

La percusión es dolorosa.

La auscultación denota algunos rales mucosos de poca importancia en el pulmón izquierdo; en el derecho, la entrada del aire está disminuída en la zona inferior y reemplazado el murmullo respiratorio por un gran soplo tubario.

Con este cuadro sintomático se diagnosticó *hepatitis supurada*, confirmándose por una punción exploratriz que dió inmediatamente pus.

---

María Calabella, italiana, 36 años, casada, lavandera.

Antecedentes hereditarios: el padre vive, tiene 70 años, y es sano. Su madre, 75 años actualmente, padece de reumatismo. Ha tenido diez hermanos, de los cuales han muerto seis; uno de viruela, los demás de enfermedades que ignora, los que viven son sanos.

*Antecedentes individuales:* Ha sido sana en su juventud, tuvo una erupción limitada á la cara y las manos, que duró cinco días, sin mayor fiebre ni trastornos de la salud. A los quince años hi-

zo su primer menstrixación, ha reglado siempre bien.

Se casó á los quince años, á los diecisiete tuvo su primer hijo, el parto fué fácil y sin complicaciones, el niño murió á los dos meses; nueve años antes de ahora llegó á América á reunirse con su esposo; al mes se sintió enferma por primera vez, se quejaba de chuchos que aparecían á la tarde, sin temblores ni castañeteo de dientes, duraban una y dos horas, siendo seguidos de calor, sin sudores, se repetían cada dos días generalmente, y permanecía sana y levantada en los intervalos; su apetito y sus fuerzas no se alteraban. Este estado se mantuvo un mes, no tomó medicamento ninguno, se restableció por completo. Es de notarse que la enferma en estos accesos no sentía dolor en ninguna parte.

Nueve meses después tuvo su segundo hijo, el cual vive; dos años más tarde tuvo su tercer hijo; al año siguiente tuvo el primer aborto de cinco meses, y cinco meses más tarde tuvo un segundo aborto, también de cinco meses, habiendo conseguido el cuarto hijo al año siguiente para tener en seguida su tercer aborto de siete meses. Hace seis meses tuvo el último aborto, y con esto comienza la historia de su enfermedad actual.

Después de abortar de tres meses, y como perdiese mucha sangre, solicitó al día siguiente los cuidados de una partera, según la enferma; ésta la extrajo restos de placenta; la hemorragia cesó,

pero la enferma quedó postrada; varias horas después experimenta fuerte acceso de chucho con castañeteo de dientes y tembloreo, gran fiebre y sudores abundantes; en los días siguientes los chuchos no aparecen, pero continúa la fiebre, y este estado se prolonga durante quince días; la comida, que hasta entonces fué muy liviana y líquida, comienza á hacerse intolerante para los sólidos; la enferma se queja, después de cada comida, de malestar y ansiedad epigástrica que provocaba el vómito, después de lo cual se sentía aliviada; el vómito se producía inmediatamente después de la ingestión de los sólidos, su aspecto era el de vólo alimenticio apenas transformado; los alimentos líquidos, como el vino y la leche, determinaban ardores y perosis; lo único que podía tolerar y buscaba con agrado era el mate cocido, el té, café y caldo con verduras. No tenía cólico ni diarrea, más bien fué constipada más que antes, y obraba sólo con lavativas de aceite. Hace tres meses manifiesta la enferma una tos seca por accesos, sin expectoración, y que en su paroxismo determinaba un vómito sero-mucoso de poca cantidad y de gusto y olor malo. Los vómitos después de la comida desaparecían para dar lugar á los últimos, que, en número de cuatro ó cinco, se sucedían en el día; continúa la fiebre, aumenta el desfallecimiento, y la demacración de vez en cuando despierta en sus dolores. No se presentan chuchos. Es en esta faz de la enfer-

medad que aparecen dolores en el hipocondrio derecho debajo del reborde costal y limitado á una pequeña zona alrededor del borde del recto abdominal, dolores estos que sólo se dejaban sentir en los accesos de tos gástrica y á la presión. Después de un tiempo de que estos síntomas aumentan de intensidad, aparece por primera vez espontánea y de brusco, con dolor lancinante interno en el sitio de su padecimiento habitual; es tal el dolor, que se repliega sobre sí mismo y le es imposible hablar; el ataque dura alrededor de diez minutos, y es como ha empezado. Se repiten dos ó tres veces durante el día y sin relación alguna con los vómitos. El dolor del hipocondrio se extiende hacia la línea media, y siempre sordo y profundo se va haciendo espontáneo. La fiebre se mantiene con iguales caracteres. Hace un mes no vuelven los ataques paroxísticos de dolor, los vómitos y la tos han disminuído de frecuencia, los dolores espontáneos se han hecho cada vez más marcados, y quitan reposo y sueño á la enferma. Hace ocho días aparece en las horas de la tarde, y casi diariamente, una sensación general de frío que obliga á la enferma á abrigarse con especial cuidado hasta la venida del calor, que se deja sentir recién á la entrada de la noche para terminar generalmente con sudores profusos, á veces recién en las primeras horas del amanecer. La enferma ha observado que, desde hace un mes justo, con la evolución de su enfer-

medad ha cambiado de coloración y enflaquecido mucho de una manera lenta y gradual, pues ha sido de buena complexión y resistencia para el trabajo. Nunca ha tenido su esposo enfermedad alguna. El mismo manifiesta que la enferma tuvo fiebre palúdica en Italia durante quince días, y á tipo secundario.

*Estado actual.*—Inspección general: Mujer trigueña, de estatura mediana, afectando obligadamente la posición decúbito dorsal, su mirada y los facies revelan el sufrimiento así como un grado marcado de apocamiento en su vida de relación, profundamente demetido. Su musculatura miserable; sin panículo adiposo, esqueleto saliente. Los tegumentos de un tinte amarillo pálido, ligeramente bronceado; hay parte de los tegumentos (pabellones auditivos, cara interna de los miembros superiores) cuya coloración es sólo de la anemia profunda. Las palmas de las manos contrastan por su color pálido con el dorso hiperpigmentados y anémicos, un polvo blanquecino rodea las raíces de las uñas, la matriz de estar profundamente anémicas, ligera incurvación en garra de su dirección, placa de hiperpigmentación en el hipocondrio derecho (vejigatorio). Las mucosas pálidas en demasía (bóveda palatina, carrillos, labios). La conjuntiva esclerotical transparente; pelo seco, se cae fácilmente como las cejas, piel del mamelón muy retraído, manos atróficas. En la región umbilical por encima y derecho del ombligo se nota un nódulo del tamaño de una

arveja movible sobre los planos profundos, de consistencia blanda, casi indoloro, se transparenta una coloración obscura. La enferma no ha tomado su aparición ni su existeneia.

No hay circulación complementaria.

Piel en general seca y fácil de descarnarse. No hay prurito.—Hay, sí, vergetures en el vientre, piel de las extremidades inferiores escamosa. Uñas distróficas, edema retromaleolar y del dorso del pie muy moderado; edema ligero de la región lumbar.

Estado de los aparatos.—Respiratorio: reimo regular, 22 respiraciones por minuto; dice que es dolorosa en las profundas inspiraciones. Hay marcada diferencia en los movimientos respiratorios de las bases del tórax con predominio del lado izquierdo. Espacios intercostales aumentados más del lado derecho. Región hipocondrio derecho más levantada.

Palpación—Por delante vibraciones disminuídas en general, vértice izquierdo conservado, abolidas hacia abajo, lado derecho conservado al nivel del 2º y 3º espacio intercostal. Por detrás abolidos lado derecho, conservados lado izquierdo. Por delante ligera submatitez, vértice lado derecho, sonoridad normal, lado izquierdo por detrás.

Suscultación—Lado derecho, inspiración silenciosa indeterminada.

Aparato circulatorio—Corazón: Inspección negativa, percusión (v trazado); palpación, choque de la punta: 5º espacio por dentro del mamelón, es li-

mitado y débil. Da una sensación vibratoria apenas perceptible.

Auscultación—Foco mitral 1er. tiempo está reemplazado por un ruido de carácter vibratorio.

2º tiempo, normal.

Foco tricúspide: 1er. tomo, exagerado.

2º ídem.

Foco aórtico: tonos alejados y disminuídos.

Foco pulmonar: 1er. tomo anormal, 2º exagerado.

Inspección del cuello—Se nota en la yugular externa una onda retrógrada de poca intensidad.

Pulso radial 100.

Abdomen—Inspección: aumentado de volumen, uniforme del epigástrico, hipocondrio y flanco derecho, borrado el hueco epigástrico.

Palpación—Remitencia exagerada en el epigástrico y debajo de los bordes costales (derecho especialmente) se extiende hasta cuatro traveses de dedo del lado derecho de la línea mamilar, es dolorosa la presión en el epigástrico y debajo del reborde costal derecho.

En el flanco izquierdo se aprecia un tumor duro, movible, que termina en punta fácilmente apreciable entre ambas manos, se pierde debajo del reborde costal, su longitud, á medir de este, pasa tres través de dedo.

Percusión—Borde superior del hígado, 5º espacio intercostal, borde inferior línea oblicua de derecha á izquierda, de abajo á arriba, extendido el borde derecho mitad de camino entre el reborde costal y la

cresta ilíaca, pasa inmediatamente por encima del ombligo y se termina hacia el lado izquierdo confundiéndose con la matitez explénica.

Hipogástrico y fosa ilíaca timpanizada, no hay axitis, no hay ganglios inguinales, orina 600 á 800 gramos al día.

Diagnóstico.—Absceso del hígado.

Tratamiento:—Fué operado por el doctor Gandolfo el 18 de Septiembre.

Ladislao P. Crespo.

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.—La vacuna de Pasteur puede ser en nuestro país en determinados casos, el punto de partida de infección carbunculosa de los campos.

II.—El aumento de los tonos cardíacos es un síntoma de afección valvular.

III.—El mejor tratamiento de la artritis tuberculosa es la inmovilización.

IV.—El medio más seguro de diagnóstico de la difteria es el bacteriológico.

# BIBLIOGRAFÍA

GRANCHET MORFANT.—Tratado de enfermedades de niños.
CHARCOT Y BOUCHARD.— » » Medicina.
DEBOVE Y ACHARD.— » » »
JACOUD —Clínica Médica.
JACOUD.—Diccionario de Medicina y Cirugía.
DIEULAFOY.- Manual de Patología interna.
GRAVES. —Lecciones de Clínica Médica.
JACOUD.—Patología interna.
DIEULAFOY. Manual de Patología interna.

Buenos Aires, Octubre 12 de 1897.

Nómbrase á los señores: Académico, Dr. Manuel Blancas; Profesor titular, Dr. Antonio C. Gandolfo y Profesor titular Dr. Abel Ayerza, para que, constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
*Luis M. Acuña.*

---

Buenos Aires, Octubre 16 de 1897.

Señor Decano:

Transcribo, á continuación, el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Ladislao P. Crespo:

« En el local de la Facultad, á 16 de Octubre de « 1897, reunidos los que subscriben, encargados « de dictaminar respecto de la admisibilidad de la « tesis presentada por el ex-alumno Ladislao P.

« Crespo, que versa sobre «Hepatitis supurada»,
« resolvieron admitirla.

« Con lo que terminó el acto.

Firmado:—*M. Blancas—Antonio Gandolfo—*
*A. Ayerza—Zenón Aguilar.*
*Luis M. Acuña.*

---

Buenos Aires, Octubre 16 de 1897.

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.*

---