

Rufrasio Perez Jara

37

Setiembre 1881

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Diagnóstico diferencial entre la
hepatitis supurada i la pleuresia

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de prueba para optar al
grado de licenciado en la Facultad
de Medicina.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Diagnóstico diferencial entre la hepatitis supurada i la pleuresia con derrame.

Señores:

Las escasas luces que nos suministran los autores europeos a cerca de la hepatitis supurada; el ser esta una de las enfermedades reinantes en nuestro pais; el existir cierto numero de sintomas comunes a esta afeccion i a la pleuresia con derrame i sobre todo las dificultades que con frecuencia se presentan en la Clinica para hacer el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades, son otras tantas razones que me han inducido a elegir este tema para la prueba escrita exigida por el reglamento para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina.

Es verdad señores, que con frecuencia se presentan casos de hepatitis supurada cuyo diagnóstico no ofrece ninguna dificultad; mas creo que no habrá médico alguno ni aun estudiante de medicina que, por poco que haya asistido a los hospitales, no haya tenido la oportunidad de observar casos de afecciones hepáticas de diagnóstico sumamente difícil.

Creo superfluo hablar de la importancia del diagnóstico, i básteme decir que es este el problema mas difícil que debe el médico resolver a la cabeza del enfermo, por que sin un diagnóstico bien hecho es imposible que pueda dar un pronóstico con alguna veridumbre i mucho menos adoptar un método racional de tratamiento.

Ahora bien, como para llegar a hacer el diagnóstico de una enfermedad es necesario estudiarla en todos sus detalles, pasaré en revista las causas, los sintomas i la marcha tanto de la hepatitis como de la pleuresia; en seguida con el conocimiento exacto de una i otra afeccion, me ocuparé

del diagnóstico de ambas teniendo especial cuidado en hacer resaltar las diferencias que las distinguen. A fin de que se note mejor la semejanza de los síntomas he creído conveniente hacer alternada la descripción de las dos enfermedades.

Causas de la hepatitis supurada. Las causas que se cree capaces de producir la inflamación supurativa del hígado son muy variadas i numerosas; mas como no siempre es posible descubrirlas me limitaré a exponer las que se consideran como tales, aunque ninguna de ellas puede ser probada de un modo satisfactorio por la observación anatómica.

Clima. Chile es una angosta i larga faja de tierra extendida de norte a sur i enserada entre los Andes i el mar. Su territorio puede dividirse en tres zonas: provincias del norte, centrales i del sur. En todas ellas es conocida la hepatitis supurada; mas puede decirse que, tanto en las provincias del norte como en las del sur, solo se la observa de un modo esporádico. No sucede lo mismo en las del centro en que puede decirse es endémica. Esto es debido no solo en mi concepto sino en el de todos los que se han ocupado de esta materia al clima especial de estas provincias. Así vemos que en ellas el termómetro sube a veces durante el día a 30° i aun mas i a causa de esta elevación de temperatura sucede naturalmente que las exhalaciones pulmonar i cutáneas llegan a su maximum; hai en consecuencia lentitud de la actividad respiratoria, menor eliminación de ácido carbónico i aumento consiguiente en la densidad de la sangre i el carbono que debia quemarse en el pulmón es eliminado por el hígado determinando en este órgano un exceso de actividad funcional causa primera de inflamación

Ahora, llega la noche i con ella la temperatura se hace a veces inferior a 0° ; la sangre refluye de la periferie al centro, congestiona todas las víceras i como sus principios sólidos se encuentran aumentados favorece el desarrollo de las inflamaciones i principalmente las del hígado que por el solo hecho de hallarse exagerada su actividad funcional está mas predispuesto a ellas.

Es la gran diferencia de temperatura que hai entre el dia i la noche podemos agregar todavia que las bruscas variaciones atmosféricas son muy frecuentes no solo en las provincias centrales sino tambien en la mayor parte de Chile, lo que explica perfectamente la frecuencia de las congestiones hepáticas en nuestro país, congestiones que a la larga favorecen el desarrollo de la hepatitis supurada.

Alcohol - En estos últimos tiempos se ha querido negar la influencia de este líquido en la producción de la hepatitis supurada diciendo que en Europa son poco comunes las hepatitis, no obstante de que el pueblo consume i en abundancia alcohol concentrado. Esto es cierto, pero el alcohol que se bebe en Chile es diluido i Claudio Bernard ha probado fisiológicamente que el alcohol diluido es un excitante de todo el sistema en general i del hígado en particular i que el concentrado relaja la actividad funcional de esta glándula. Con el uso del primero la temperatura sube, el sujeto se pone alegre i expansivo i cuando llega a la embriaguez se duerme con un sueño tranquilo; con el uso del segundo la temperatura decae, el individuo se pone torpe i cuando llega a la embriaguez su sueño es un sueño de letargo acompañado de audores i de enfriamiento general. Por tanto el alcohol que se



bebe en Chile se aparta mucho en sus propiedades fisiológicas del que se bebe en el viejo mundo: el diluido es excitante i el concentrado es estupefaciente.

De aquí se deduce el por qué las hepatitis son mas frecuentes en Chile que en Europa. El alcohol diluido se limitará a estimular la actividad funcional del hígado, i existiendo de un modo habitual en la sangre obrará no solo como sustancia irritante sino que por su cantidad favorecerá tambien las fluxiones de la glándula predisponiéndola en consecuencia a las inflamaciones. El alcohol concentrado, segun se desprende de su acción fisiológica, producirá sus efectos principalmente sobre el cerebro.

Inflamación i ulceraciones del canal intestinal - En Chile es muy frecuente ver suceder la inflamación del hígado a las afecciones estomacales del tubo digestivo. Esta frecuencia es tal que un gran número de los casos que se observan en los hospitales reconocen este origen; pero esto no solo sucede en Chile i sabido es que esta frecuencia que coinciden las afecciones del hígado con los estados patológicos del intestino, hizo decir a Braussai que "la inflamación del intestino era la causa mas común de la hepatitis" pues, segun él, la irritación de la mucosa del duodeno genera las vías biliares i de aquí el parénquima hepático. Esta opinión es redondamente desechada por Frerichs quien cree imposible demostrar anatómicamente esta proporción por continuidad de tejido.

En lo que se refiere a la influencia de las ulceraciones intestinales, producidos por la disenteria, las opiniones están en desacuerdo i se han emitido varias teorías. Rives cree que la inflamación se comunica al hígado por las venas, opinión admitida tambien por

-3-

Podrá quien de este modo se explica la coexistencia frecuente de ambas enfermedades. Según él los productos inflamatorios suministrados por las ulceraciones del intestino grueso serian transportadas al hígado por las venas i principalmente por la porta i determinarían la inflamación de la glándula. Freiricks cuya competencia en enfermedades del hígado es incontestable rechaza también esta teoría pues, no ve cuales sean las causas que pueden determinar una abscesion que no se produce bajo la influencia de otras circunstancias favorables, tales como las ulceraciones tifoideas i tuberculosas del intestino.

Por otra parte, está probado por las observaciones de Cambay que en los países cálidos la hepatitis precede a la disenteria i en los pocos casos en que las ulceraciones disentericas han precedido a la hepatitis i en que pudiera haberse creído que habian sido la causa del desarrollo de esta última enfermedad, las autopsias han venido a demostrar, por la falta de inflamación de las venas mesentéricas i de la porta, que no habia entre ambas enfermedades la relacion de causa i efecto. Anesley que ha practicado en las Indias afirma también que la hepatitis es siempre anterior a la disenteria.

Por lo que respecta a Chile, puede decirse que la mayor parte de los que han estudiado esta cuestion están acordes en que la disenteria precede a la hepatitis. Así los señores Letelier i Rodriguez que han hecho numerosas autopsias han comprobado, el primero en cuarenta i siete casos, diez abscesos en el hígado i por las observaciones del segundo se deduce que casi la mitad de los disentericos son mas tarde afectados de hepatitis supurada, puesto que en veinte i tres autopsias dice haber encontrado once abscesos, el Dr. A. Maurillo en su tesis de prueba llama la atencion sobre lo comun que es



en Chile la complicacion del hígado en la disenteria. Todavía podría agregar la opinion del Dr. Cannon que en su memoria "Algo sobre abscesos del hígado" da tambien mucha importancia a la disenteria como causa de la hepatitis supurativa.

Por lo que toca a mis observaciones personales puedo decir que varias veces he visto figurar la disenteria entre los datos anamnéticos suministrados por el enfermo; pero debo agregar que varias veces tambien he visto individuos con abscesos hepáticos que jamas han tenido disenteria i como hasta la fecha no ha sido demostrada la inflamacion de las venas mesentéricas i de la porta, creo mas lógico que si una de estas enfermedades puede ser causa de la otra, este triste papel corresponderá a la hepatitis supurada, porque encontrándose la glándula afectada, la bilis ercretada por ella será una bilis alterada i no llenará el papel que debe desempeñar en la digestión, cual es el de emulsionar i desdollar las grasas, oponerse a la fermentacion de las materias, excitar la mucosa i los músculos del intestino i renovar la capa epitelial que se gasta en cada digestión. Estas funciones estando suprimidas las múltiples e importantísimas funciones de la bilis vendrá necesariamente la inflamacion del canal intestinal. Hepatitis producida por irritacion directa - Mr. cálcule angulos enclavado en uno de los conductillos excretos puede determinar la formacion de un absceso a su alrededor. Bright i Feirichs refieren algunos casos de abscesos debidos a esta causa.

Ascarides inmigrantes - Se ha visto casos en que los ascarides quando las vias biliares han llegado al punto que he llamado hepático i una vez allí, han provocado su ulceracion i la formacion de abscesos. El Dr

-4-

Cannon en su memoria ya citada dice que vio el hígado de un niño en el que había muchísimas postemitas formadas al rededor de las lombrices.

Inflamacion pioemica o metastática. El desarrollo de una hepatitis supurativa por metástasis se comprende fácilmente cuando coincide con la inflamacion de la vena porta, como en los casos referidos por Dance que ha visto hepatitis supuradas que reconocian por causa una piletlevitis, Takson de Calcuta ha visto tres veces el mismo accidente despues de la extirpacion de tumores hemorroidales; Briveithier narra un caso de absceso hepático que se desarrolló despues de la tóxis forzada de un prolapso del recto.

En Chile tambien se han publicado algunos casos que prueban la poderosa influencia de la pioemia en el desarrollo de la hepatitis supurada: asi en un articulo que leyó el señor Ricardo Davila en conferencias dadas en la Sociedad Médica Noeç ya algunos años, da cuenta de que en cinco autopsias que habia hecho encontró en todas ellas absesos en el hígado; el Dr. Guillermo Chaurillo, en su memoria sobre la pioemia, dice que en diez i seis autopsias encontró cinco veces absesos hepáticos, i cita un caso de fiebre supurativa sobrevenida despues de una desarticulacion del codo en que en la autopsia encontró un gran número de absesos en el hígado, lo que prueba la verdad de la aseracion de Freirichs que dice: "que la flebitis, cualquiera que sea su causa i ya se desarrolle en los miembros o en el tronco puede acarrear el mismo fatal resultado".

Enfriamiento— es veces la hepatitis supurada se desarrolla sin mas causa aparente que un enfriamiento; pero el frio por si solo no podria determinar una hepatitis i me inclino a creer

que solo gozará de este triste privilegio en aquellos casos en que a su acción se una, la del alcohol que ya sabemos como obra, ya una alimentación muy abundante i nutritiva.

Paremos a ocuparnos de las causas de la pleuresia.

Al hablar de las causas de la hepatitis hemos visto que no todas tienen el mismo valor i que respecto de ellas se han emitido las mas variadas opiniones. No sucede lo mismo con las causas de la pleuresia. Todos estan de acuerdo en que tenemos pleuresia de causa externa i pleuresia de causa interna.

Pleuresia de causa externa— Entre las pleuresias de causa externa tenemos aquellos que resultan de la impresion del frio o por beber liquidos frios cuando el cuerpo está sudando. Esta es la causa mas comun i deso a un lado las pleuresias de origen traumático, como lo he visto al ocuparme de la hepatitis.

Entre las pleuresias de causa interna tenemos aquellas que se desarrollan por la propagacion de una inflamacion existente en una vicierna vecina. Tal es la tuberculosis que siempre se acompaña de pleuresia. Tambien puede ser causa de pleuresia una enfermedad general como el reumatismo articular agudo. A las causas ya enumeradas debemos agregar tambien que hai algunas fiebres eruptivas tales como el sarampion i la escarlatina que hacen sentir su influencia sobre la pleura.

Sintomas i marcha de la hepatitis supurada— Como mi objeto es poner frente a frente aquellos casos de hepatitis supurada que por sus sintomas pueden confundirse con casos de pleuresia con derrame i no el de dar una idea general de la hepatitis en Chile, parare por alto aquellos casos en que se forman extensos focos

-5-

purulentos sin que ninguna perturbacion funcional venga a revelarnos su existencia i que solo los encontramos en la autopsia.

Generalmente la hepatitis viene precedida de trastornos en las funciones del aparato digestivo; los enfermos empiezan por perder el apetito, se quejan de lentitud en las digestiones, todo lo que comen o cuando comen algo mas que lo de costumbre les hace mal; se hinchan, tienen ligeros cólicos, a veces diarrea, sienten ligeras puntadas al hipocondrio derecho; de tiempo en tiempo se repiten estos fenómenos i cada vez se hacen haciendo mas intensos; pero los enfermos confiados en que no pasará mas allá, no toman la precaucion de consultar al médico i no cabe duda que si cambiaron de régimen alejando los desarreglos productores de estos trastornos se extinguirían muchas de las causas que pueden ocasionar una hepatitis. Pero generalmente los enfermos no se resignan a abandonar sus malos hábitos, siguen los desórdenes en el régimen, los trastornos ya enumerados se hacen mas frecuentes i llega un momento en que un desarreglo en la bebida por ejemplo, hace estallar la enfermedad con toda su fuerza. El enfermo siente dolor de puntada en la region hepática a veces bastante intenso para estorbarle los movimientos, otras veces no hai dolor, lo que parece estar en relacion con el sitio de la inflamacion. Esta será dolorosa cuando se desarrolle como una perihepatitis, i el enfermo sufrirá poco cuando la inflamacion empiece por la parte profunda del parénquima. Al mismo tiempo acusa el paciente dolor al hombro, escalofrios repetidos, fiebre intensa, gusto amargo en la boca, la lengua está cargada i hai mucha sed, disnea, los secos e insomnio. La disnea es

debida al dolor de puntada i a la compresion que el hígado ejerce sobre el pulmon i por tanto a la disminucion del campo de la hematoria que de aqui resulta.

El color del enfermo varia: al principio de la enfermedad generalmente es sub-ictérico, color que desaparece en el curso de la enfermedad i es muy raro que persista hasta el fin; el pulso está en relacion con la constitucion del enfermo; el termómetro puede subir hasta 40° . Por lo que toca al aparato digestivo, los fenómenos tambien varian. Hai diarrea i en otros constipacion tenaz o tambien estos fenómenos alternan en el mismo enfermo.

Algunas veces estos sintomas van en aumento hasta la formacion del pus i el enfermo tiene escalofrios frecuentes, sudores viscosos, pulso frecuente e irregular. Esto dura rara vez mas de diez i seis dias. Otras veces los sintomas mas molestos disminuyen de intensidad i el enfermo puede volver a sus ocupaciones habituales. Pero esta mejoría no es completa i el enfermo siente de cuando en cuando algunas puntadas al hígado i de repente bajo la influencia de una de las causas que dejamos enumeradas, estalla un nuevo ata- que que termina por la formacion de un foco purulento. Esta es la marcha que sigue generalmente la hepatitis supurada en Chile; pero hai otra forma que aunque no es tan frecuente se presenta a veces la oportunidad de observarla i es la siguiente: sin haber tenido ninguna enfermedad anterior, ni el mas ligero trastorno gastro-intestinal, el enfermo es acometido de escalofrios repetidos, fiebre intensa, dolor de puntada al hipocondrio derecho, dolor al hombro, los frecuentes i seca, disnea e insomnio i no viene la

-6-

matidez que termina hacia arriba por una línea ligeramente cóncava. En el resto del tórax el sonido es normal cuando el aumento de volumen no es muy grande; pero en el caso contrario cuando llega por ejemplo a la tercera costilla entonces el sonido a la percusión es más claro i casi llega a ser timpánico, pero menos que tube la oportunidad de observar en un enfermo que ocupaba el número cuatro en la sala de san matías servicios del Dr. Valderrama. Debo agregar que en los casos de hepatitis siempre se para bruscamente de la matidez al sonido claro.

Por la percusión comprobamos también cuanto excede el borde anterior del hígado del borde costal i que dimensiones alcanza en el sentido transversal.

Por último, combinando la palpación con la percusión se obtiene preciosos datos cuando está formado el pus. En este caso puede sentirse el movimiento en masa del pus; pero debo agregar que para percibirlo es necesario tener mucha costumbre de examinar enfermos, en una palabra, tener el sentido del tacto muy bien educado.

Apparato respiratorio - Palpación -

Abolicion de las vibraciones locales en todo el espacio ocupado por el hígado aumentado de volumen que por lo regular alcanza hasta la union del tercio superior con los dos tercios inferiores del pulmon derecho. En el vértice de este i en el pulmon izquierdo la transmision de las vibraciones locales es normal excepto en aquellos casos en que el hígado alcanza a comprimir la base del pulmon izquierdo. En este caso hai ligera disminucion de las vibraciones en este punto.

Percusión - Matidez absoluta en todos aquellos puntos en que el pulmon está rechorado por el hígado que, como he dicho mas arriba, llega

generalmente hasta la union de los dos tercios inferiores con el tercio superior del pulmon derecho. En el vértice de este i en el pulmon izquierdo es normal la sonoridad, menos en la base del pulmon izquierdo donde puede estar ligeramente oscuro por la razon ya dada al hallar de la palpacion.

El sonido a la percusion en aquellos casos en que el higado llega a ocupar casi todo el lado derecho del tórax se aproxima al timpánico por ensima de la matidez i se para instantáneamente de la parte mate a las que dan sonido claro.

Excitacion. Se siente a pto algo áspero en el límite de la matidez i principalmente en las regiones axilar i mamaria. Este soplo que se oye en los dos tiempos de la respiracion va haciéndose mas i mas áspero a medida que aumenta la compresion ejercida por el higado sobre el pulmon llegando a adquirir a veces un timbre francamente bronquial. Con frecuencia se oye tambien estertores de bronquitis i rones pleuríticos.

Por esta circunstancia podria decirse que la coincidencia de la inflamacion de la pleura es la causa lo que se explica facilmente por las relaciones vasculares tan intimas que unen al higado con la pleura.

En el pulmon izquierdo hai respiracion **atenuada** o suplementaria. La voz varia como el soplo: cuando este es suave, la voz es egofónica i cuando el soplo toma el caracter bronquial la voz se hace broncofónica; pero mas generalmente es bronco-egofónica.

Pasando al abdomen vemos que apenas habria un caso de hepatitis que no determinase, por el obstáculo que opone a la circulacion de la porta, un derrame en el peritoneo que generalmente es poco abundante.

-11-

Síntomas i marcha de la pleuresia con derrame
Así como he omitido ocuparme de aquellos casos de
hepatitis que no terminan por supuración i aque-
llos en que el foco purulento se forma sin que se da
a conocer por alteraciones funcionales, omitiré también
aquellos casos en que la inflamación de la pleura no
llega a determinar la formación de un derrame en
su cavidad.

La pleuresia empieza generalmente, como todos
sabemos, por escalofríos, fiebre, dolor de costado, dis-
nea i tos. Los escalofríos son repetidos i duran a
veces los tres primeros días, la fiebre es continua
i con exacerbaciones vespertinas i que puede ir en
aumento hasta la completa formación del derrame;
pero el termómetro rara vez sube de 40° ; general-
mente oscila entre 38° i 39° . El pulso es frecuente,
pequeño i duro. El dolor de costado es de intensidad
variable; pero generalmente es muy intenso i puede
ocupar cualquier punto de la pared torácica. A
veces se hace sentir en la parte inferior del tórax,
pero generalmente es más intenso al nivel del ma-
melón. Este dolor que no siempre es bien limi-
tado dura generalmente los tres primeros días, después
desaparece i puede reaparecer en el curso de la enfer-
medad.

La disnea es constante en toda pleuresia aguda
i es debida principalmente a la fiebre i a la compresión
pulmonar. La disnea está siempre en relación
con la fiebre i mientras esta no llega a su periodo
de estado va en aumento. La tos es seca i frecuen-
te.

Poniendo en práctica nuestros procedimientos
exploratorios encontramos: El la inspección
en el lado enfermo aumento de la combesidad de
las costillas en la parte del tórax ocupada por el
derrame, combesidad que va disminuyendo a medida

que se aproxima al límite del derrame; los espacios intercostales están más borrados i más anchos que en el lado opuesto. El lado enfermo no toma parte en el acto respiratorio, es decir, está inmóvil.

Palpacion - Abolición de las vibraciones locales en todo el espacio ocupado por el derrame. Encima de este i en el pulmón sano la trasmisión de las vibraciones locales es normal.

Percusion - Nos da un sonido mate en todo el espacio ocupado por el líquido, i por encima del nivel de este, da un sonido claro que marca el punto donde empieza la permeabilidad del pulmón; pero no se pasa inmediatamente de la matidez a la claridad del sonido sino que hai una zona que da un sonido intermedio. Algunos han dado al sonido claro que se siente por encima del nivel del líquido el nombre de *Stodico*.

Mientras el derrame no sube por encima de la tercera costilla, la línea de nivel que nos da la percusion, estando el enfermo sentado, tiene una dirección ligeramente oblicua de atrás adelante i de arriba abajo. Esta línea de nivel cambia en las posiciones del enfermo, pero siempre es posible comprobar este cambio, por que las adherencias se oponen a veces a que se efectúe.

Cuando el derrame sube de la tercera costilla el sonido que nos da la percusion encima de la línea de nivel del líquido puede ser tan claro que se aproxime al timpánico, como he tenido ocasión de observar un caso en la Clínica del Dr. Schneider en un enfermo que ocupaba el número cuarenta.

Auscultacion - Revela ausencia del ruido respiratorio cuando el derrame forma una capa espesa i esto delimita el mismo cuando el derrame forma una capa delgada al rededor del pulmón.

- 27 -

Ademas de esta alteracion de intensidad que el derrame hace experimentar a la respiracion, hai otra que es muy importante i que consiste en una alteracion de carácter: se oye en la espiracion un soplo suave cuando el derrame es mediano i se va haciendo mas i mas áspero a medida que el derrame aumenta llegando hasta tomar el carácter de soplo bronquial cuando el liquido comprime los gruesos bronquios. En este caso el soplo puede sentirse tambien al principio de la inspiracion.

Por regla general el soplo es mas característico entre el ángulo inferior del omóplato i la columna vertebral. Por encima del derrame i en el lado sano la respiracion es suplementaria, por que las partes que han quedado sanas suplén a las que estan comprimidas i el aire penetra en ellas con mas fuerza, distiende mas los bronquios i los vesículos i la funcion respiratoria se hace en ellas mas exagerada.

Escultacion de la voz. La voz presenta caracteres que siguen en parte a las modificaciones que experimentan los ruidos respiratorios. En aquellos puntos en que la respiracion es débil la voz tambien lo es. Sin embargo en aquellos en que la respiracion es nula la voz solo se oye algo alejada; pero desde el momento en que aparece el soplo, participa de los caracteres de este. Si el soplo es suave, la voz se hace temblorosa, como si se hablara con una moneda entre los dientes, esto es, hai egofonia la que es bien característica al nivel de la parte interna de la escápula. Al contrario la voz es bronquial cuando el soplo toma este carácter. Este paralelismo se explica por que la resonancia local esta en razon directa de la condensacion pulmonar.

A los síntomas ya enumerados debernos agregar

que el derrame de la pleura determina casi siempre la dislocacion de los órganos torácicos, como el corazón i el hígado. Este deciendo, pero no en masa, puesto que mientras el lóbulo derecho baja, el izquierdo sube un poco comprimiendo la base del pulmón izquierdo contribuyendo por consiguiente a disminuir el campo respiratorio. El periodo de aumento de la pleuresia dura a lo mas nueve dias, viniendo despues el periodo de estado que está caracterizado por los síntomas de derrame. La fiebre desaparece o es poco considerable; la disnea disminuye o desaparece i de igual modo la tos i el dolor de costado. El paciente duerme por el lado enfermo para evitar la compresion que el derrame puede ejercer sobre el pulmón sano, en una palabra, para poder respirar mejor. La duracion de este periodo es variable.

Una vez que la pleuresia ha llegado a este punto puede suceder que el derrame se reabsorva, lo que generalmente tiene lugar despues de mucho tiempo. En otros casos la afeccion se hace crónica i el derrame haciéndose a veces suficiente para acarrear la muerte del enfermo.

Forma crónica. Esta puede suceder a la ayuda o ser crónica desde su principio. El enfermo siente algunos escalofrios, malestar, dolor de costado poco intenso que a veces falta i tos seca; pero todo esto dura muy poco tiempo.

El enfermo se cree bueno i se entrega a sus ocupaciones. Mas la enfermedad sigue su marcha lenta i llega un dia en que el enfermo experimenta dificultad para respirar; el menor ejercicio le fatiga i la disnea llega a ser tan intensa que es imposible. Otras veces es tan insignificante que el enfermo no la nota, lo que depende tal vez de la mayor o menor rapidéz

-9-

con que se forma el derrame.

El derrame se caracteriza por los signos enumerados en la forma anterior. Lo que hai de particular en esta forma es el tipo de la fiebre que de remitente que era en su principio, se hace intermitente, puede extinguirse i aparecer mas tarde con tipo continuo lo que conduce al enfermo rápidamente al marasmo.

El soplo aórtico i la estenosis son raros porque el derrame es siempre muy abundante.

Antes de pasar adelante creo conveniente recordar la situación normal i las dimensiones del hígado, por que es de absoluta necesidad tener un conocimiento cabal de ellas para hacer un buen diagnóstico de las afecciones de dicho órgano.

Esta viera está situada en el hipocondrio derecho; el lóbulo derecho corresponde por su convexidad a la base del pulmón derecho de la que está separada por el diafragma, la cara inferior está en relación con el estómago, el intestino grueso, la capsula suprarrenal i el riñón derecho. La cara superior se proyecta hacia el lado derecho del tórax i está en una parte de su extensión en relación con las costillas, pero su parte mas alta (en sentido vertical) está separada de la pared torácica por el borde inferior del pulmón derecho. De esta disposición resulta que la percusión da dos sonidos distintos: en la parte que el órgano está en relación con la pared torácica el sonido es mate i en la parte en que está cubierto por el pulmón la percusión da una submatidez.

El límite superior de la matidez hepática es ligeramente arqueado lo que es de mucha importancia práctica. Comenzando hacia atrás al nivel de la décima o undécima vértebra dorsal, sube un poco hacia la axila i el mamelón i desciende en seguida hacia la línea media anterior

Esta matidez se extiende desde la sexta costilla hasta el borde de las costillas falsas.

Apresado esta matidez en centímetros tenemos que según Leconte alcanza a 5, 62 en la línea media; 12, 64 en la línea mamaria; 10, 57 en la axilar; 9, 11 en la escapular.

El conocimiento exacto de la situación i relaciones anatómicas del hígado debe agregarse que en todo caso necesita el médico investigar si hai o no alguna enfermedad patológica que pueda hacer creer en un aumento de volumen del hígado cuando en realidad esta víscera está en su estado normal. Entre los estados patológicos figura el raquitismo que, por las deformaciones que imprime al tórax, deprime al hígado etc. Pero lo que el médico debe tratar principalmente al encontrarse al lado de un enfermo cuyo hígado parece muy voluminoso, es si hai o no un derrame en la pleura derecha que haciendo descender el hígado lo haga aparecer aumentado de volumen.

Haciendo ahora un resumen de los síntomas comunes a ambas enfermedades tóxicas: la fiebre, el dolor de costado, la dispepsia, la tos seca i el delirio del enfermo una vez formado el absceso o el derrame. Esto en cuanto a los síntomas objetivos. Ahora respecto a los subjetivos, me bastaría decir que en ambas enfermedades hai deformación del tórax i que los síntomas que suministran la percusión i la auscultación son los mismos.

Diagnóstico — Debemos fijarnos principalmente en los antecedentes del enfermo. El nos dirá, si se trata de una hepatitis, que sus digestiones son malas desde mucho tiempo atrás, que vivía seco, ha tenido cólicos, diarrea i que de cuando en cuando ha sentido puntadas al hígado,

-10-

que poco a poco se ha ido agravando o que su enfermedad le ha venido de repente. En este último caso investiguemos si ha tenido diarrea o disenteria, si es bebedor i, en fin, todas aquellas causas que creemos capaces de producir una hepatitis. Si se trata de una pleuresia, es casi seguro que nos dirá que su enfermedad le ha venido de repente i de un resfriado. Pero si no nos da este dato, investiguemos si ha tenido o no un reumatismo articular agudo, alguna fiebre eruptiva o si ha estado sometido a algunas de aquellas causas capaces de ocasionar una pleuresia.

Recibidas estas averiguaciones formaremos a estudiar los síntomas generales i la marcha de la enfermedad. Los síntomas generales que, aunque muchos de ellos, como ya lo hemos visto, son comunes a ambas enfermedades, se diferencian, sin embargo, en algunos caracteres que es necesario tener presente.

Los ercalopios i la fiebre concomitantes de la inflamación hepática desaparecen para aparecer más tarde acompañados de sudores profusos, helados i viscosos i pueden estos síntomas experimentar varias veces la misma alternativa de aparición i desaparición lo que está en perfecta armonía con la marcha que sigue generalmente la hepatitis supurada.

Se observa, pues, con muchísima frecuencia que la formación del foco purulento va precedido de dos, tres i hasta de cuatro ataques agudos, sintiéndose el enfermo después de cada uno de ellos relativamente bueno i solo en casos muy raros el pus puede formarse en cuatro o cinco días.

En la pleuresia, la fiebre no desaparece i tiene un periodo de ascenso tanto más largo cuanto más tiempo necesita el exudado para llegar a su máxima densidad, de modo que empiece a formarse a las pocas horas de declarada la enfermedad.

Después viene el periodo de estado durante el cual la temperatura fluctúa entre 38° y 39° . La duración de este periodo es muy variable.

Los sudores frios y viscosos son muy comunes en todo el curso de la hepatitis y solo se presentan en un periodo bastante avanzado de la pleuresia. El dolor que, en la pleuresia puede ocupar un punto cualquiera de la pared torácica, se localiza generalmente al nivel del mamelon. En la hepatitis, aunque puede ocupar también cualquier punto del hipocondrio y aun extenderse mas arriba por la pleuresia que generalmente la acompaña, es casi siempre mas intenso al nivel del reborde costal y por simpatia se hace sentir en el hombro derecho. La disnea no falta nunca al principio de una pleuresia aguda y es en el mayor número de casos muy intensa. En la hepatitis lo es menos y aun puede faltar.

Pasando ahora a los signos físicos tenemos: que la deformación del lado enfermo es mas uniforme en la pleuresia que en la hepatitis. En esta última no se pasa en efecto gradualmente de las partes convexas a las que ocupan su situación normal y las últimas costillas estan mas separadas unas de otras que las restantes. Es necesario notar algunas desigualdades en la superficie del hipocondrio el que tambien puede estar edematoso.

Fuera de esto existen algunos signos que pertenecen exclusivamente a la hepatitis y que, en la generalidad de los casos, la distinguen con toda claridad de la pleuresia con derrame. Tales son: la convexidad del limite de la matidez, convexidad que en la hepatitis varia de sitio con las posiciones del enfermo mientras que en la pleuresia el limite del derrame es oblicuo y a veces horizontal

i varia segun la posicion que se haga tomar al enfermo. En la hepatitis el borde anterior del hígado sube en la espiracion i desciende en la inspiracion. Se exceptua de esta regla los casos, bastante raros, en que el hígado está adherido a la pared abdominal i permanece inmóvil en los derrames de la pleura. En la hepatitis, la percusion da inmediatamente por encima de la matidez un sonido claro, mientras que en la pleuresia se pasa por grados de las partes que dan sonido mate a aquellas en que está completamente permeable.

Notase tambien que cuando el derrame hace descender el hígado se observa una depresion entre el reborde costal i la cara superior de aquel, al paso que este signo no se observa en la hepatitis.

El soplo producido por un derrame poco abundante es suave, velado i solo se oye en la inspiracion, mientras que cuando es considerable, el soplo se hace áspero i si bien se oye a veces en toda la altura del derrame, es mas característico entre el ángulo inferior del omoplato i la columna vertebral i se extiende a los dos tiempos de la respiracion.

En la hepatitis por el contrario el soplo, desde luego algo áspero, se aproxima al soplo bronquial i se oye en los dos tiempos de la respiracion. Lo que se debe tal vez a que la resistencia que encuentra la columna aerea en este último caso es sólida, firme podria decirse i no elástica como la que le opone el derrame i es mejor caracterizado en las regiones axilar i mamaria. La fluctuacion se nota mejor en la pleuresia que en la hepatitis i esto es natural, puesto que casi siempre queda al derrame espacio en que moverse, mientras que en la hepatitis el pus llena completamente el foco en que se ha formado i a la palpacion i percusion

combinadas da la sensacion de movimiento en masa, de onda como cuando se percute en una vejiga llena de agua.

Con todos estos caracteres creo que tendra bastante el medico para hacer un diagnóstico preciso de la hepatitis supurada toda vez que se presente bajo sus facies mas comunes. En aquellos casos excepcionales en que los antecedentes arrojan o dan poca luz i en que no se puede comprobar la enfermedad que pertenecen esclusivamente a la hepatitis, queda mas recurso que hacer una punsion exploradora que aclarara todas las dudas.

Como habia notado la honorable comision no he incluido en mi plan el ocuparme de todas las formas en que puede presentarse la hepatitis supurada; seria este un trabajo mas que largo, penoso i mas que todo esto a mis conocimientos i a mi corta experiencia.

En conclusion dire: que los antecedentes, los sintomas generales, la marcha de la enfermedad, la deformacion especial del tórax, la forma del limite de la matidez, el paso brusco de la matidez al sonido claro, el caracter del soplo i en que rejiones se oye mejor, son los sintomas que deben llamar la atencion del medico al cual corresponde apreciarlos en su debido valor a fin de hacer un diagnóstico correcto.

Con esto doi por terminado este pequeño i pobre trabajo que solo me he atrevido a presentar confiado en la benevolencia de la honorable comision.

Eufrasio Perez Lara



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Santiago Setiembre 9 de 1881

-12-

Observacion 1.^a Pedro Menas, natural de Lindero, de veinte i ocho años de edad, de buena constitucion, ganán, de hábitos alcohólicos, vino a ocupar la cama número diez i siete del Salvador el siete de Mayo de 1880.

Dijo no haber tenido antes ninguna enfermedad i que hacia como diez dias, estando trabajando, sintió una fuerte puntada en la parte anterior i media del lado derecho del torax, que desde entonces no pudo respirar con libertad; que dos o tres dias antes habia tenido escalofrios que pasaron luego sintiendo despues mucho calor.

El estado del enfermo el siete de Mayo era el siguiente: sentia dolor al costado derecho, mucho calor, sed, inapetencia, dificultad para respirar i tos ligera. La lengua estaba seca i saturada. El pulso era de ciento doce latidos por minuto, las respiraciones treinta i seis i la temperatura de $37^{\circ} 2$.

Inspeccion - El color era sub-ictérico, el lado derecho del torax estaba como resquebrajado hacia afuera, los espacios intercostales mas anchos que los del lado opuesto.

Palpacion - Las vibraciones locales estaban abolidas desde la parte media del pulmon derecho hasta la base. Se notaba tambien que el borde anterior del higado bajaba como dos tercios de dedo del reborde costal.

Percusion - Era dolorosa i existia en la misma estension que la abolicion de las vibraciones locales.

Auscultacion - Tanto la respiracion como la voz estaban abolidas en la base i hacia la parte media se oia un soplo bronquial, soplo que era mas característico hacia la axila i se oia en los dos tiempos de la respiracion. En el

vértice i en el pulmón izquierdo la respiración era suplementaria

Diagnos

Se le dejó 30 gramos de sulfato de soda i se ordenó aplicarle cuatro ventosas escarificadas al costado

enfermo

Día 8- Dijo que habia obrado bastante el día anterior. El dolor al costado persistia siendo sordo i gravativo. Los síntomas pulmonares eran los

iguales. El pulso era de 78 latidos por minuto, la respiración 28 i la temperatura $38^{\circ},4$.

Días 9 i 10- Pulso 112, respiraciones 28 i temperatura $38^{\circ},6$. Los demás fenómenos eran los mismos. Los días 8, 9, 10 el enfermo estuvo sometido al tratamiento alterante i el último de estos se ordenó le pusieran un cáustico

Días 11, 12 i 13- El enfermo solo siente el dolor del cáustico. Tuvo apetito; pero encontraba gusto amargo a los alimentos. El pulso alcanzaba a 104, las respiraciones a 26 i la temperatura a 38°

Días 14 i 15- El enfermo tuvo repetidas vómitos eructos; pero la temperatura fué la misma que en los días anteriores. El día 15 combinando la palpacion con la percusion se notó fluctuacion desde la parte media del pulmón hasta la base i por la poca duracion de la enfermedad se creyó en un derrame de la pleura i se propuso la punsion.

Día 16- Desde el día anterior el enfermo, cuyo vientre no habia presentado nada de particular, empezó a tener cámaras sanguinoso-purulentas que se continuaron por la noche. El enfermo estaba muy prostrado. El abdomen muy adolorido. El pulso era filiforme, las respiraciones llegaban a 44 i la temperatura a $39^{\circ},8$. El enfermo murió en la tarde. En la autopsia se encontró

un gran absceso en la cara superior del hígado i ocupaba todo el lóbulo derecho. El absceso se había abierto en el peritoneo i en el colon trasverso. La cara convexa del hígado estaba adherida al diafragma i el pulmón derecho estaba atrofado i congesto.

Observación 2^a. José Erasme, natural de Tealea, de treinta i cinco años de edad, militar, de mala constitucion, de hábitos alcoholicos, vino a ocupar la cama número siete del Salvador el diez i nueve de Julio de 1870.

Contestando al interrogatorio de estilo dijo: que encontrándose de guarnicion en Cuba fue acometido de disenteria; que no habiendo obtenido al cabo de algun tiempo la mejoría que deseaba pidió i obtuvo se le trajere a Santiago; que aquí mejoró de la disenteria; pero que como veinte dias despues habia empezado a sentir un dolor difuso al costado derecho i que algunos dias mas tarde se exasperó de tal modo el dolor que le impedía respirar con libertad i que entonces tubo escalofrios, fiebre, disnea, tos i no pudo dormir por la noche. Dijo tambien que los escalofrios los habia sentido varios veces despues de esp

El estado del enfermo el diez i nueve de Julio era el siguiente: pulso pequeño i blando alcanzaba a noventa i dos latidos por minuto, el número de respiraciones a veinte i ocho, la temperatura era normal. El dolor que sentia al costado derecho era mas limitado, la lengua estaba sucia, habia anorexia i algo de tos.

Inspeccion. La convexidad de las costillas estaba aumentada en el lado derecho desde el ángulo superior del omoplato hasta la base; los espacios intercostales estaban hinchados; casi todo el lado

derecho estaba edematoso.

Palpacion - Las vibraciones locales solo se transmitian en el tercio superior. Se comprova tambien que el borde anterior del higado llegaba hasta muy cerca de la cresta iliaca.

Percusion - Habia matidez completa en el lado derecho excepto en el vertice donde se oia sonido claro. En la base del pulmon izquierdo habia submatidez. En el abdomen la matidez llegaba hasta muy cerca de la cresta iliaca i en el sentido transversal hasta mas alla de la linea blanca.

Auscultacion - Ausencia del ruido respiratorio en la mitad inferior del pulmon derecho; pero hacia la axila i debajo de la clavícula se oia un soplo algo áspero en los dos tiempos de la respiracion. En el pulmon izquierdo la respiracion era suplementaria.

La voz tanto en la axila como al nivel del ángulo del omoplato i debajo de la clavícula era bronco-egofónica. En el resto del pulmon no se transmitia bien.

En la palpacion i percusion combinadas se experimentaba la sensacion de liquido en movimiento desde la quinta costilla hacia abajo.

Diagnóstico - Los antecedentes hacian suponer una hepatitis; mas los sintomas estetoscopicos inducian a pensar en un derrame de la pleura para salir de dudas se resolvió hacer una puncion exploradora.

Dia 20 - Se hizo la puncion entre la quinta i la sexta costilla (linea axilar) pero en vez de pus se estrajo como 250 gramos de sangre de color muy rojo. En vista de este resultado se resolvió hacer al dia siguiente otra puncion en la pleura. Se le dejó vino de quina.

Día 21- La matidez habia disminuido como un travez de dedo. El enfermo estaba muy abatido; el pulso era muy frecuente i pequeño llegando a 100 latidos por minuto, las respiraciones a 30 i la temperatura a 38°.

La lengua estaba seca i ardiente, la sed era intensa. No fue posible convencer al enfermo de la utilidad de la nueva punccion i fallecio como a las cuatro pasado el meridiano del mismo dia.

Día 23- Se hizo la autopsia. En el higado se encontró un enorme absceso que contenia como un litro de pus. Los vasos de la parte del higado que no habia supurado estaban muy desarrolados i el espesor notable de estas partes esplicó el porqué no salió pus cuando se hizo la punccion, pues, el túbulo no alcanzó al foco. El pulmon derecho estaba atrofiado, casi no existia; la base del pulmon izquierdo estaba convertida.

Observacion 35, Serafin Coviaga, natural de Copiapó, militar, de 27 años de edad, de mala constitucion i de hábitos alcohólicos, llegó a ocupar la cama numero 20 del Hospital el 2 de Julio de 1881.

Interrogado contestó: que sus digestiones eran malas desde mucho tiempo atras; que varias veces habia tenido diarrea; pero que hacia como un mes a que gozaba de buena salud cuando sin causa apreciable para él se le puso un dolor al costado derecho, dolor que unas veces lo sentia en la parte anterior i otras en la posterior de dicho lado; que algunos dias despues habia tenido escalofrios, fiebre, dificultad para respirar, tos i que desde que se le habia puesto el dolor al costado no dormia bien.

Los síntomas que presentaba el enfermo el 2 de Julio



eran los siguientes: El pulso alcanzaba a 90 latidos por minuto, las respiraciones a 28 i la temperatura a 39°. Se comprobó la existencia de un ligero dolor al costado derecho, disnea poco marcada i anorexia.

Inspección - El color era sub-ictérico, parecía aumentada la convexidad de las costillas del lado derecho del tórax hasta el tercio superior; los espacios intercostales estaban borrados i las costillas mas separadas unas de otras que las del lado opuesto.

Inspección - En el pulmon derecho creptuando en el tercio superior las vibraciones vocales estaban abolidas, siendo al contrario normales en el pulmon izquierdo.

Percusión - Dio matidez en la misma estension en que las vibraciones vocales estaban abolidas. En el pulmon izquierdo la sonoridad era normal.

Auscultación - Se comprobó la existencia de un ruido de soplo áspero en los dos tiempos de la respiración. Se oía con toda claridad al lado interno de la escápula, en la axila i debajo de la clavícula.

En la base el ruido respiratorio estaba abolido. En el pulmon izquierdo la respiración era suplementaria. La voz no se transmitia bien en la base del pulmon derecho; pero en la parte superior era bronco-egónica.

Diagnostico - Los antecedentes inducian a creer en la existencia de una hepatitis; pero los fenómenos pulmonares hacian pensar en una pleuresia con derrame. Se creyó prudente esperar uno o dos dias para ver si se aclaraba mas el diagnóstico. Sin embargo se le dejó una pocion con hidrato de potasio.

Dia 3 - Temperatura 38°; pulso 100, respiraciones 28.

El estado del enfermo es el mismo. Por la tarde la temperatura subió a 39,5; el pulso a 106 i las respiraciones a 24.

Dia 4 - El enfermo dijo que habia sudado mucho por

-15-

la noche i que no habia dormido. Este dia los movimientos respiratorios fueron menos frecuentes que en el dia anterior, pues, solo llegaron a 20 por minuto, la temperatura tambien descendio i fue de $37,3$

Continuando la palpacion con la percusion se reconoció que habia líquido en el lado enfermo i se resolvió hacer una puncion. Se suspendió el Coduro de potasio i se le dejó vino de quina.

Dia 5 - Los síntomas eran mas o menos los mismos que en el dia anterior. Se hizo la puncion en la sexta costilla (línea axilar) i se extrajo como 250 gramos de pus. Se hizo despus una inyeccion Todada i se le dejó una pocion de Infusion de quina con troscito blando de quina i jorabe de corteza de naranja. El enfermo murió diez dias despues i en la autopsia se vió que el foco ocupaba la cara convexa i el lóbulo derecho del higado.

Observacion $40/11$ Valentin Chocano de San Fernando, gañan, de 40 años de edad, de hábitos alcohólicos, llegó el 20 de Junio a ocupar el número 10 de la sala de San Blas al servicio del Dr. Valderrama.

Los datos que pude obtener de este enfermo los debo al compañero de estudio E. P. C. i fueron los siguientes: Dijo hacia como 20 dias que a consecuencia de un resfrío sintió mal estar general, escalofrios, fiebre, dolor de cabeza, cansancio i tos.

El dia 23 que fue cuando tube la oportunidad de observarlo su estado era alarmante; tenia 100 pulsaciones por minuto, el termómetro marcó $38,4$; habia disnea, dolor bastante vivo al lado derecho del tórax, anorexia i estreñimiento.

Inspeccion - El tórax estaba deformado, borbudo los espacios intercostales i las costillas mas convexas.

nas que las del lado opuesto.

Palpacion - El hígado bajaba hasta muy cerca del ombligo, se extendía a gran parte del hipocostrio izquierdo, estaba algo sensible a la presión. Las vibraciones vocales estaban abolidas desde la cuarta costilla para abajo.

Percusion - Matidez en la misma estension.

Auscultacion - Soplo francamente bronquial debajo de la clavícula i en la axila. El carácter de la

respiracion en algunos se auscultarse en estos puntos a su base del torax. En la axila i debajo de

la clavícula habia broncofonía i hacia la base bronco-egofonia. En la parte posterior i superior del torax habia broncofonía i bronco-egofonia hacia la parte media i hehofonia en la base.

En el pulmon izquierdo la respiracion era suplementaria, menos en la base donde era débil.

Combinando la palpacion con la percusion se obtenia fluctuacion entre la sétima i octava costilla; pero muy oscura.

Como en todas estas cosas el diagnóstico no es claro se hizo al dia siguiente una puncion exploradora entre la

cuarta i quinta costilla. Aunque se comprendió que el trocar habia penetrado en una cavidad, por la facilidad con que se le imprimian movimientos, el pus era muy espeso; fenómeno que se explicó en la autopsia de un modo satisfactorio.

Dia 30 - Todos los síntomas habian aumentado en intensidad i el enfermo murió este dia.

En la autopsia se vio que el hígado estaba reducido a una capa muy delgada; el pus era espeso i grumoso razon por que no salió por la cánula cuando se hizo la puncion; la pleura no presentaba nada de particular; el pulmon derecho estaba atrofiado i ocupaba la parte posterior i superior

-16-

del canal costo-vertebral; el pulmón izquierdo en su base estaba congestionado.

Observación 5^a, Juan de Dios Fuentes, de 38 años de edad, natural de Rancagua, de mala constitución i de hábitos alcohólicos, entró a ocupar la cama número 17 de la sala de Purísima, servicio del Dr. Goconal el 13 de Julio 1881

El enfermo dijo que hacia mas de un mes que despues de un resplio tubo un dolor muy intenso al costado derecho, fiebre, tos seca. En este estado duró un tiempo como una semana, siempre con un poco de fiebre, sin ganas de comer; pero ya no sentia dolor, la tos tambien habia pasado. Últimamente le vinieron escalofrios, sudores, diarrea i fiebre intensa hasta que se vino al hospital.

Examen del enfermo - Cinte sub-ictérico de la piel. Temperatura $38^{\circ},5$ Respiraciones 20 Pulso 104.

Inspeccion - Los espacios intercostales estaban borados en el lado derecho del tórax, se notó un abombamiento de esta parte.

Palpacion - El borde anterior del hígado ha descendido hasta serea del ombligo i está algo sensible a la presion. Las vibraciones táctiles están abolidas desde la cuarta costilla hasta la base del pulmón derecho.

Percusion - Sonoridad exagerada en el espacio subclavicular, pero desde el tercer espacio intercostal se encontraba matidez absoluta que llegaba a tres centímetros por encima del ombligo. La matidez del corazón se correspondia con la anterior; este órgano parecia desviado un poco hacia la axila izquierda.

Auscultacion - Toplo bronquico debajo de la clavícula en la axila i entre la escapula.

la columna vertebral, mas abajo silencio completo. La voz en la parte superior era broncofónica y en la base no se transmitia bien, en la parte media habia egofonia. En el pulmon izquierdo la respiracion era exagerada. Los ruidos del corazon eran normales.

El enfermo no tiene ganas de comer, estala muy prostrado; tenia disnea.

Diagnóstico - Los sintomas presedentes hablan de un absceso hepático como de un derrame de la pleura; pero los antecedentes estan mas bien por una pleuresia con derrame.

En vista de esto al dia siguiente 14 de Julio se le hizo una puncion exploradora en el sétimo espacio intercostal i en la parte anterior de la línea axilar. Se extrajo como litro i medio de un liquido sero-fibinoso ligeramente verde, tal vez por la materia colorante de la bilis.

Dia 15 - El enfermo está mejor. El hígado deciendo del reborde costal, menor de la mitad de la extension que descendia antes de la puncion. Las vibraciones locales se perciben en los dos tercios superiores del pulmon derecho.

Percusion - La matidez no disminuido considerablemente.

Auscultacion - El soplo no era tan espeso como en el dia anterior; en la base todavia habia silencio. Se oia tambien algunos estertores de bronquitis i rones pleuríticos.

La temperatura era de $37,5$ Pulso 86 i 22 respiraciones. Se le dejó una pocion con infusion de quina i alcohol. Treis o siete dias despues volvi a ver al enfermo i este seguia muy bien.