

N.º 2980

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SOBRE UN CASO
DE
ABSCESO FRIO A NEUMOCOCOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

S. MONTENEGRO CENTENO

Ex-practicante interno del Sanatorio Argentino (1912)

Ex-practicante ad-honorem del Instituto Jenner

Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Tornú (1914)

Ex-practicante interno de la Clínica Corbellini (1913-14-15)

Ex-practicante del Cuerpo Médico de los Tribunales (1914-15)



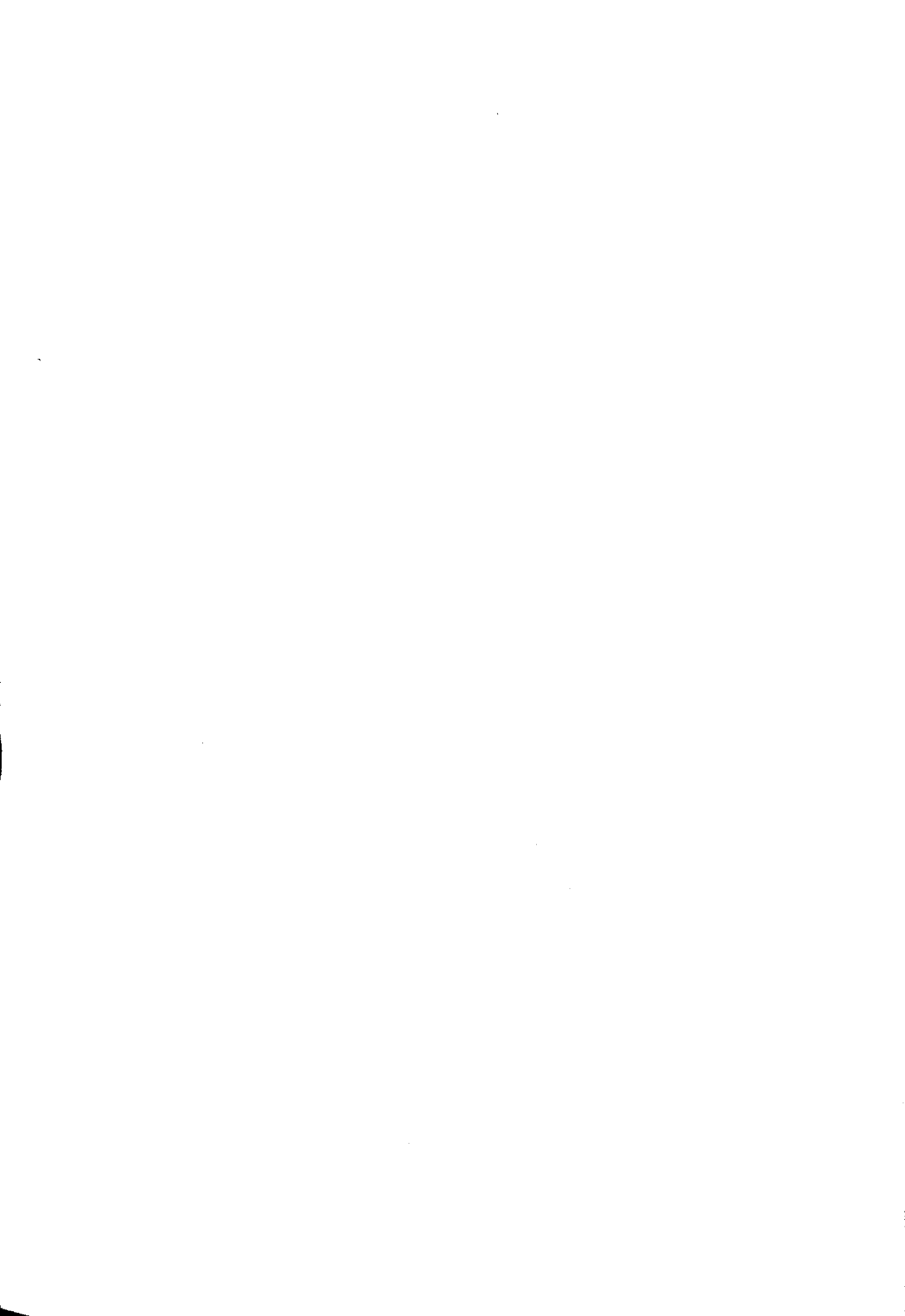
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLA
845 - Junín - 845

1915

Min. B. 20.14

SOBRE UN CASO DE ABSCESO FRIO Á NEUMOCOCOS



Año 1915

N.º 2980

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SOBRE UN CASO
DE
ABSCESO FRIO Á NEUMOCOCOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

S. MONTENEGRO CENTENO

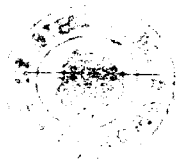
Ex-practicante interno del Sanatorio Argentino (1912)

Ex-practicante ad-honorem del Instituto Jenner

Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Tornú (1914)

Ex-practicante interno de la Clínica Corbellini (1913-14-15)

Ex-practicante del Cuerpo Médico de los Tribunales (1914-15)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 - Junín - 845

1915

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

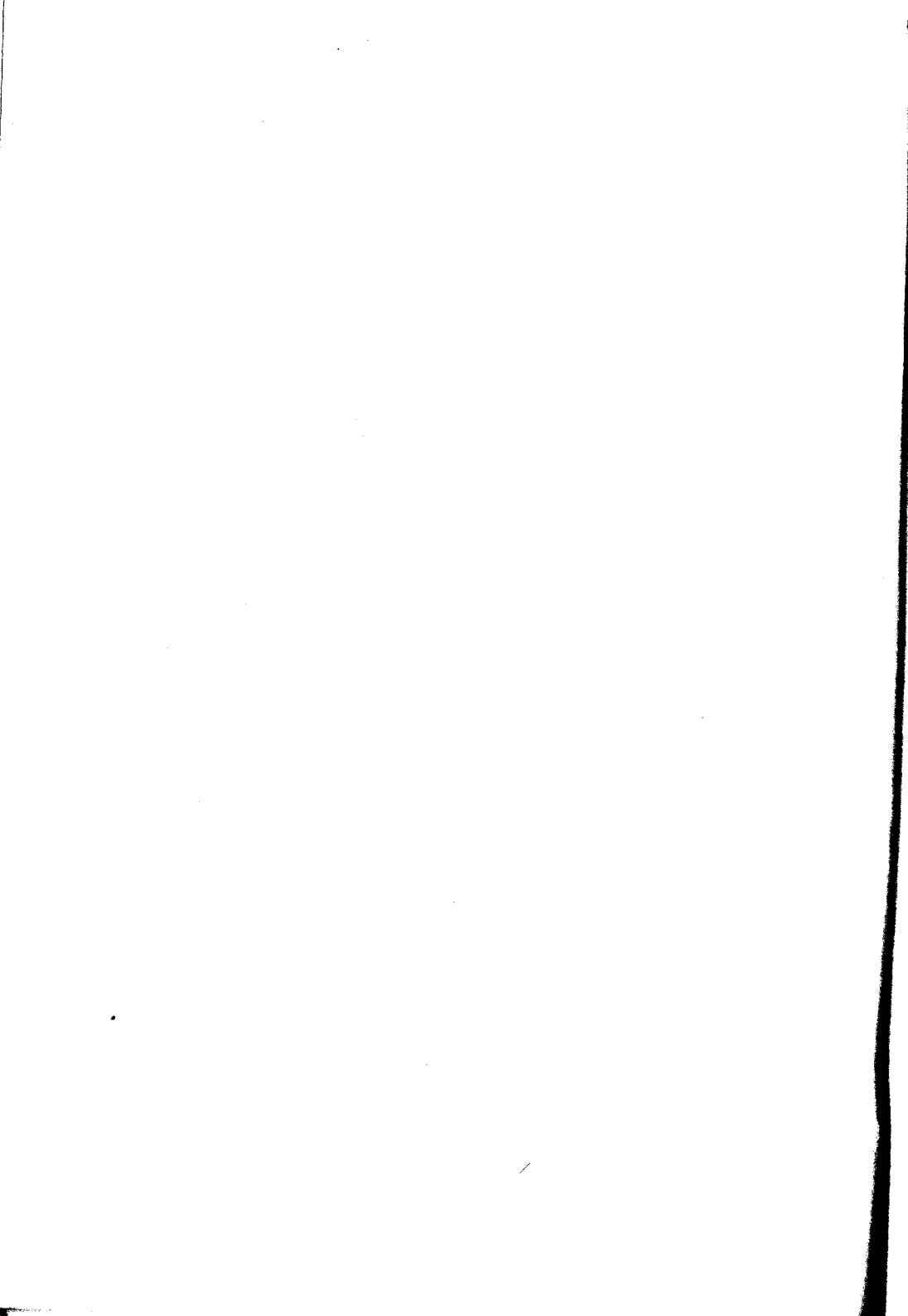
Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

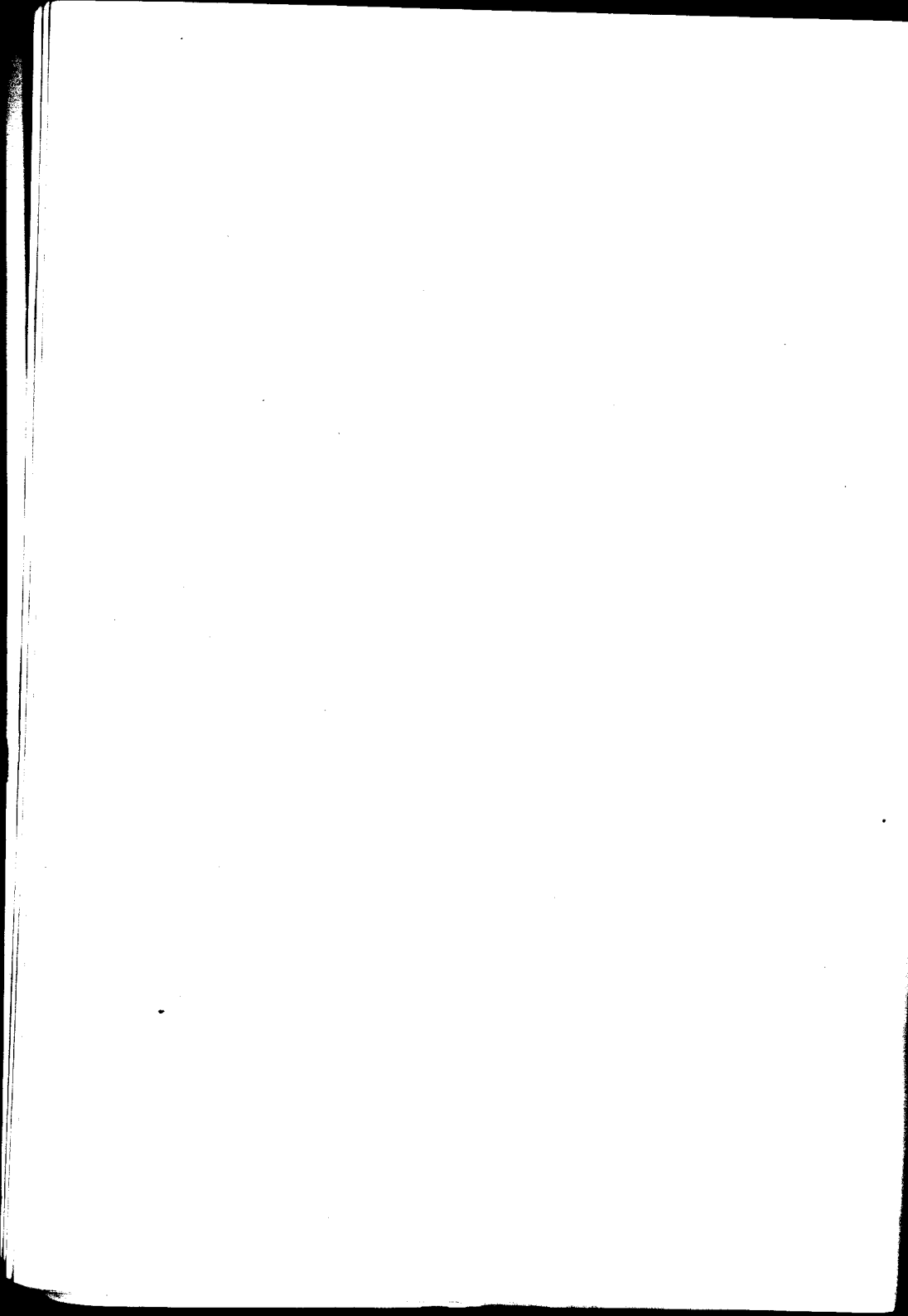


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

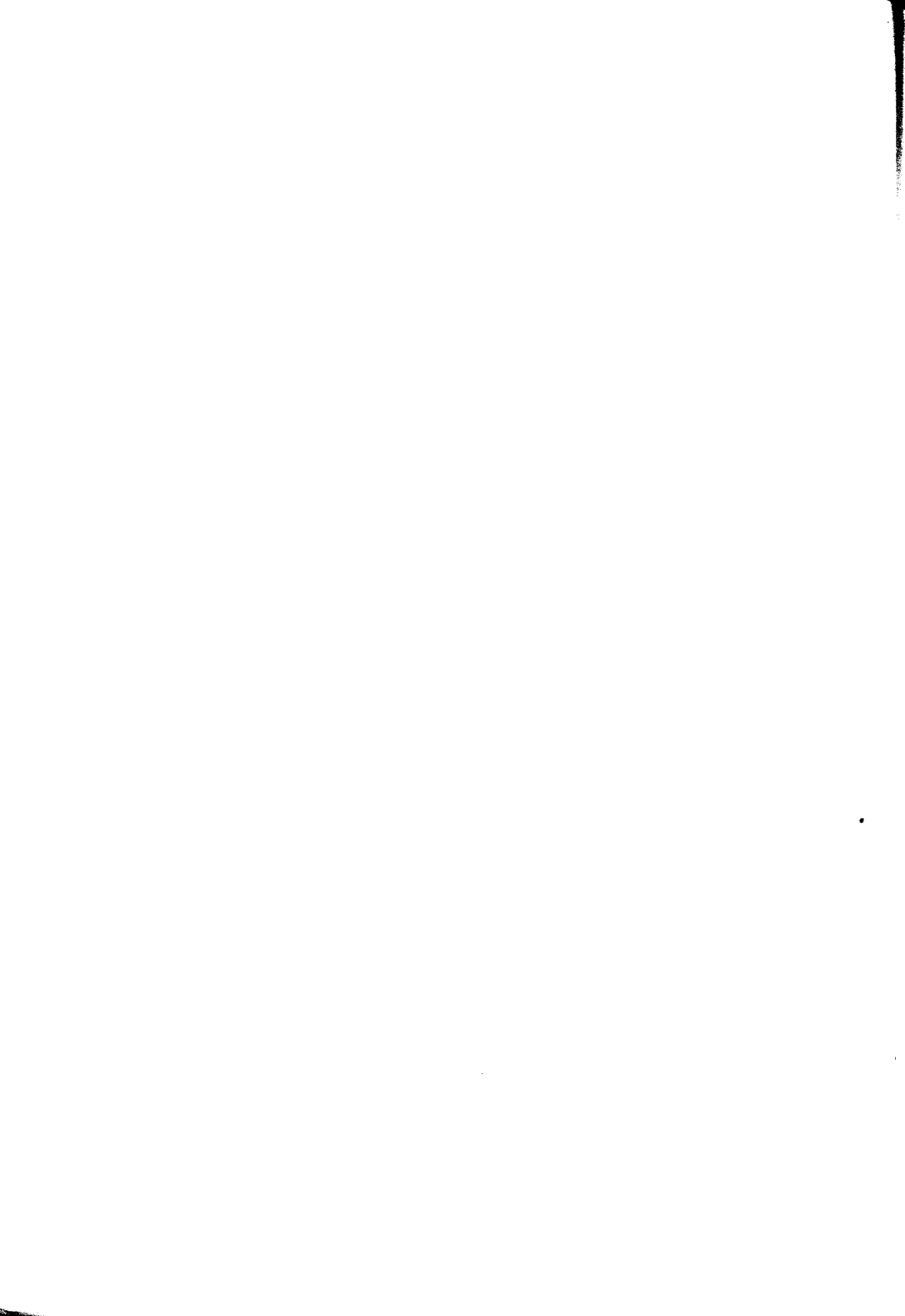
DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic ;
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

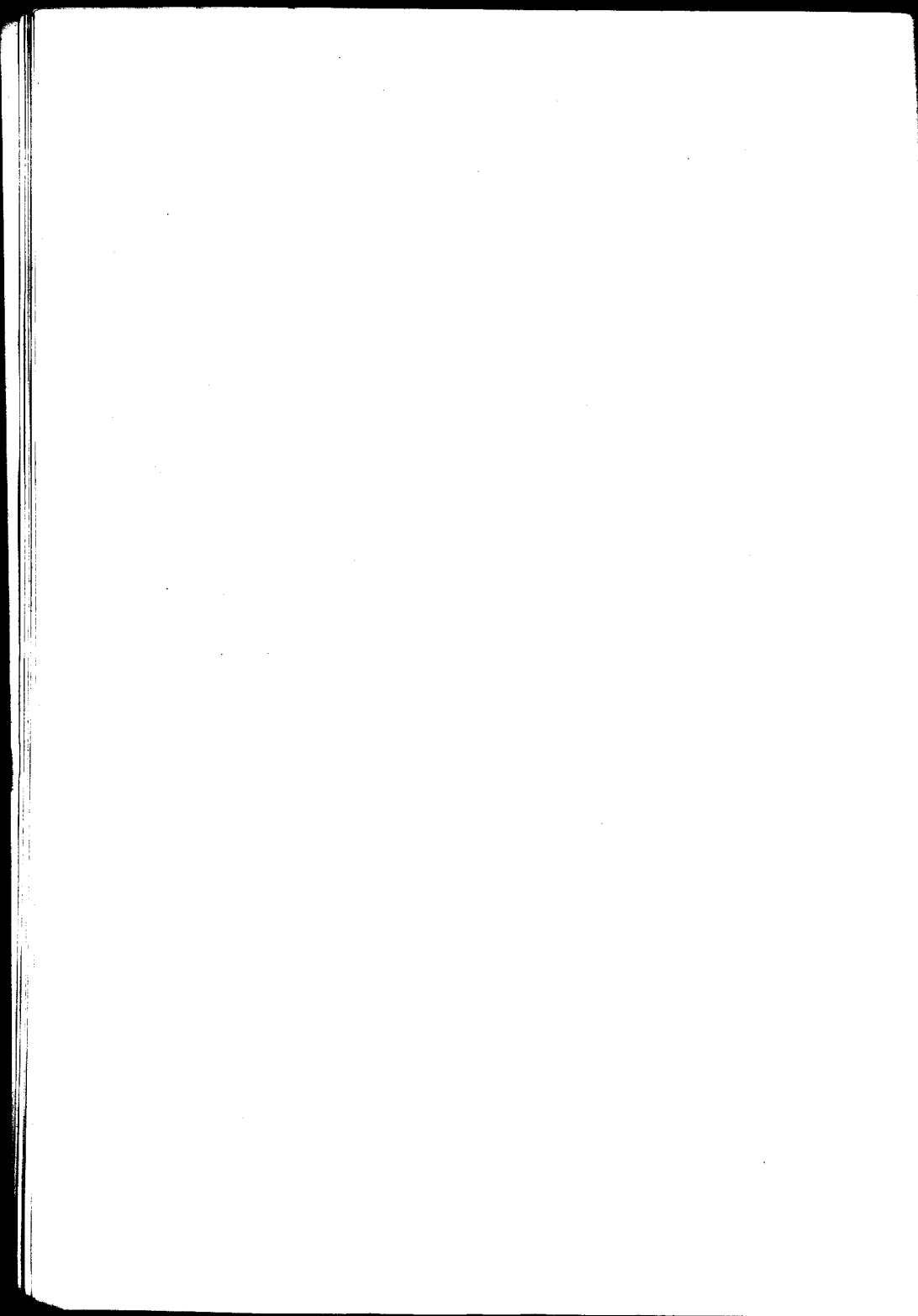
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

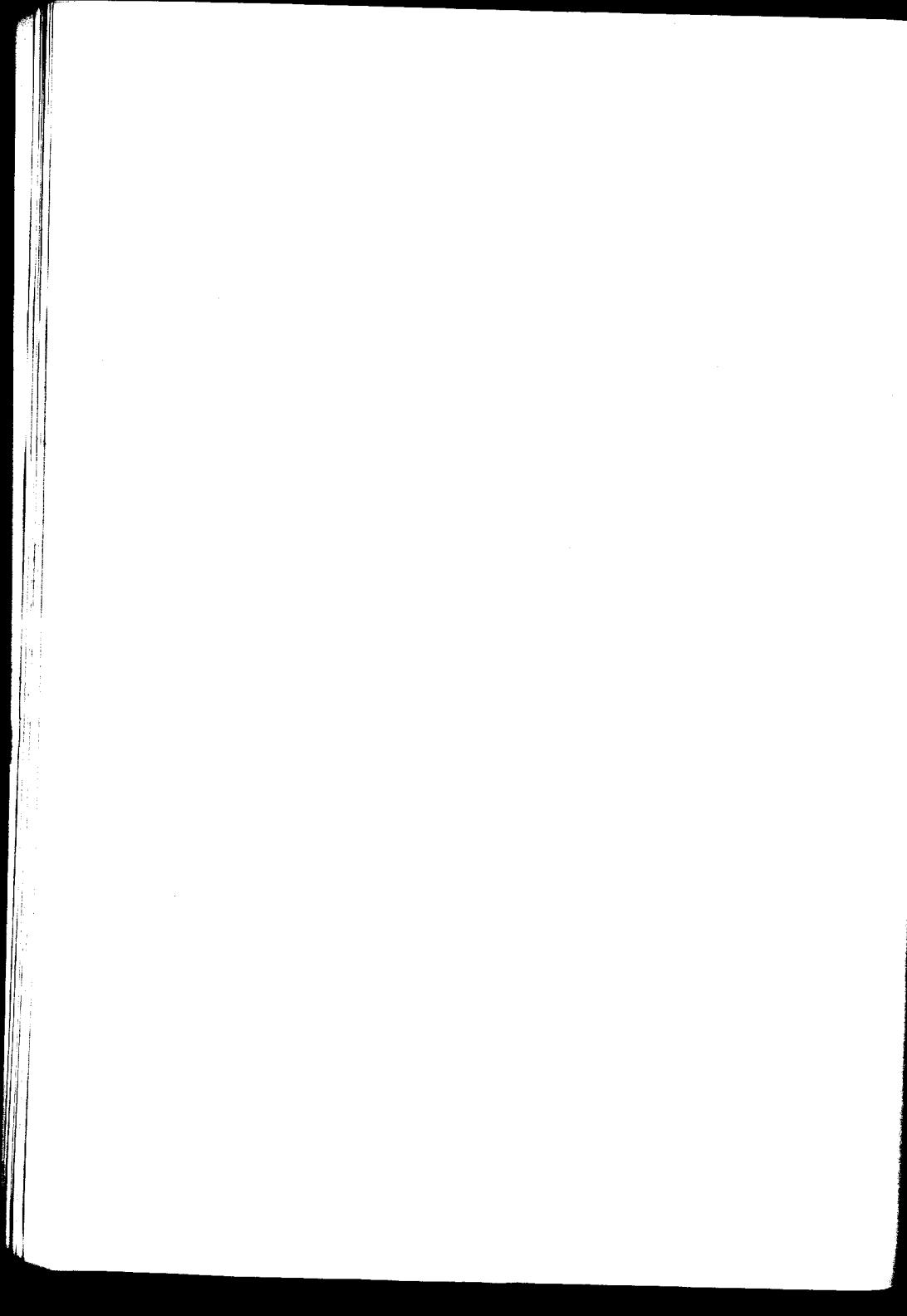
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

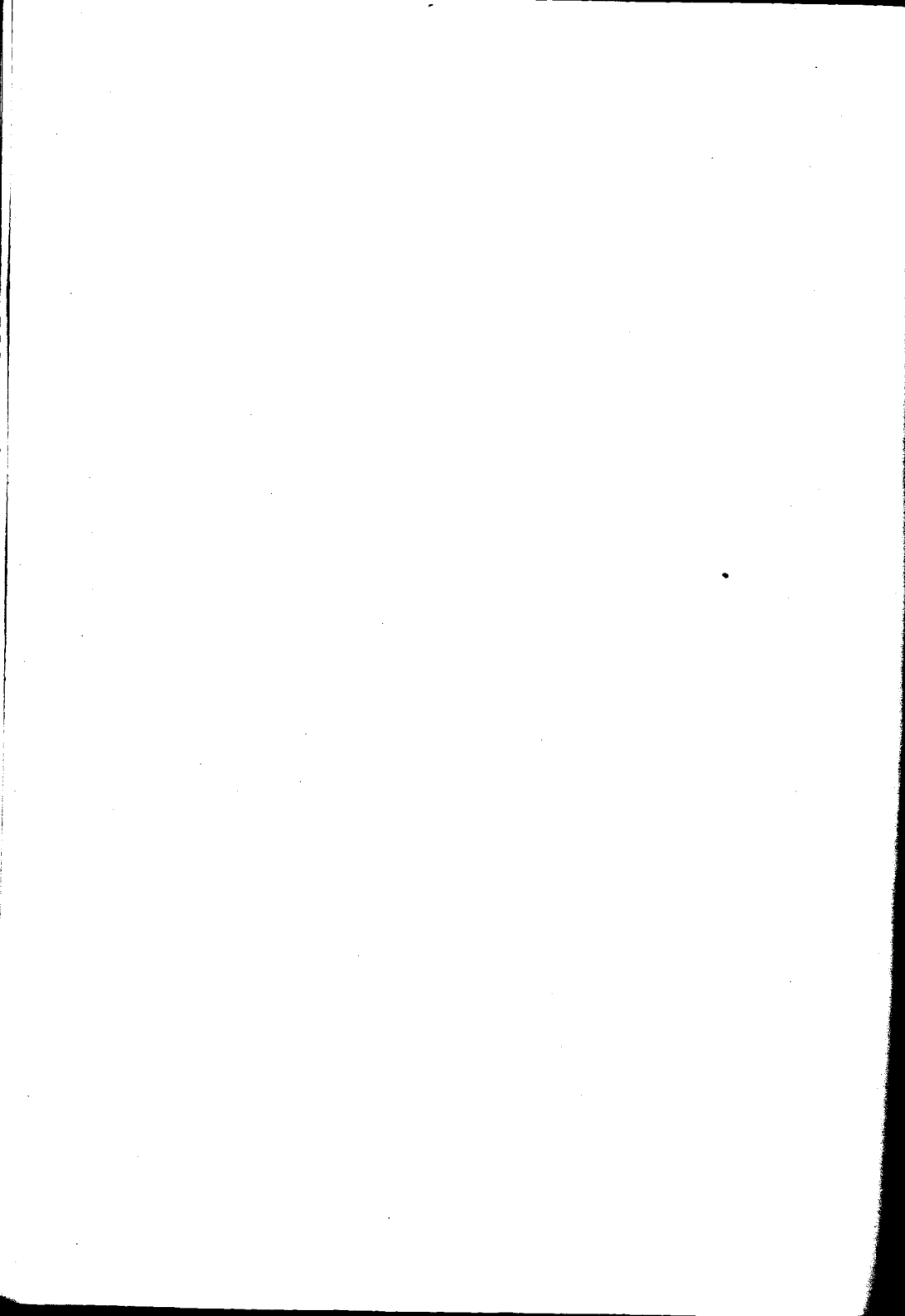
Asignaturas	DR.	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR.	PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	»	LUCIO DURABONA
	»	RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	»	RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	»	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	»	PEDRO BELOU
Química Médica	»	ATANASIO QUIROGA
Histología	»	RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	»	ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	»	HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	»	CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	»	PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	»	RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	»	GREGORIO ARAOZ ALFARO
	»	DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	»	AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	»	TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	»	JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	»	DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	»	LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	»	BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	»	PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	»	JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	»	JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	»	EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	»	MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	»	PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	»	PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	»	DIÓGENES DECOUD
» Médica	»	LUIS GÜEMES
» Médica	»	LUIS AGOTE
» Médica	»	IGNACIO ALLENDE
» Médica	»	ABEL AYERZA
» Quirúrgica	»	ANTONIO C. GANDOLFO
	»	MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	»	JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	»	DOMINGO CABRED
» Obstétrica	»	ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	»	SAMUEL MOLINA
» Pediatría	»	ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	»	DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	»	ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA

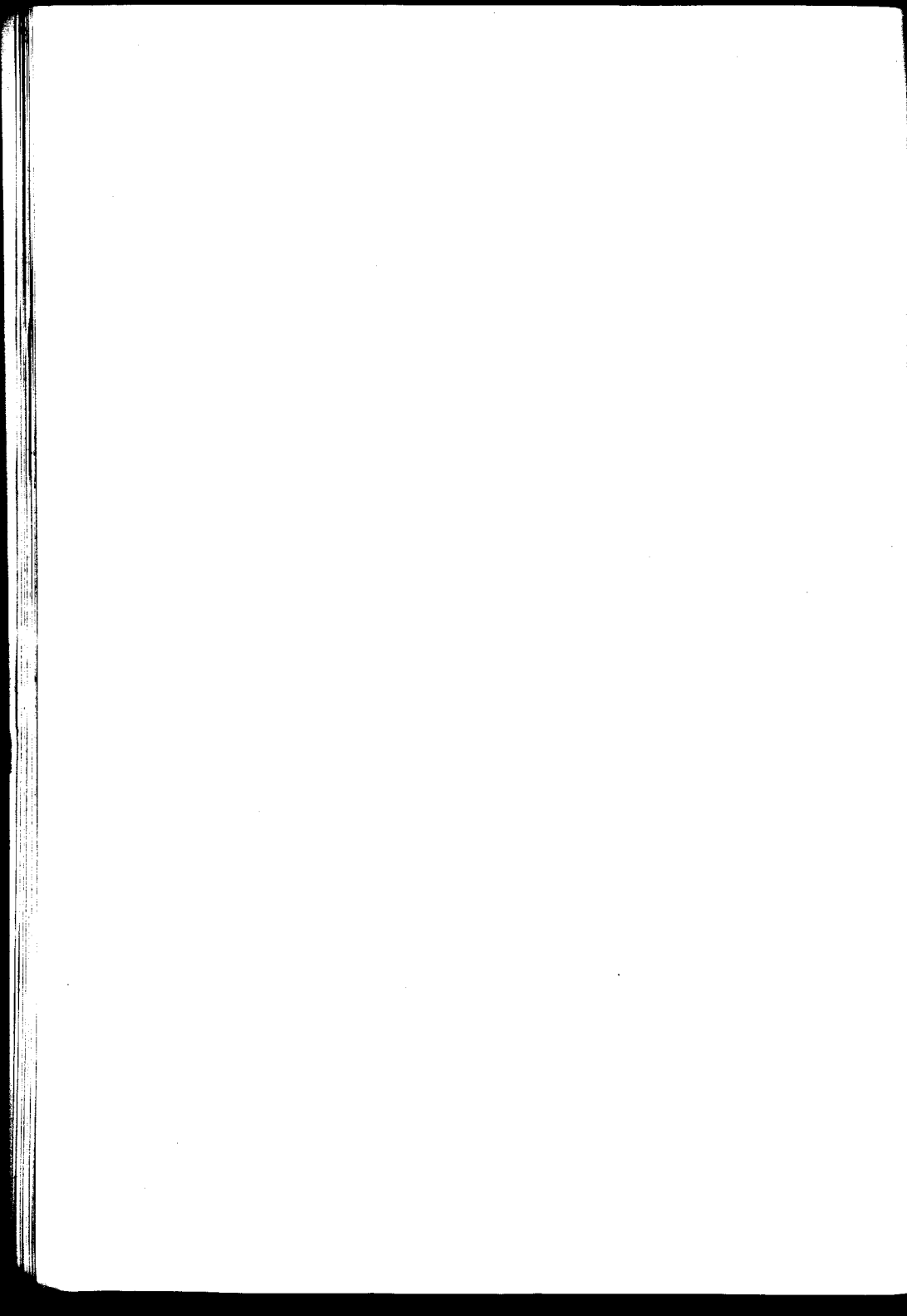


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

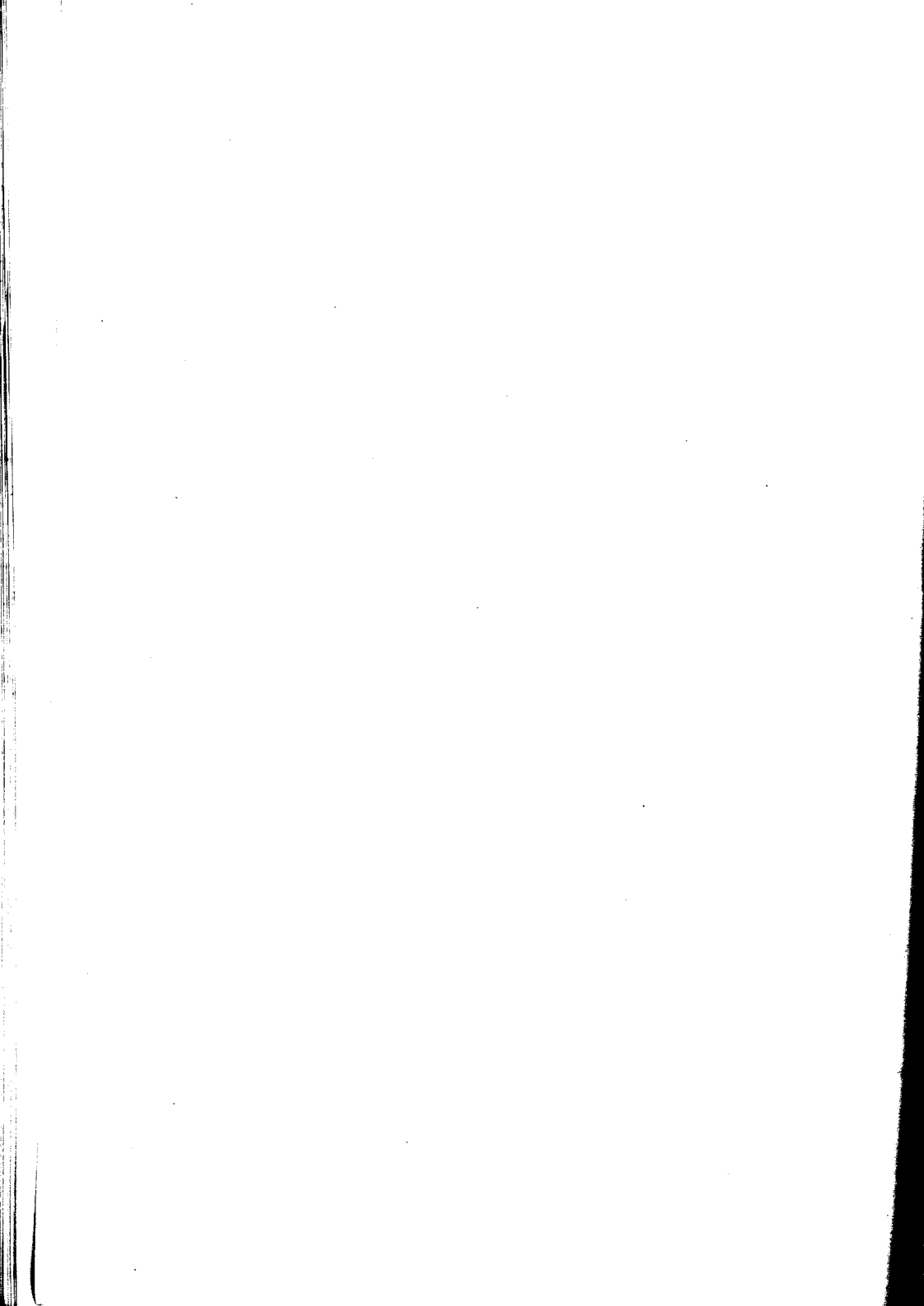
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" GUILLERMO FERBER
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva.....	" EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOGER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene médica.....	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semiotología.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía patológica.....	" JOAQUÍN LLAMBLAS
Materia médica y terapéutica.....	" JOSÉ MORENO
Medicina operatoria.....	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO I. CASTRO
Clinica dermato-sifilográfica.....	" NICOLÁS V. GRECO
> génito-urinaria.....	" PEDRO L. BALBUENA
	" BERNARDINO MARAINI
> epidemiológica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO B. TORRES
Patología interna.....	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
Clinica oftalmológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO SOCIETI
> oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
> quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" JOSÉ ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHETRO
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
Clinica médica.....	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
> pediátrica.....	" MANUEL A. SANTAS
	" MANERTO ACUÑA
	" GENARO SISTI
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
> ginecológica.....	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
> obstétrica.....	" ALEJURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO F. FRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GAGASTOU
Medicina legal.....	" JOAQUÍN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Petánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI

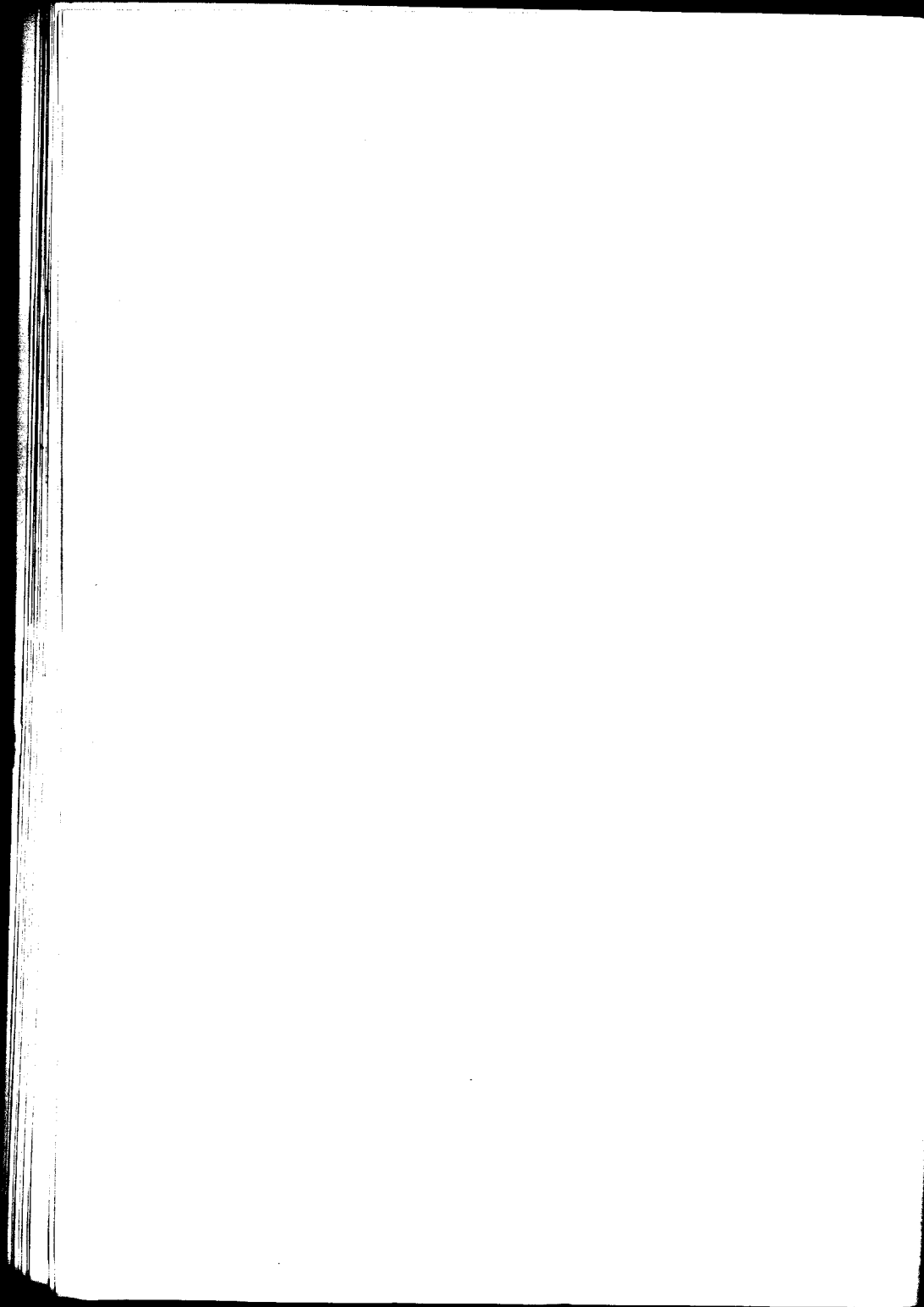


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... Vacante

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

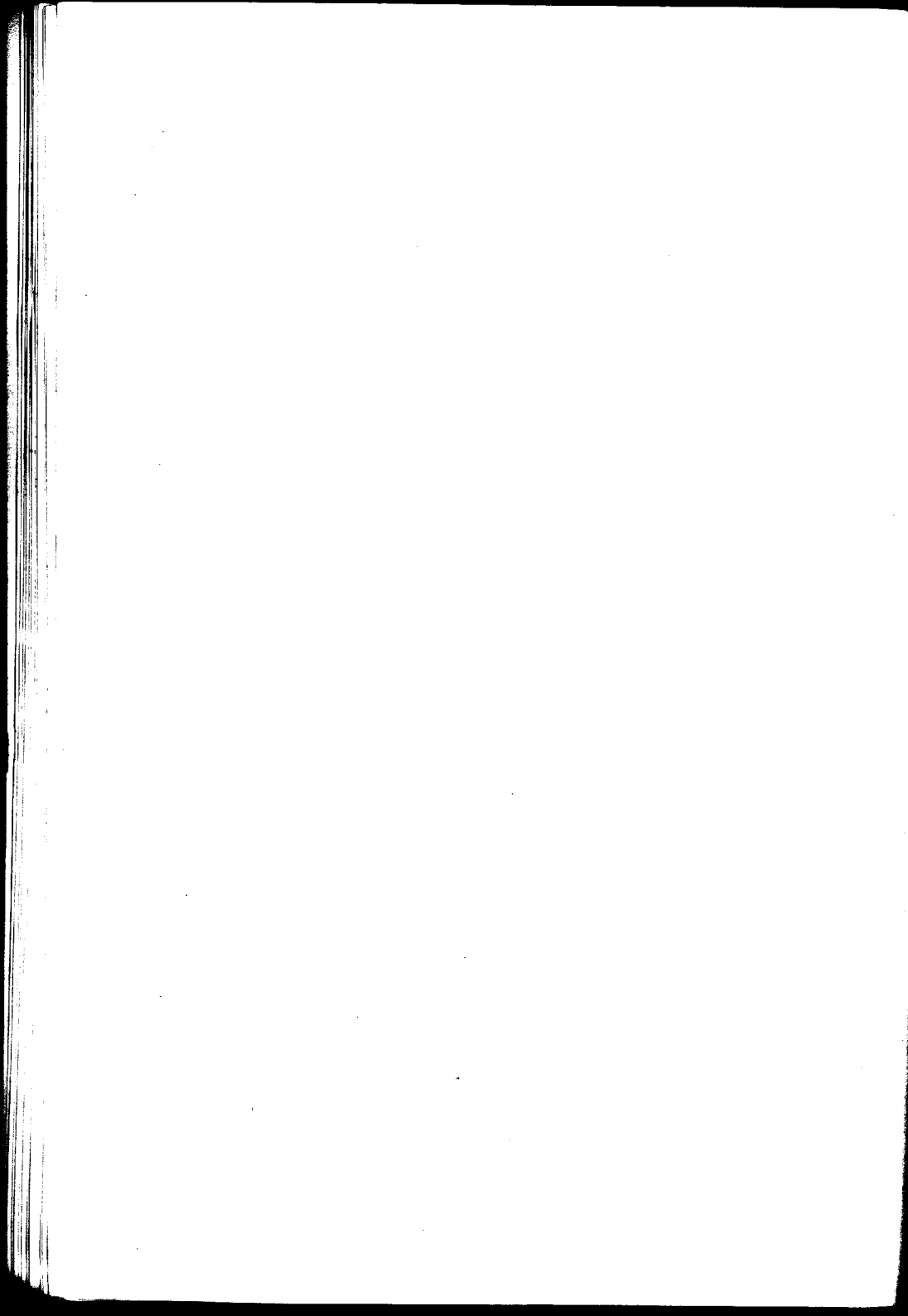
Puericultura..... Vacante

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Clínica Obstétrica..... DR. J. C. LLAMES MASSINI
(encargado del curso del 1.er año)

» » » UBALDO FERNANDEZ
(encargado del curso de Puericultura)

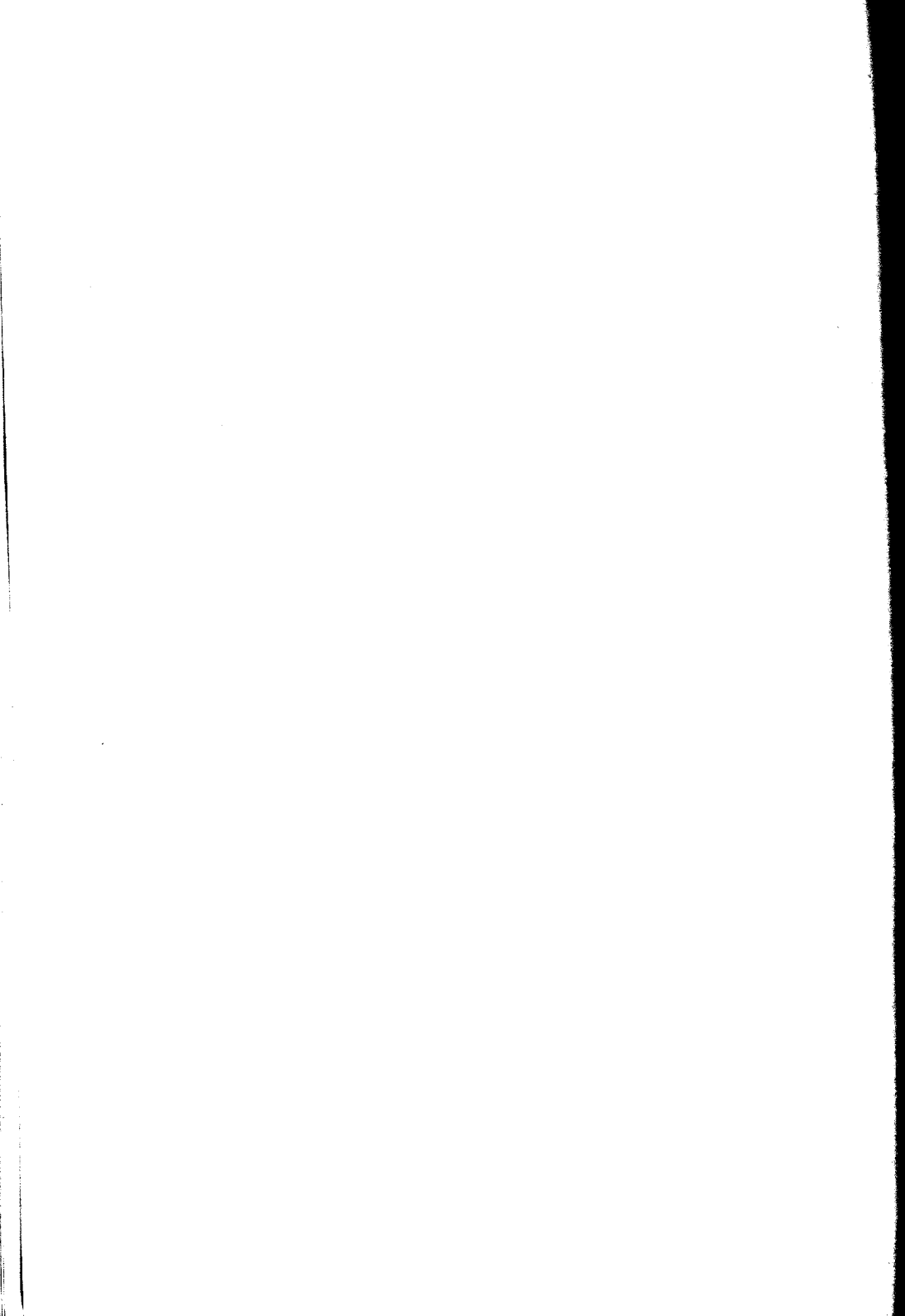


PADRINO DE TESIS

DOCTOR NICÉFORO CASTELLANO

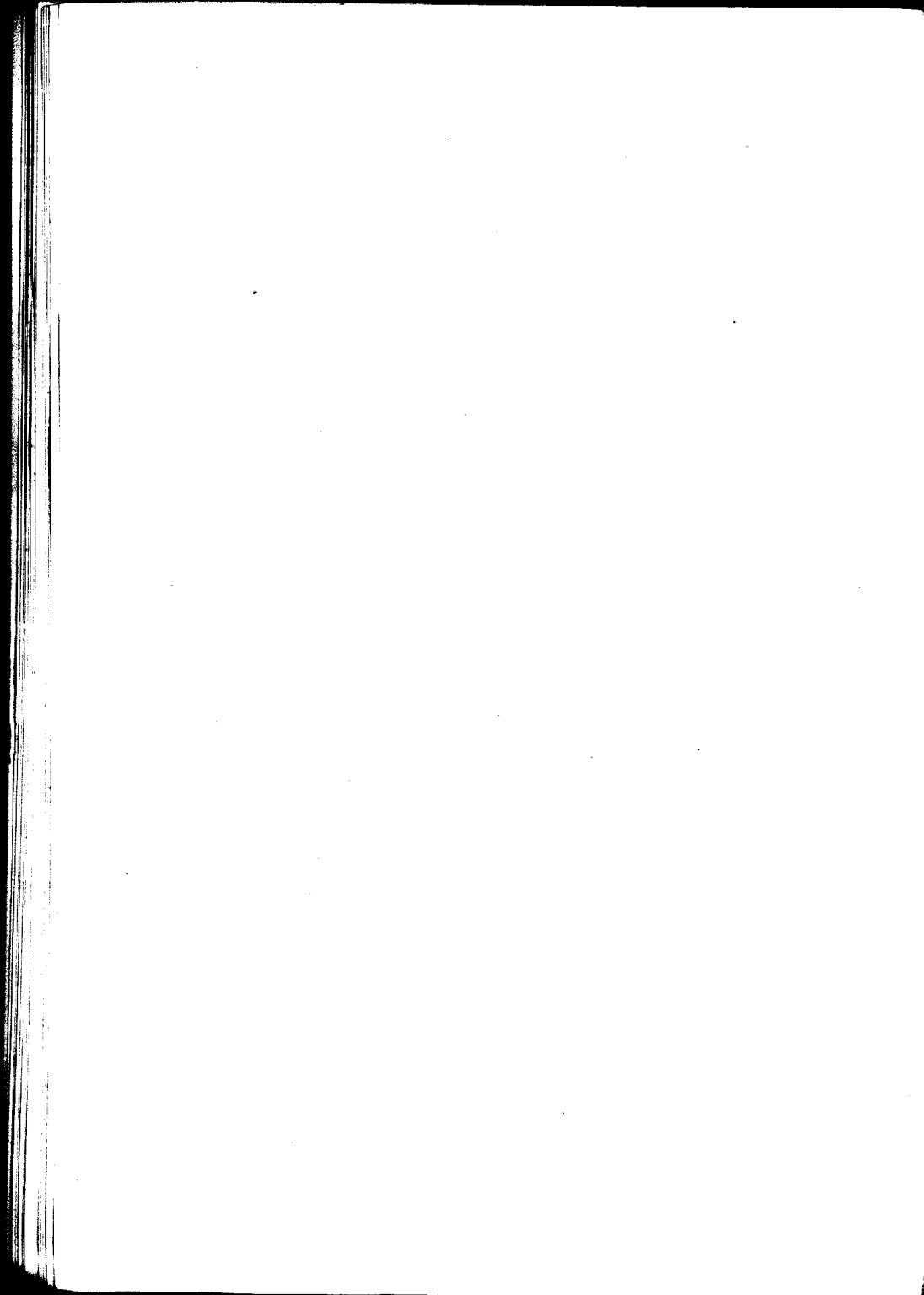
Miembro del Cuerpo Médico de los Tribunales

Jefe de servicio del Hospital Mañiz



A LA MEMORIA DE MI MADRE

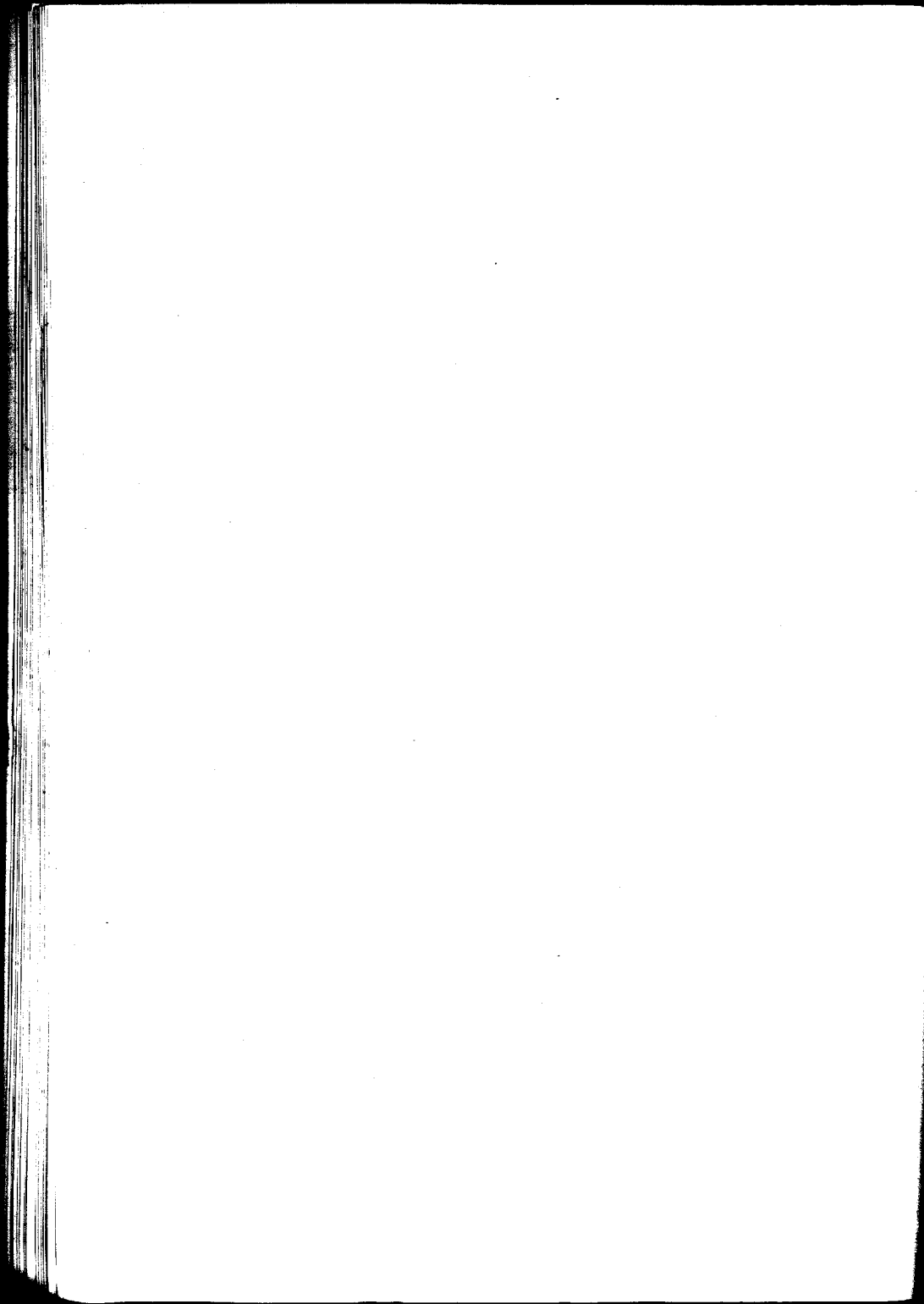
Y DE MIS HERMANOS



A MI PADRE



A MIS HERMANOS Y HERMANOS POLÍTICOS



A LOS MIOS



A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Cumpliendo con una disposición reglamentaria de la Facultad, tengo el honor de presentar á la consideración de ustedes este modesto trabajo para obtener el título de Doctor en Medicina.

El tiene por tema el estudio de un caso de *absceso frío á neumococos*, atendido en el Consultorio Externo del Servicio de Cirugía del Profesor Dr. Antonio C. Gandolfo en el Hospital Nacional de Clínicas.

Antes de entrar en materia, séame permitido tributar mi agradecimiento á todos los Señores Profesores que me han proporcionado el bagaje de conocimientos necesarios que hoy me llevan á la cumbre de mi carrera universitaria.

A los Doctores Enrique J. Corbellini y Nicolás

Repetto, quienes con su esclarecido criterio y elevada preparación científica supieron guiarme al lado del enfermo, mi respetuosa admiración y agradecimiento.

A mi estimado amigo el Dr. Jorge Leyro Díaz que me inspiró el tema de esta Tesis y que gentilmente me proporcionó algunos datos, mi reconocimiento sincero.

Al Dr. Nicéforo Castellano, mi estimado pariente y amigo, que me honra acompañándome como padrino en este acto, de quien tuve siempre pruebas de cariño, hallando dificultades en mi beneficio, mis expresivas gracias.

A los Miembros del Cuerpo Médico de los Tribunales á quienes he acompañado en sus tareas, mi respetuoso recuerdo.

Por último que llegue á mis amigos como á mis compañeros de internado, mi cariñoso afecto en este momento para mi solemne.

HISTORIA

Siendo *los abscesos* una de las más comunes enfermedades, fácil es suponerse que ha sido una de las primeras conocidas. Su historia se remonta á los tiempos de Hipócrates, quien formula una teoría sobre la formación y naturaleza de los abscesos. Había escrito un tratado especial sobre éstos, que cita en sus *Prorrhétiques*, obra que ha desaparecido hace algunos siglos. Hipócrates, abría los abscesos, según los casos, con el fuego ó con cáusticos.

Celso, resumiendo los trabajos de las escuelas que han sucedido á Hipócrates, da una descripción más completa de los abscesos; él indica bastante bien sus caracteres exteriores, sus fenómenos generales, las circunstancias en las cuales ellos se forman, las diferentes maneras de tratarlos, los procedimientos diversos que convienen para practicar su abertura.

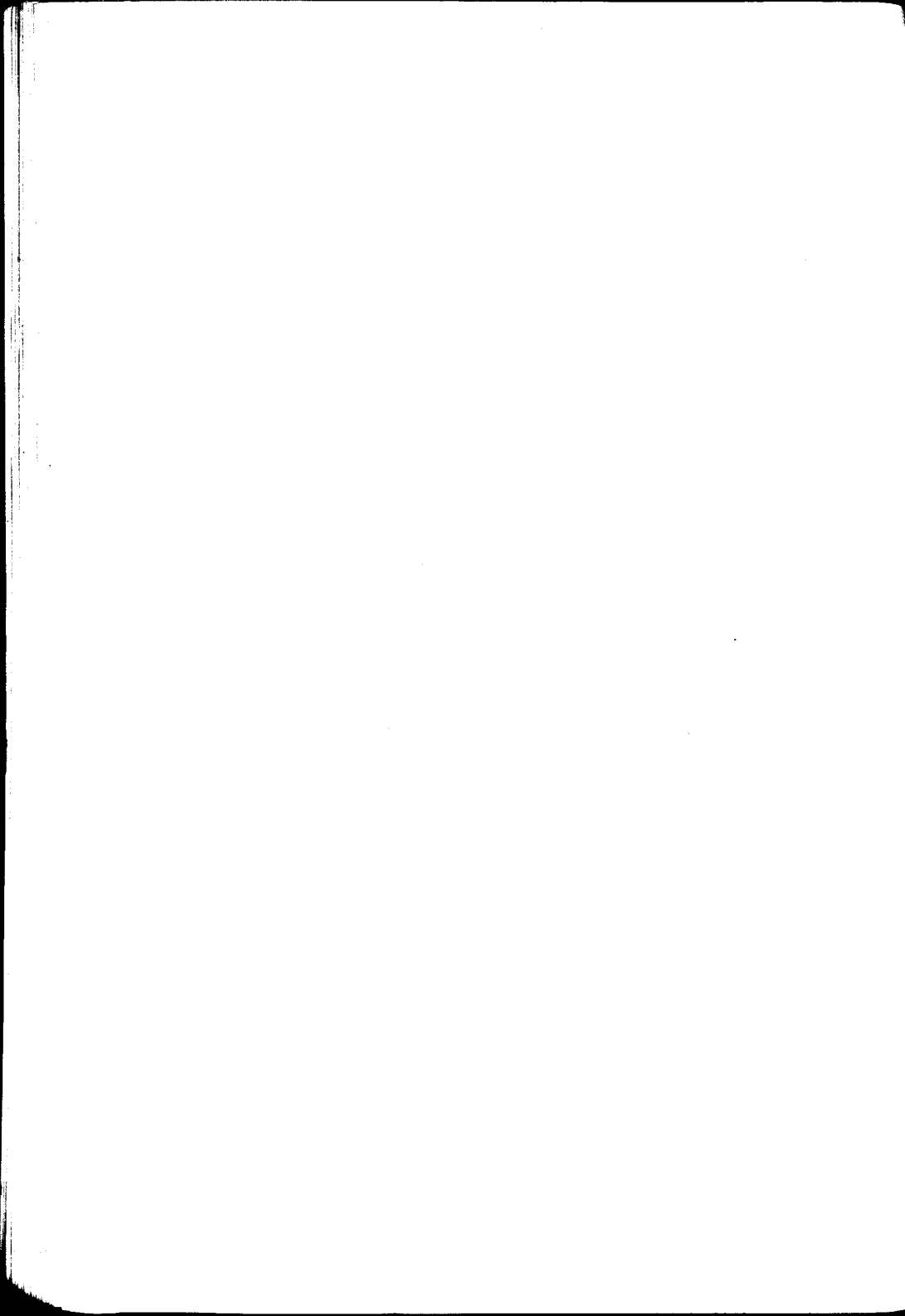
«El tumor, dice Celso, se acompaña de enrojecimiento, de calor y bien pronto de dureza; volviéndose más doloroso y provocando la sed y el insomnio. En ciertos casos sin embargo, el absceso no se revela por ninguno de estos signos exteriores, sobre todo cuando la supuración es profunda; pero hay alteración é insomnio. Si la supuración se establece es necesario tener que abrir cuando el foco se encuentra en la axila ó en la ingle. Casi siempre, basta recurrir á cataplasmas, cuando son superficiales, para obtener la abertura espontánea del foco, ganándose entonces en que las partes substraídas á la acción del fierro al rojo lleven apenas una cicatriz pequeña. Cuando el mal está situado más profundamente, hay que examinar si el territorio afectado es nervioso ó no, por razón de que si él está desprovisto de nervios, conviene abrir el absceso con el fierro al rojo, procedimiento que tiene la ventaja de no hacer más que una pequeña herida, la cual queda más largo tiempo abierta á la evacuación del pus. Si por el contrario existen nervios en la vecindad, es necesario renunciar al empleo del fuego, en la creencia de acarrear las convulsiones ó el debilitamiento del miembro, y es el caso entonces de hacer actuar el escalpelo. En el panadizo (especie de tumor ferunculoso ó bien de absceso ganglionar), estamos obligados á levantar por entero la piel que recubre el foco, porque olla es singularmente adel-

gazada. Es necesario siempre tener por procepto, empleando el escalpelo, de hacer las incisiones tan cortas y poco numerosas como sea posible. Cuando los abscesos son de mayor tamaño, hay lugar á abrir más ampliamente y también dos ó tres incisiones son á veces necesarias. Es preciso además practicar la abertura en el punto más declive para impedir que el pus se retenga en el foco y no forme nuevos senos en las partes vecinas hasta entonces sanas.»

En las obras de Coelius Aurelianus, encontramos lo que la antigüedad nos ha trasmitido de más precioso sobre los derrames purulentos y sobre los abscesos de las vísceras.

Los árabes, no añaden nada á los conocimientos de aquellos tiempos al respecto y hacen un gran abuso de la cauterización por el fuego.

Después del renacimiento de las letras se publicaron muchas obras que se ocupaban de los abscesos y en especial de su tratamiento, como las de Mariano Santo, Marco Aurelio Severini, Lambert, Meibom, Sthal, Goldbeck, David, y últimamente Hunter, Petit, Poncet, Langembeck, Cooper y muchos otros.



ALGUNAS CONSIDERACIONES REFERENTES Á LOS ABSCESOS FRÍOS NO TUBERCULOSOS

Se llama absceso á toda colección líquida constituida por pus y que determina una cavidad en los tejidos en medio de los cuales se desarrolla.

Los abscesos se dividen en calientes y fríos. Para definir los abscesos calientes debemos agregar á la definición de abscesos en general, las siguientes palabras: y cuya formación relativamente rápida, va acompañada de francas manifestaciones inflamatorias, es decir, dolor, rubor y temperatura.

En cuanto al absceso frío podemos definirlo diciendo que es una colección líquida constituida por pus, que habiéndose desarrollado insidiosamente y lentamente, es decir, sin dolor, rubor ni temperatura mayormente apreciables, determina una cavidad en los tejidos y tiene como agente patógeno al bacilo

de Koch ó al estafilococo, estreptococo, neumococo, etc., de virulencia atenuada.

Los agentes patógenos que pueden provocar la formación de los abscesos pueden ser los mismos, en una y otra clase, siendo el grado de virulencia de ellos, en general, lo que determinará que un absceso sea caliente ó frío; pero no debemos olvidar que el agente sumamente frecuente de estos últimos es el bacilo de Koch.

De un artículo publicado por Mauclair en la «Gazette des Hospitiaux» en el año 1894, extractamos lo siguiente:

Se trataba de una niña, que á la edad de 13 años había tenido un flemón del pie izquierdo con linfangitis. Poco después se manifiesta una osteomielitis del quinto metacarpiano izquierdo, á consecuencia de la cual fué expulsado un secuestro. A la edad de 15 años artritis del hombro izquierdo, que desaparece con puntos de fuego. Bien pronto después hay contractura de los músculos del brazo y antebrazo y osteomielitis subaguda de la extremidad inferior del húmero. Trepanación del hueso, curetaje de un absceso intramuscular del braquial anterior; el pus del absceso intraóseo y el del absceso muscular contiene estafilococo dorado.

Un mes después de la operación se constata sobre la parte anterior del tórax, bajo el gran pectoral, un pequeño tumor, fluctuante, indolente y del

volumen de una avellana, este pequeño absceso existe desde un año atrás, una punción no puede evacuar el pus que es muy denso.

Cuatro meses después la enferma señala, dice Walther, un nuevo tumor que se había desarrollado lentamente en el brazo izquierdo; es éste un absceso que se sitúa profundamente bajo el borde posterior del deltoides. Estos dos últimos abscesos fueron abiertos. El anterior que se situaba bajo el gran pectoral, era bien independiente de toda lesión ósea, el pus era muy espeso y como gelatinoso, la pared del absceso estaba formada de una capa dura, fibrosa y espesa, análoga á la pared fibrosa de envoltura de los viejos abscesos fríos tuberculosos. Estos dos abscesos contenían el estafilococo dorado.

Dos meses más tarde, aparición de un nuevo tumor entre la cara externa del fémur izquierdo, á cuatro centímetros por encima del cóndilo; en la operación se encuentra una masa de fungosidades de aspecto mixomatoso que no se adhiere sino á un punto muy limitado de la pared; éstas estaban humedecidas por un líquido filante, viscoso, ligeramente opalescente; pero no había verdadera colección de líquido en la cavidad. Las paredes estaban constituidas por una capa fibrosa muy dura, de seis á siete milímetros de espesor, confundidas en la periferia con la aponeurosis del triceps y con el periosio espesado en una cierta extensión y no presen-

tando ningún orificio que condujera á un punto óseo desnudo; la cara interna de la pared no estaba tapizada de una membrana análoga á la que encontramos en los abscesos fríos, era formada por tejido fibroso, menos en el punto en el cual se adherían las fungosidades. El examen bacteriológico hecho por Netter ha demostrado la presencia del estafilococo dorado y del estafilococo blanco. El examen histológico hecho por Pillet, demostró que las fungosidades estaban infiltradas de pus en todo su espesor; ninguna célula gigante, ni foco inflamatorio había que recordara la tuberculosis; el aspecto de las fungosidades recordaba mucho al de los botones carnosos en plena supuración; en cuanto á la naturaleza filante del líquido parecía ser debida á la liquefacción de los elementos conjuntivos. En este tercer absceso, se trata entonces de una forma más atenuada de la infección por el estafilococo. No se trata, como en los primeros abscesos, de una lesión que evoluciona sin provocar ninguna reacción general, ninguna reacción local, verdadero absceso frío no tuberculoso. En éste el foco no tenía ningún carácter de absceso, era una cavidad de pared fibrosa muy espesa, llena de una masa exuberante, de fungosidades de aspecto mixomatoso. Pero no olvidemos que existen ciertos abscesos fríos tuberculosos ó mejor, ciertos tuber-

culomas no licuados que tienen este aspecto característico.

Bertoye había dado á conocer anteriormente un caso muy interesante de infección crónica por el estafilococo dorado, que había provocado sobre todo el cuerpo la aparición de pequeños abscesos, teniendo todos los caracteres de los abscesos fríos. Se trataba de una niña que, á la edad de quince años, ve desarrollarse en el brazo una tumefacción limitada, aumentando progresivamente de volumen y llegando hasta el tamaño de una nuez, sin dar lugar á ningún cambio en la coloración de la piel, ni á dolor local, ni siquiera á reacción general apreciable. Dos meses después de su principio este tumor se abre espontáneamente y deja derramar una cucharada de un líquido homogéneo, amarillo y sin grumos; se forman tres fistulas y el absceso persiste dos años sin eliminar sequestro alguno. La cicatriz que quedó no era adherente al esqueleto. Al mismo tiempo se desarrolla en el lado opuesto otro absceso, á ocho centímetros por debajo del epicóndilo, se abre y supura un año. Al mismo tiempo también se desarrollan otros quince ó veinte abscesos, que presentan el volumen de una nuez pequeña ó más, y dan lugar, cuando ellos se abren, á la salida de un líquido análogo durante algunos días ó meses. En fin, tres años después de la aparición de estos últimos abscesos, se forma un absceso costal

á evolución lenta, progresiva é indolora; el hueso en este punto no está aumentado de volumen, ni denudado. Da un pus blanco, fluido, homogéneo, sin grumos y conteniendo el estafilococo dorado.

Seguramente se trata de un caso análogo al de Walther, á pesar de que las pruebas bacteriológicas son poco demostrativas. Añadamos también, que en este caso el absceso osifluente de las paredes torácicas se había desarrollado como un absceso frío tuberculoso. Y Rodet, que había hecho el examen bacteriológico, concluye con razón que el estafilococo puede determinar en los huesos y en los otros tejidos y en particular en la piel, las supuraciones crónicas sin reacción general ni local notorias, en una palabra, una enfermedad á forma atenuada. En estos casos, dice Rodet, se trata comunmente de estafilococo blanco.

Roger más recientemente ha referido un caso de absceso frío á estafilococo dorado. Se trataba de una pequeña niña de seis años que presentaba sobre los tegumentos un gran número de pequeños tumores análogos á los abscesos fríos tuberculosos ó á los gomas tuberculosas. Su volumen variaba del de una lenteja al de una nuez; á su nivel, la piel era normal ó ligeramente adelgazada y violácea. Estos tumores eran dérmicos y no adherentes á la piel. Ellos eran, sobre todo, abundantes en la cara anterior del antebrazo, en donde se encontraban doce

en el derecho y diez y seis en el izquierdo. Había tres sobre la parte ántero-superior del tórax y dos sobre las partes laterales. Estos tumores eran los unos duros, los otros semi-fluctuantes; punzándoles se encontraba en todos, aun en los más pequeños, algunas gotas de un pus blanco y cremoso.

Estos abscesos habían empezado lenta é insidiosamente, cinco semanas antes de la entrada de la pequeña enferma al Hospital. En ningún momento ha habido fenómenos febriles, por lo demás, al nivel de los abscesos, no se encuentra ningún signo de reacción inflamatoria: Estos eran casi verdaderos abscesos tuberculosos fríos. La enfermita estaba caquéctica, sin causa apreciable, la apirexia era casi completa, pero la enferma no tarda en sucumbir.

El examen bacteriológico demuestra que es el estafilococo dorado el causante de las lesiones; habiendo provocado una afección á marcha lenta mientras que inoculado á los conejos se muestra muy virulento. En el cobayo determina la formación de abscesos á marcha lenta, casi crónica. En el conejo la inoculación determina edemas extensos y rápidamente mortales. Roger llega á la conclusión de que el estafilococo dorado puede determinar en los animales la septicemia, las supuraciones, las gangrenas, los edemas muy extensos y rápidamente mortales. En el hombre puede determinar los abscesos fríos. Preguntándose, por qué el organismo

ha reaccionado en una forma insólita en presencia del estafilococo dorado, piensa que esta evolución especial puede ser atribuida, ya á un estado particular del microbio, ya á un estado particular del terreno sobre el cual evoluciona. Esta segunda hipótesis es la más satisfactoria dice él, porque el rol del organismo en patología infecciosa, una vez invadido éste, es más importante que el rol del agente invasor. Es lo mismo que Appert ha demostrado en su tesis.

Herman experimentando con el estafilococo blanco, ha igualmente estudiado la influencia de las variaciones del terreno orgánico, sobre la acción de los microbios piógenos. Admite que existe para cada animal y para cada tejido una cierta dosis mínima de cultura del microbio, capaz de producir un absceso por inoculación, y que él llama *coeficiente de supuración*.

Maclaure ha observado también un hecho clínico que se relaciona con los anteriores, sin examen bacteriológico, y que á pesar de esto merece ser relatado: En un adulto que presenta en la nuca dos ó tres pequeños forúnculos, se produce en un punto de la región glútea, un derrame subcutáneo de líquido, probablemente purulento, porque la presión era muy dolorosa. No había ninguna alteración de la piel en la superficie. Después de dos meses este absceso se reabsorbía sin ser abierto hacia afuera.

Por analogía Maucelaire piensa que se trata en este caso de un absceso frío á estafilococos.

La infección á estafilococo dura largo tiempo en la economía y los accidentes tardíos pueden ser representados por lesiones atenuadas y de sitio diverso. Así Lannelongue en una de sus conferencias de los Miércoles, presenta en el Hospital Trousseau, una enferma que después de una osteomielitis del raquis, de las más graves, tiene más tarde abscesos en la nuca, probablemente determinados por el estafilococo; éste después de un primer ataque infecta á perpetuidad el organismo.

¿El estreptococo puede dar lugar á las supuraciones frías? El hecho es posible, puesto que Arloing en 1884 señala el hecho de que las inyecciones de estreptococos de débil virulencia engendran, cuando son depositadas en el tejido conjuntivo, numerosos abscesos, así como también en el sistema muscular.

Dor, en su Tesis, señala igualmente las infecciones crónicas consecutivas á la infección crónica á base de estreptococos, en el sistema muscular. Este mismo autor da á conocer, también, casos de infecciones crónicas por el carbunco, por el microbio de la neumo-enteritis de los cerdos, por el estafilococo, etc.

Estos y otros casos más, nos demuestran que el

estreptococo, que invade fácilmente las cavidades serosas, pleura, peritoneo, etc., partiendo del tejido celular, tiene más que todo, tendencia, según las experiencias, á determinar lesiones más comunmente agudas que crónicas en su principio.

Achalme, en su tesis, señala la presencia de ciertos casos de abscesos caseosos en la base de la oreja de los conejos, á los cuales había inoculado una cultura de estreptococos. Este hecho no debe mayormente llamarnos la atención, porque en este animal, que desde el punto de vista de la supuración no reacciona como el hombre, las supuraciones caseosas son muy frecuentes. Mauclair lo ha observado en experiencias sobre las artritis supuradas.

Poco después, Achalme, insiste sobre las formas circunscriptas de las complicaciones flegmonosas que sobrevienen en el período de declinación de una erisipela. Se forman abscesos, y lo que hay de curioso en la evolución de éstos, es la ausencia total de reacción general y local, á partir del momento de su colección. Ellos pueden pasar desapercibidos, y es entonces, largo tiempo después, un mes ó más, que haciéndose más superficiales tienden espontáneamente á abrirse al exterior. Su evolución, dice Tillmann, se hace como la de los abscesos fríos, lentamente y sin reacción. En dos casos Tillmann les ha visto reabsorberse. En un caso Achalme ha vis-

to un cierto número de estos nódulos flegmonosos desaparecer, aun después de haber constatado su fluctuación.

Por último, Achalme no describe un caso de erisipela crónica d'emblée, determinada por estreptococos?

Todos estos hechos y otros recientes, nos demuestran que el estreptococo puede, como el bacilo de Koch y otros, determinar la formación de abscesos subcutáneos que en su evolución presentan una marcha fría y crónica d'emblée, en pocos casos por supuesto, pero bien observados é interesantes.

El bacilo de Eberth puede igualmente dar lugar á supuraciones frías simulando lesiones análogas debidas al bacilo de Koch.

Melchior, citado por Chantemesse y Widal, ha dado á conocer el caso de un niño de once años de edad que, durante la convalecencia de una fiebre tifoidea, presenta desde luego muchos focos óseos de osteomielitis. Pasados siete meses de su fiebre tifoidea se ve desarrollar un absceso en la pierna izquierda, después otro en la cara interna de la tibia derecha; el primero era un absceso puramente muscular, mientras que en el fondo del otro se sentía el hueso denudado. El niño entra al Hospital, y

durante su estadía se desarrolla un nuevo absceso que aumenta de volumen muy lentamente como los anteriores. Sin síntomas mórbidos acentuados, sin fiebre ni repercusión en el estado general, sin traumatismo previo, parecido en un todo al absceso frío de naturaleza tuberculosa. En el pus de estos abscesos, que duran largo tiempo en desaparecer, á pesar de las intervenciones quirúrgicas, se constata el bacilo de Eberth bien característico.

Chantemesse y Widal, y sobre todo su discípulo Dehu, han insistido sobre los abscesos subperiósticos que se desarrollan por lo común, largo tiempo después de la fiebre tifoidea y siguen un proceso esencialmente crónico. A veces, la supuración subcutánea hace cuerpo con el hueso, y en otros casos ella se encuentra más ó menos alejada de la lesión ósea. Cuando el hueso es superficial, la relación entre el absceso y el foco óseo es fácil de distinguir; pero cuando el hueso está más profundamente situado, el origen óseo puede ser difícil de despistar. El diagnóstico puede ser aclarado entonces, siempre que en el fondo del absceso se sienta el hueso desnudado, en su defecto la duda puede persistir entre él y un absceso puramente muscular.

La cantidad del pus reunido de estos abscesos fríos sintomáticos, tifóidicos, subperiósticos, musculares ó subcutáneos, puede variar de algunas gotas á un cuarto de litro. Es en general cremoso,

bien unido, de coloración blanca ó amarilla é indoloro. Puede ser también espeso, parduzco, coloreado por glóbulos rojos.

Saboia ha descripto los abscesos frios palúdicos. Su primera observación se refiere á un enfermo que, algún tiempo después de la curación de sus ataques de paludismo, ve desarrollarse varios tumores fluctuantes; uno á lo largo de la cara interna del brazo derecho, otro por debajo de la clavícula, y el tercero por debajo del omóplato; todos los caracteres de los abscesos frios se encontraban en éstos, porque ellos no ofrecían ninguno de los signos que acompañan siempre á los estados flegmonosos, ni enrojecimiento, ni calor, ni dolor. Contenían pus amarillo espeso. Después que fueron abiertos estos abscesos, aparecieron otros dos en el brazo izquierdo que fueron también abiertos; después otros tres abscesos se desarrollan; este hecho se renueva muchas veces, y en el espacio de 36 á 48 horas, se forman nuevas colecciones purulentas, algunas grandes como un puño, sin determinar la menor reacción, sin ser acompañados de rubor, ni dolor, ni calor y sin fiebre. Este enfermo presenta 28 abscesos semejantes. Dice Saboia haber observado tres casos análogos á este y afirma que no se trata en estos casos de piohemia. Al examen bacteriológico en-

encuentra microbios análogos á los de la malaria. Los abscesos son casi siempre subcutáneos y rara vez sub-aponeuróticos, siguiendo en su gran mayoría los trayectos de las redes linfáticas.

Interpretando las publicaciones de Saboña, Lannelongue emite la idea de que por fuera de la tuberculosis, existen variedades diversas de colecciones purulentas, de diverso origen; en una palabra, que á más de los abscesos fríos tuberculosos, existen otros que, con idénticos caracteres, no lo son sin embargo de la misma naturaleza, es decir, bacilos de Koch. Al presente está perfectamente comprobada por bases incommovibles esta idea de Lannelongue.

Las consideraciones de Lannelongue sobre los casos de Saboña, no pretenden, por lo visto, precisar el carácter verdadero de los gérmenes que hayan producido los abscesos fríos que describe, y que cree producidos por el hematozoario, encontrado según Saboña en el pus. Es sabido que el hematozoario de Laverán y los gérmenes palúdicos en general, habitan el torrente circulatorio en el momento del ataque, quedando alojados en el sistema linfático y médula ósea, en los instantes de acalmia; podría, en consecuencia, presumirse que los enfermos de Saboña tuvieron como etiología de su dolencia, algún otro germen, sea por ejemplo: un coccideo, ó alguna lesión micósica que al microscopio

pio, sobre todo el primero, podría hacer pensar en alguna de las transiciones morfológicas porque pasan los elementos palúdicos.

El neumococo puede igualmente determinar lesiones crónicas supuradas, es decir, abscesos fríos.

En lo que se refiere á la observación de abscesos agudos subcutáneos el hecho es también cierto y más común. Hablan en favor de esta aserción los casos comunes de los neumónicos, como el caso que relata Lemiére, de que á consecuencia de una inyección subcutánea de cafeína se ve desarrollar un absceso agudo á neumococos.

En cuanto á las supuraciones crónicas á neumococo, la literatura médica registra como único caso el publicado por Condamin que por ser el único merece ser estudiado y observado en detalle.

Se trata de un adulto de 27 años de edad que presenta lesiones de una otitis gripal con supuración. Al mismo tiempo se desarrolla un absceso en la región dorsal de la mano izquierda con tumefacción difusa muy limitada. Esta colección fué abierta al termocauterio; tres días después el absceso estaba curado, pero al mismo tiempo, se producen otros más circunscriptos en el brazo del mismo lado y en el del lado opuesto, después otros en los dos miembros inferiores. Condamin cree desde luego

estar en frente de una piohemia como las que se encuentran á consecuencia de ciertas otitis y esto con mayor razón puesto que el enfermo presenta escalofríos y un estado general muy grave. No había grandes oscilaciones en la temperatura. Todos estos abscesos no aparecen sino sucesivamente, siendo siempre subcutáneos. Existen quince á diez y ocho y evolucionan casi todos en la misma forma.

Al principio se constata una simple tumefacción alrededor de un punto indurado, recordando muy bien á un goma subcutáneo, después poco á poco la induración disminuye, el enrojecimiento aumenta, la fluctuación aparece y por lo común no pasa del volumen de un huevo de paloma. Lo que caracteriza á estas colecciones purulentas, es su evolución insidiosa, sin vivo dolor, en suma, en la misma forma que los abscesos tuberculosos. El pus es muy espeso, amarillo, sin olor; presenta á veces detritus que recuerdan al contenido de los forúnculos. Por otra parte, tiene poca tendencia á la difusión. Una simple punción evacuadora cura estos abscesos. Si no se les abre se vuelven muy dolorosos sin aumentar por esto de volumen y otras colecciones se producen con fiebre elevada.

Lo que caracteriza á estos abscesos es entonces, su indolencia y su tendencia á la curación, desde que una punción al termocauterio permite la evacuación del pus, y es también su multiplicidad.

Analizados estos casos relacionados por Mauclaire, como abscesos fríos á neumococos, nos encontramos con el enfermo de Condamin, el cual hasta parece, hubiera padecido algún error de transcripción como que en los antecedentes del enfermo no existe la neumonía como enfermedad inicial, sino una otitis gripal y no se ha hecho ó no se menciona el estudio bacteriológico del pus, que faltando el antecedente de la neumonía, daría las seguridades del diagnóstico.

En cuanto á los enfermos de Naunotti, son susceptibles de la misma crítica, por no mencionar su investigación bacteriológica ó cultural.

El grupo de los abscesos crónicos á hongos, *abscesos micósicos*, representa un grupo de abscesos fríos muy interesante por la novedad de su estudio y por su importancia práctica.

El primero que se ocupa de ellos es Schenk. Pero es á los trabajos de la escuela francesa y en primer lugar á los de Bourmann y Gougerot, que pertenece el honor de haber clasificado estas micosis y de haber establecido su importancia clínica. A ellos es á quien debemos los actuales conocimientos que sobre la esporotricosis tenemos como también á Widal, Abrami, Monier-Vinard, Brissaud, Rathery, Sicard, Bith, Brocq, Face Vaucher y entre nosotros

han hecho publicaciones al respecto los Dres. N. V. Grecco, P. L. Baliña y A. Marcó del Pont y Tomás M. González.

Enfermedad desconocida hasta hace pocos años, ó mejor, confundida con las manifestaciones sifilíticas ó tuberculosas y caracterizada por abscesos pertinaces subcutáneos ó gomas múltiples diseminados que sufren un proceso de reblandecimiento después de 5 á 6 semanas.

Estas lesiones se deben á un hongo llamado por Smith *sporotrichum*. Las especies bien diferenciadas que se conocen de este hongo son: el *sporotrichum Schenki*, que ha sido observado en dos casos de linfangitis gomosa; el *sporotrichum Dori*, encontrado una sola vez por Dor, y el *Beurmani*, al que se le atribuye todos los casos de esporotricosis observados por Beurmann y Gougerot, Nattan, Larrier y Loeper, Monier, Vinard y otros. Algunas veces se han confundido en una sola especie el *sporotrichum Schenki* y el *Beurmann*; pero Beurmann no acepta tal unión y para ello describe cada uno de los parásitos con sus particulares caracteres específicos.

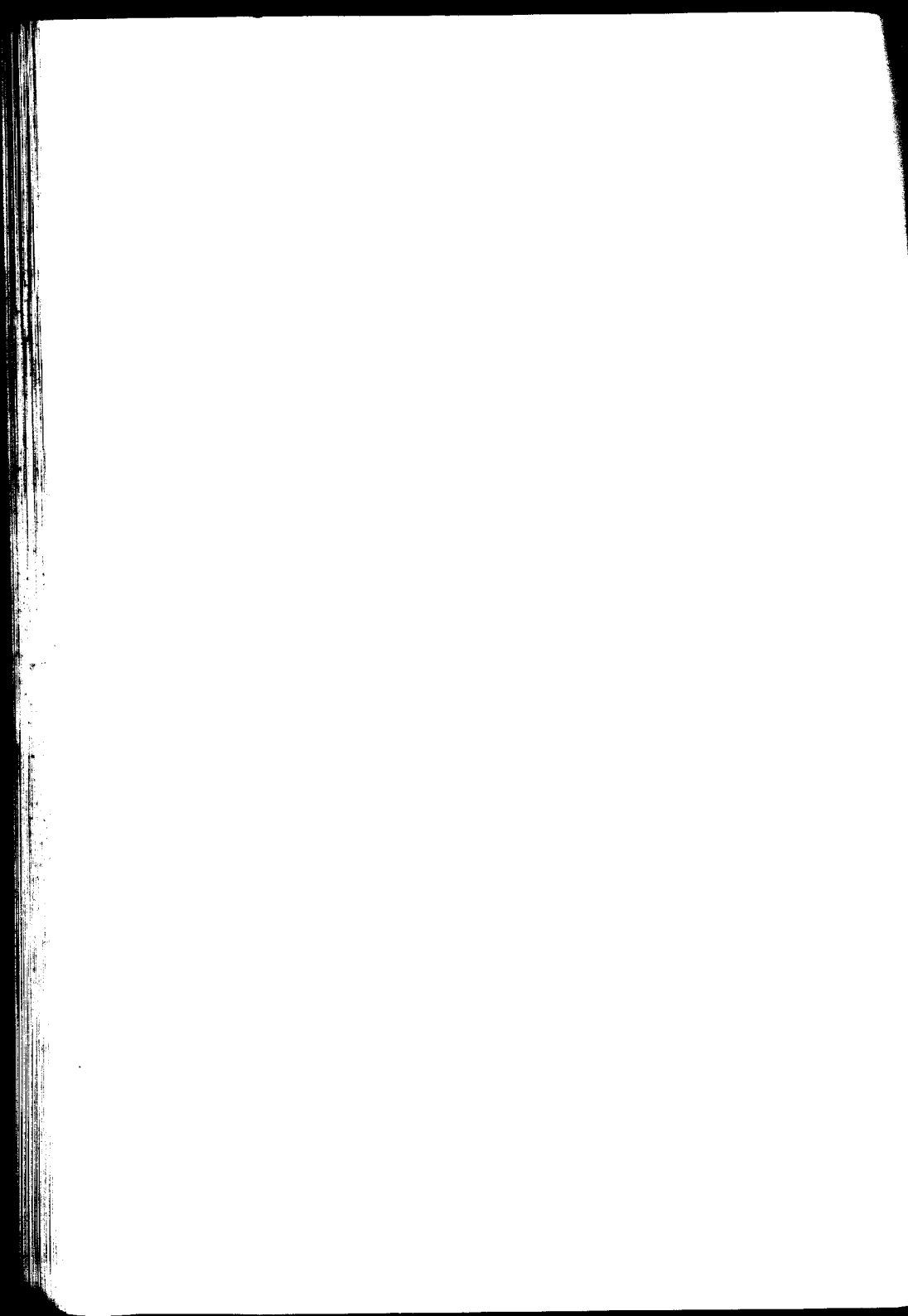
Estos parásitos pueden localizarse en las mucosas bucal, faríngea y laríngea y producir gomas musculares, dermatitis papulosas y vesiculosas, osteítis, gomas mamarios, sinovitis y adenitis.

Los *sporotrichum* que hemos mencionado se diferencian entre sí por caracteres bien netos (*Beur-*

mann y Gougerot): El *Beurmani* se cultiva de preferencia á treinta grados, y con mucha dificultad á treinta y ocho grados de temperatura; forma colonias rápidamente pigmentadas, tomando un color violeta ó negro; se desarrolla con facilidad en la gelatina, al microscopio aparece constituido por un grueso micelio de dos micrones de ancho, con filamentos entrelazados y con numerosas esporas. Para las ratas se preseta virulento. El *sporotrichum Dori* se cultiva á 37°, no progresa su crecimiento después del tercer día en las colonias donde se desarrolla fácilmente; son de un color parduzco en agar-maltosado, no llegando á negras jamás; en la gelatina no se desarrolla. Al examen microscópico se los ve constituidos por finos filamentos, cinco decimas á un micron de ancho, con elementos redondeados y articulaciones cortas. Es probable que estos elementos redondeados sean las esporas dispuestas en montones y de donde irradian filamentos. Es muy poco ó en nada virulento para los animales, y por último, el *sporotrichum Schenki*, que se cultiva con facilidad á 38°, dando colonias poco coloreadas que presentan surcos convergentes á un centro; se desarrolla en gelatina. Al microscopio está constituido por micelio grueso de dos micrones de ancho con filamentos dispuestos en haces curvos y con muy pocas esporas. Es poco virulento para la rata.

La esporotricosis es, casi siempre, una enfermedad de la piel á donde afecta diversos caracteres; así tenemos una forma tuberculóidea en que se ven úlceras diseminadas en su superficie, y que tienen la apariencia de gomas tuberculosos abiertos y fistulizados, á evolución lenta é insidiosa, indoloros, con bordes violáceos, adelgazados y acompañados de una cicatriz tardía, irregular ó en forma de ostrella. La forma sifiloide caracterizada por gomas también diseminados, hipodérmicos y dérmicos y que evolucionan hacia la reabsorción por la acción del tratamiento yodurado ó hacia el absceso y la fistula. La forma subcutánea gomosa á focos múltiples, formada por numerosas nudosidades subcutáneas, por lo común en gran número, no tienen una localización especial y aparecen progresivamente en algunas semanas. Su principio está caracterizado por formación subcutánea de un pequeño nódulo redondeado, duro é indoloro, poco á poco éste adquiere mayor volumen y se adhiere á la piel; después de cuatro á seis semanas se reblandece y termina en el absceso. Llegado á este estado sin haber actuado para nada en el estado general del enfermo, se inmoviliza, lo que constituye su característica (Beurmann y Gougerot). Espontáneamente no se abren, pero si se les incinde pueden formar úlceras redondeadas de carácter sifiloide. Los yoduros los hacen reabsorber en poco tiempo (15 á 50

días). Si el goma se desarrolla en el dermis, su evolución es más rápida; los nódulos berrugosos superficiales confluyen en placas rojizas y mamelonadas, después se reblandecen y forman erosiones irregulares á fondo amarillo.



**ALGUNAS CONSIDERACIONES
REFERENTES Á LAS MANIFESTACIONES EXTRAPULMONARES
DEL NEUMOCOCO**

Las manifestaciones extrapulmonares del neumococo se prestan á algunas consideraciones referentes al estado en que se encuentra el sujeto, como también referente al orden de su frecuencia.

Estas manifestaciones pueden sobrevenir en momentos muy diversos de la enfermedad principal; ellas pueden, en efecto, preceder á la neumonía en muchos días, aparecer al mismo tiempo que ella, sobrevenir durante el período de estado, en plena convalecencia, y por último, manifestarse fuera de toda neumonía.

Para el primer grupo tenemos la laringitis pseudomembranosa, la angina simple, la otitis media, la meningitis, las artritis supuradas que han precedido en varios días á la neumonía.

Los casos en los cuales el principio de la neumonía va acompañado de una manifestación extrapulmonar de ésta, son más numerosos, podemos citar: la meningitis, la otitis, la pleuresía.

Más frecuentes aún son los casos de complicaciones que aparecen en el curso de la neumonía, en su período de estado, del cuarto al noveno día, y son en su mayor parte pleuresías, otitis, meningitis, pericarditis, etc.

La neumonía puede evolucionar en una forma regular como ha sucedido en la observación clínica que expongo, y una defervescencia legítima marcar en apariencia su fin. Aunque lo que sucede está muy lejos de ser frecuente, se observa, á veces, que la apirexia no es definitiva, y después de un tiempo variable aparecen los signos de una determinación neumónica nueva, una pleuresía, una endocarditis, una otitis supurada.

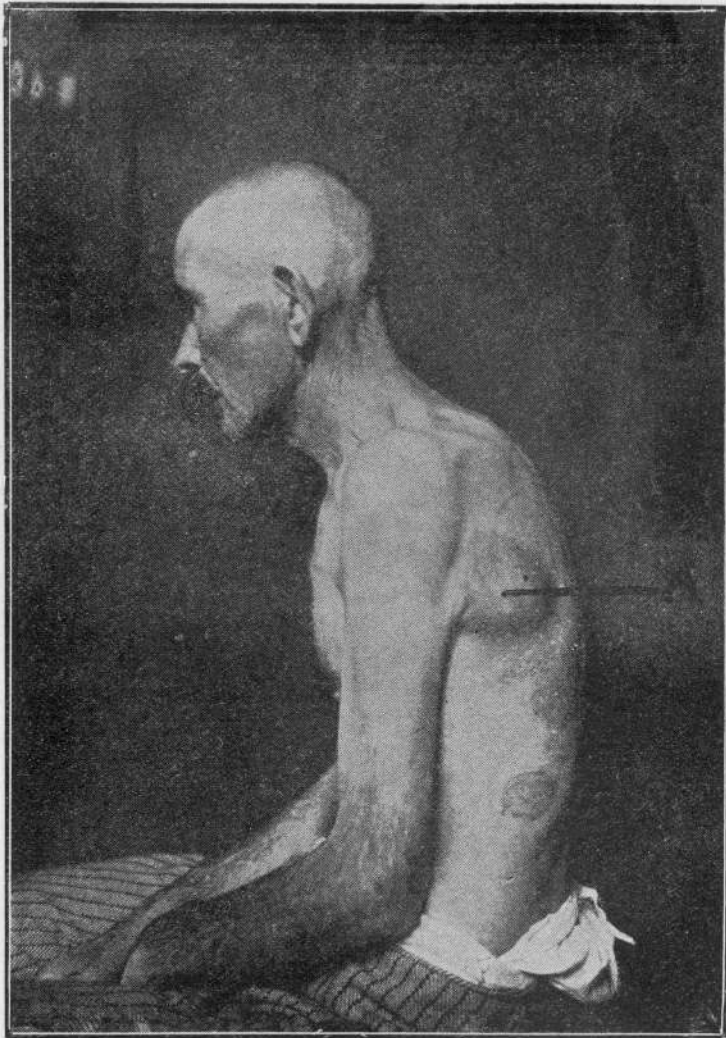
Y por último, conocemos numerosos ejemplos, hoy día, de manifestaciones neumocócicas primitivas que no han sido acompañadas ni precedidas de neumonía. Estas pueden existir al estado único ó combinarse: pleuresía, endocarditis, otitis, meningitis, peritonitis, etc.

Estas diversas manifestaciones extrapulmonares de la neumonía presentan un carácter común que deben, sin duda alguna, á las propiedades particu-

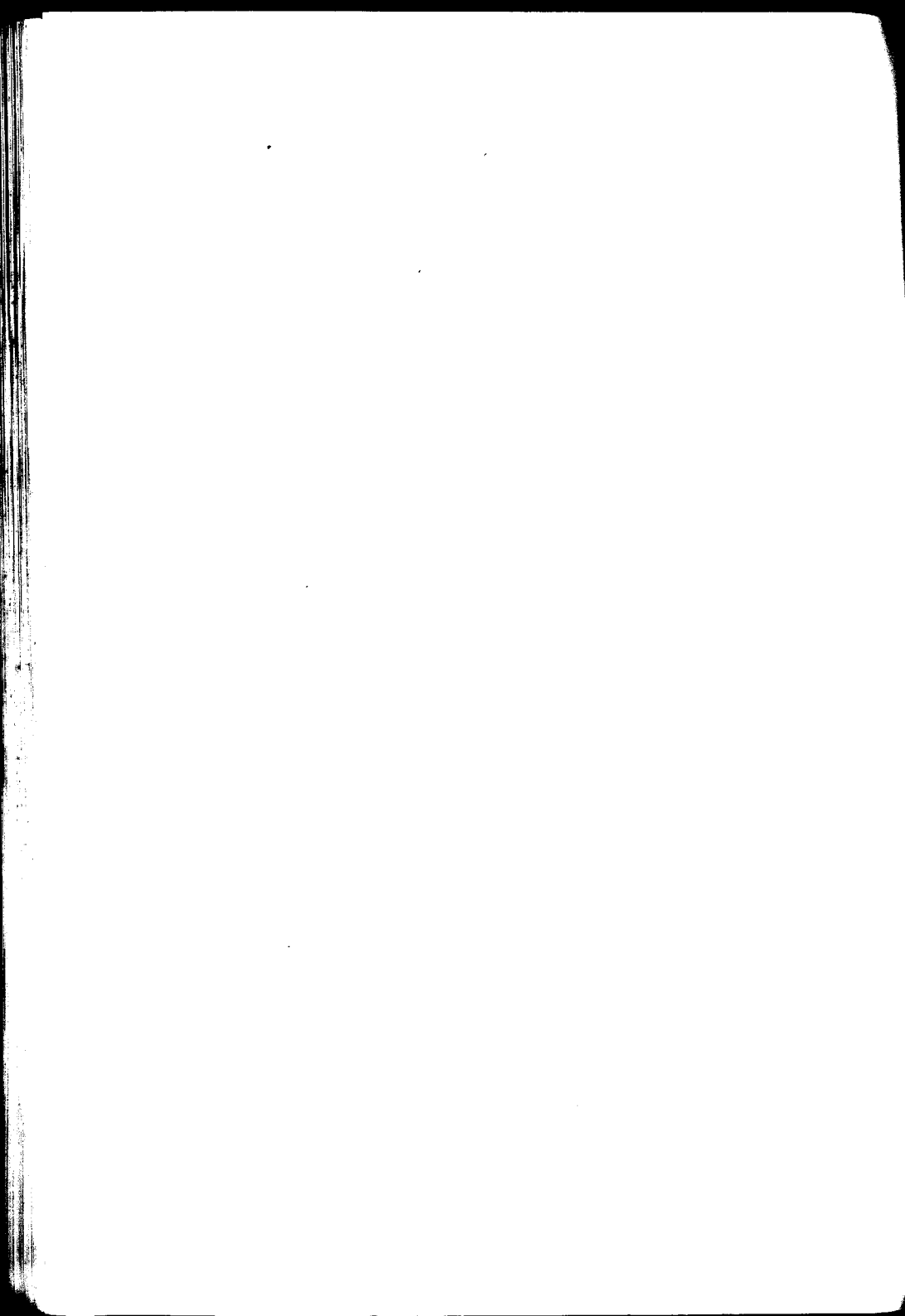
lares del agente que las engendra, y es, su relativa benignidad.

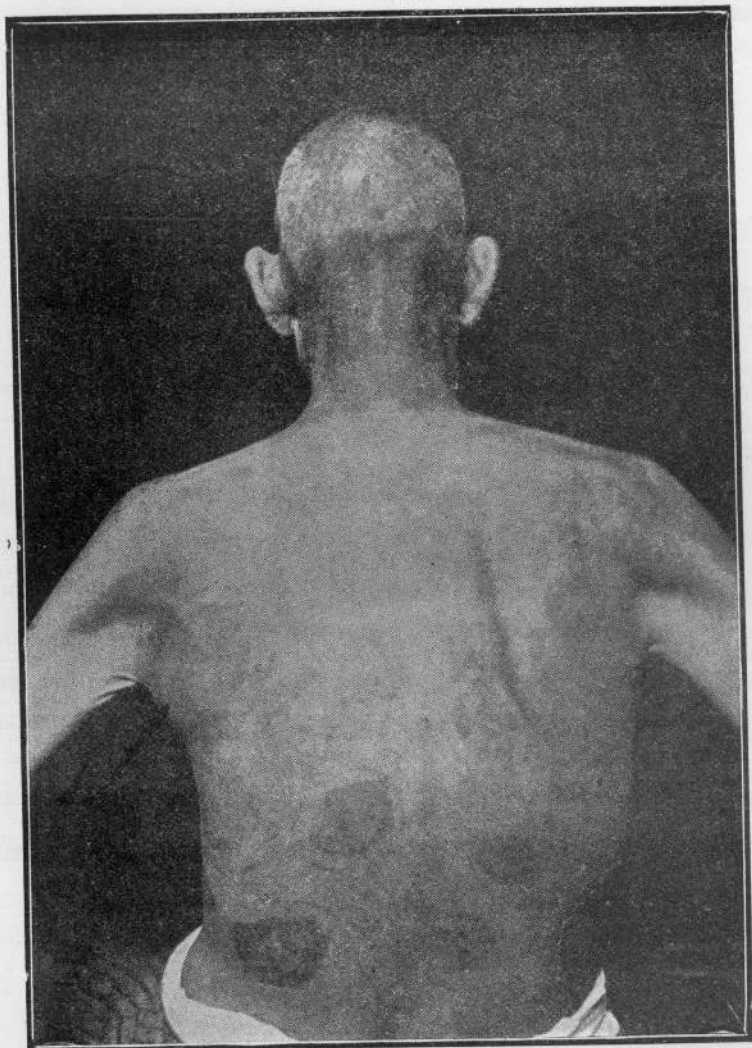
En cuanto á su orden de frecuencia, sabemos que el germen emigrando fuera del tejido pulmonar puede llegar á órganos vecinos ó alejados, por continuidad, por vía linfática ó por vía sanguínea. Las más frecuentes localizaciones extra-pulmonares del neumococo son: la pleuresía seca, tan común que se puede decir forma parte de la enfermedad principal, la pleuresía con derrame sero-fibrinoso cuyo significado es: edema pleural peri-inflamatorio (Le Damany), la pleuresía purulenta de la gran cavidad, las purulentas enquistadas. Más raro de observar son: la pericarditis, que puede ser seca, sero-fibrinosa ó purulenta; la endocarditis, generalmente vegetante, que ataca por lo común á las sigmóideas aórticas con lesiones crónicas; la peritonitis que puede ser fibrinosa ó purulenta y asociarse á la pleuresía y á la pericarditis; la meningitis cerebral ó cerebroespinal, por lo común supurada; la otitis media, la artritis purulenta; la sinovitis peri-articular y tendinosa; y por último como manifestaciones de una rareza extrema podemos citar la periostitis, la parotiditis, la metritis, la orquitis y los abscesos del tejido celular subcutáneo, por lo común, calientes, habiéndose observado fríos, muy contados casos que no han sido publicados y los pocos, como es de suponer, que han escapado á un diagnóstico.



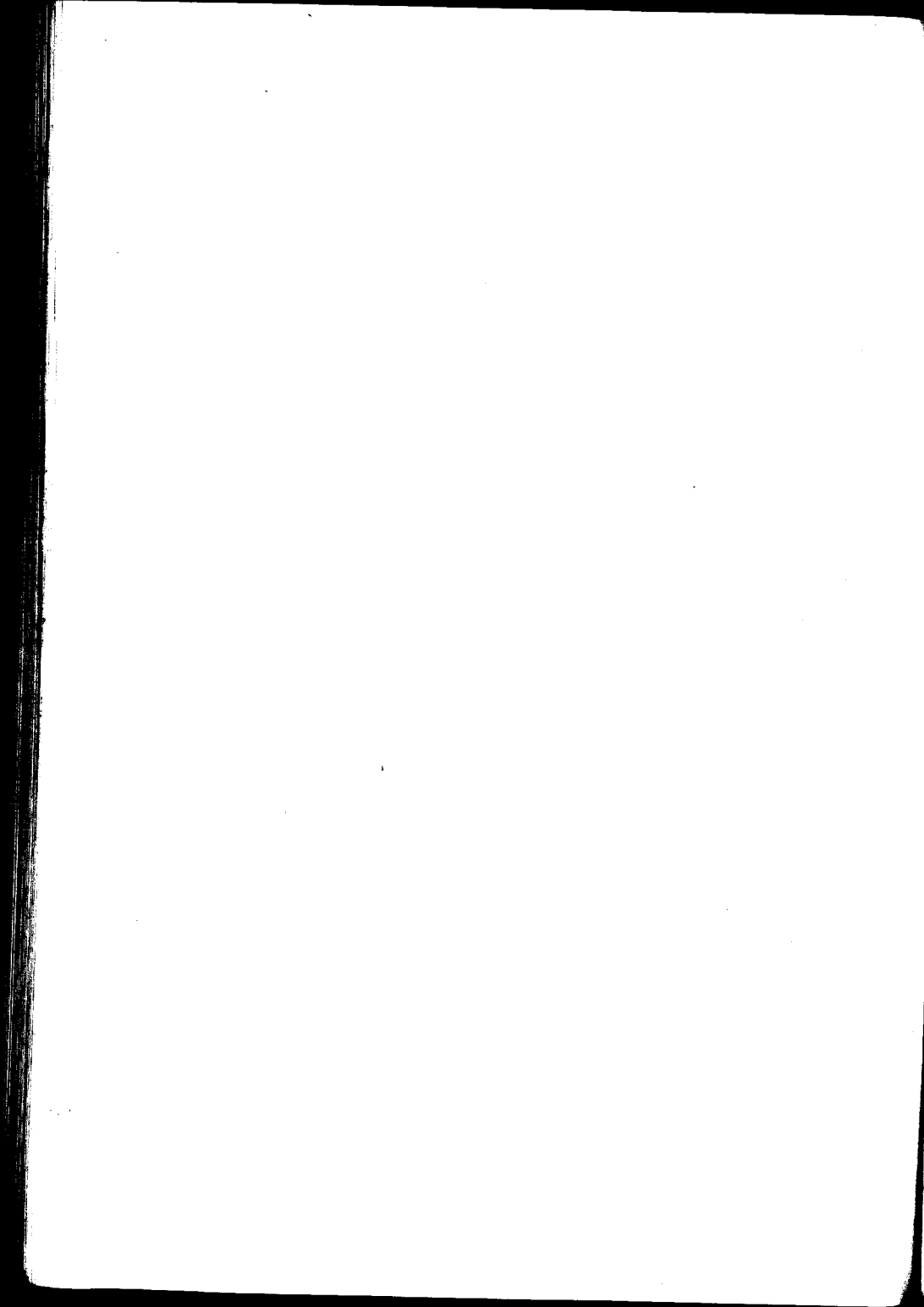


L. de P.—En A se vé la eminencia que hace el tumor (visto de costado)





El mismo (visto por detrás)



ABSCESO FRÍO Á NEUMOCOCOS

Habiéndonos movido á ocuparnos en esta tesis del *absceso frío á neumococos*, una observación clínica definitivamente comprobada como absceso frío ocasionado por el susodicho germen, creemos oportuno relatarlo *in extenso*, para agregar á continuación algunas observaciones pertinentes.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL PROF. DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Observación Clínica del Dr. J. Leyro Diaz

Lúcas de Pinto, 44 años, italiano.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—No ha tenido enfermedades infecciosas, reumáticas ni venéreas. Es fumador y con hábitos alcohólicos moderados.

Concurre al Consultorio de Cirugía el 24 de Fe-

brero de 1915, manifestando que en la mañana del 2 de Enero del corriente año, se modificó la excelente salud, que hasta ese instante tenía, por fenómenos tan inesperados como intensos, que lo obligaron á guardar cama.

Experimentó, dice: Un franco malestar general dentro del cual hubiera sido inútil señalar una región ú órgano principalmente modificado, así las cosas, al anochecer de ese día, una cefalalgia atroz se fué perfilando dentro de su indecisa sintomatología, que se completó horas más tarde con fuertes puntadas de costado, raquialgia moderada, franca disnea y temperatura elevadísima, á tal extremo, que culminó hasta el delirio. La puntada de costado, amenguó en los días subsiguientes, siéndole, sin embargo, dolorosas las inspiraciones profundas.

La fatiga, la fiebre, un delirio discontinuo y tos, tuvo durante siete días, al cabo de los cuales hicieron remisión los síntomas anotados, apareciendo una expectoración á esputos grisáceos.

Con todo, habiéndose reanudado la fiebre y sintiéndose decaído y molesto, ingresa á la sala VIII del Hospital de Clínicas, para beneficiarse de una asistencia que su situación económica de jornalero no le podía proporcionar.

En la sala VIII ingresa el día 11 de Enero, nueve días después de la enfermedad, ocupando la cama 17, anotándose allí el siguiente:

Estado actual.—Actitud ó decúbito. Adapta generalmente el decúbito dorsal.

Facies.—Expresiva.

Estado de nutrición.—Bueno.

Piel, tejido celular, ganglios superficiales.—Blanca; escaso pániculo adiposo; no se palpan ganglios.

Sistema muscular.—Bien.

Esqueleto.—Bien.

Ojos.—Pupilas iguales, reaccionan bien á la luz y á la acomodación, músculos oculares bien.

Boca y faringe.—Lengua saburral. Dientes mal conservados. Fauces libres.

Nariz y oídos.—Nada de anormal.

Examen del cuello.—Nada de anormal.

APARATO CIRCULATORIO

Pulso.—Frecuencia, amplitud, tensión y ritmo normales.

Aorta.—Nada de anormal.

Corazón.—Región precordial.—Nada de anormal.

Gran matiz.—Punta late en quinta costilla.

Foco mitral.—Tonos limpios.

Foco aórtico.—Tonos limpios.

Foco tricuspídeo.—Tonos limpios.

Foco pulmonar.—Tonos limpios.

Examen de los vasos periféricos.—Nada de anormal.

APARATO RESPIRATORIO

Respiración.—Disnea.

Tipo respiratorio—Costo-abdominal.

Tórax.—Bien conformado.

PULMÓN DERECHO (POR DELANTE)

Excursión.—Buena.

Vibraciones.—Algo aumentadas.

Percusión.—Sonoridad.

Auscultación.—Respiración ruda con rales secos, roncus.

Límite inferior.—Quinta costilla.

PULMÓN IZQUIERDO (POR DELANTE)

Excursión.—Reducida.

Vibraciones.—Conservadas.

Percusión.—Sonoridad.

Auscultación.—Respiración ruda con rales finos y frotos.

Espacio de Traube.—Libre.

AXILA DERECHA

Excursión.—Buena.

Vibraciones.—Conservadas.

Percusión.—Sonoridad.

Auscultación.—Respiración ruda con rales húmedos y secos, roncus.

PULMÓN DERECHO (POR DETRÁS)

Excursión.—Buena.

Vibraciones.—Algo exageradas.

Percusión.—Sonoridad.

Auscultación.—Respiración ruda, rales secos, roncus; en su base rales finos inspiratorios y expiratorios.

Límite inferior.—Undécima costilla.

PULMÓN IZQUIERDO (POR DETRÁS)

Excursión.—Reducida.

Vibraciones.—Normales en su vértice, disminuye á medida que se va hacia abajo.

Percusión.—Sonoridad en el vértice; matitez en la base.

Auscultación.—Respiración ruda en el vértice; á la altura y por debajo de la espina del omóplato, soplo intenso inspiratorio y expiratorio con rales finos y frotos: broncofonia y pectoriloquia áfona.

Límite inferior.—La matitez llega al ángulo inferior del omóplato.

Tos.—Hay.

Espustos.—Hay.

AXILA IZQUIERDA

Excursión.—Reducida.

Vibraciones.—Algo disminuidas.

Percusión.—Sonoridad.

Auscultación.—Respiración ruda, rales finos y frotos.

ABDOMEN

Forma.—Normal.

Venas superficiales.—Nada de anormal.

Palpación.—Nada de anormal.

Percusión.—Nada de anormal.

HÍGADO

Inspección de la región.—Nada de anormal.

Límite percutorio superior.—Quinta costilla.

Borde inferior.—Reborde costal.

BAZO

Palpación.—No se palpa.

ESTÓMAGO

Apetito.—Bien.

Sed.—Exagerada.

Sensibilidad.—Bien.

El día de la entrada, el análisis de esputo practicado por el Dr. Gourdy, dió el siguiente resultado: «No se observan bacilos de Kock; se observan algunos cocos piógenos, escasos neumococos y sa-prófitos.»

Debo hacer presente que todos los análisis é investigaciones de laboratorio que transcribo en este trabajo han sido hechos en el Laboratorio Central del Hospital de Clínicas, y llevan la firma, unos del Dr. Marcó del Pont, y otros del Dr. Gourdy.

El análisis de la sangre reveló.

INVESTIGACIÓN CITOLÓGICA

Glóbulos rojos.....	4.500.000
, blancos.....	8.000
Relación globular.....	1 x 563
Hemoglobina.....	85
Valor globular.....	0.94
Polinucleares.....	70.38 $\frac{0}{10}$
Linfocitos.....	28 ,
Formas de transición.....	1.66 ,

INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA

Glóbulos rojos normales.

La reacción de Wasserman practicada el día 22 dió resultado negativo.

El análisis de orina dió el siguiente resultado:

Caracteres físicos		Caracteres fisiológicos		
	Orina remitida	Orina normal	Orina por 100 Gramos	
Volumen	60	1500	Residuo sólido	37 á 48
Aspecto	turbia	limpida	Acidez en (H C I)	1.20 á 2.40
Color	ambar	amarilla	Urea	18 á 24
Consistencia	fluida	fluida	Acido úrico	0.40 á 0.50
Espuma	blanca	blanca	Cloruros en CINA.	6 á 10
Sedimento	escaso	escaso ó nulo	Acido fosfórico (P ₁₀ %)	2 á 3
Densidad á 15°	1.016	1.017 á 1.024	Sulfatos	2 á 3.15
Reacción	ácida	ácida	Azoe total	9 á 12
				En 24 horas Orina normal Gramos
				54 á 72
				1.80 á 2.10
				27 á 36
				0.60 á 0.73
				13 á 15
				3 á 4.50
				3 á 5
				13.15 á 18

Elementos patológicos		Orina remitida
Albumina	Serina por 100	no tiene
	Globulina	regular
Albumosa		mucha
Peptona		no tiene
Mucina		>
Glicosa		>
Pentosas		>
Levulosa		>
Sacarosa		>
Acetona		>
	Acido aceto-acético	
	Pigmentos biliares	
	Acidos biliares	
	Urobilina	
	Indican	
	Hemoglobina	
	Sangre	
	Escatol	
	Pus	
	Diazorreacción de Ehrlich	

Examen microscópico. — Regular células planas. — Escasos leucocitos. — Algunos cilindros granulados y mucos.

Valor globular.....	0.92
Polinucleares neutrófilos....	80.33 %
Linfocitos.....	17.80 ,
Formas de transición.....	2.66 ,

INVESTIGACIÓN BACTERIOSCÓPICA

Glóbulos rojos normales.

El concurrir al Consultorio Externo de Cirugía, según queda dicho, al principio, enviado de la sala VIII, para informar sobre un tumor que presenta en la región escapular, manifiesta que al intentar bajarse de la cama se golpeó con el respaldo de una silla en la parte afecta, experimentando un fuerte dolor que desapareció pronto sin dejar equimosis alguna. Sucedió esto el 1.º de Febrero, al mes de la iniciación de su enfermedad y 24 días antes del momento en que viene á nosotros. A los cuatro días nota una molestia ligera, tumefacción local, la que sin mayores fenómenos reaccionales, locales ó de orden general, progresa paulatinamente hasta el instante en que nos consulta con el siguiente estado actual:

Boca.—Dientes mal conservados.

Faringe amigdalas.—Bien.

Aparato circulatorio.—Corazón, tonos y silencios bien.

Area cardiaca.—Bien.

Vasos periféricos.—Nada de particular.

Espacio de Traube.—Libro.

Aparato respiratorio.—Tipo respiratorio, costo-abdominal.

Excursión respiratoria.—Algo disminuída en el pulmón izquierdo, submatitez moderada del mismo pulmón por detrás y línea axilar, presentando además á la auscultación una disminución manifiesta del murmullo vesicular y algunos rales discretos. El pulmón derecho no presenta nada digno de mencionar. El tórax, que está bien conformado, presenta una serie de equimosis por ventosas, que se le han aplicado como tratamiento.

Abdomen y extremidades.—Nada de particular.

Observado el tórax en la parte anterior no presenta accidente digno de mención, no así en la porción posterior, donde además de las señales de ventosas ya mencionadas, presenta un tumor á la altura del vértice de la escápula y hacia el borde axilar de la misma, este tumor tiene el tamaño de una naranja y la piel que lo recubre no está alterada en su coloración normal. Invitado el enfermo á practicar movimientos de sus extremidades superiores, los puede realizar, tanto activos como pasivos, sin embargo la fuerza está disminuída sobre todo en el brazo izquierdo, lado del cual el tumor está ubicado. La musculatura en general de este sujeto, tiene por otra parte esa flacidez particular de todos aquellos

que han experimentado una larga enfermedad.

Palpando el tumor se aprecia la piel que no adhiere á él, resbalando fácilmente sobre su superficie: el tumor á su vez adhiere á los planos profundos, en forma tal que al intentar moverlo, sólo se consigue mover la escápula. La superficie es lisa, netamente circunscripto y esférico, dando una franca renitencia. Dolor espontáneo no existe; la presión moderada tampoco lo despierta, provocándolo sí, la presión exagerada en un sitio preciso cerca del vértice del homóplato, haciendo pensar en la posibilidad que el hueso estuviera interesado.

Con este pensamiento, se solicita del radiógrafo de la Facultad, Sr. Cianci, que practique una radiografía, con ayuda de la cual puede apreciarse el hueso, al parecer completamente indemne.

El enfermo es atendido por el Dr. Leyro Díaz, jefe de trabajos prácticos en la clínica de cirugía del profesor Dr. Gandolfo, y al hacer las apreciaciones diagnósticas sobre el enfermo, ante el grupo de alumnos que realizaban ese día sus ejercicios clínicos, pone de relieve las circunstancias de como las enfermedades bacterianas, no obstante su localización preferente en un órgano, sin dar por eso mayores reacciones, trayendo como prueba las hemoculturas positivas en la tifoidea, precoces muchas

veces, con relación á la reacción de Widal, y refiriéndose á la neumonía en particular, las múltiples complicaciones posibles, atacando pleura, endocardio, cavidades accesorias de nariz y caja del tímpano, meníngeas, riñones, articulaciones, peritoneo, huesos etc., complicaciones realizables por la vehiculización en la sangre del germen cuya presencia puede revelarse por investigaciones de laboratorio, especialmente hemocultura en agar-sangre.

Insistió, asimismo, sobre el rol del traumatismo para la localización de un microbio circulante en la sangre, trayendo á colación detalles clínicos y experimentales, que han motivado su trabajo sobre «Flemones tardíos por cuerpos extraños» del cual transcribimos más adelante, algunas apreciaciones sobre traumatismo é infección.

Estas apreciaciones y la evolución tórpida del absceso hicieron formular el diagnóstico de absceso frío á neumococo.

Se practica una punción exploradora, que dá salida á un pus espeso y de color verdoso, entregándose al laboratorio para su análisis.

El Dr. Gourdy, manifiesta haber encontrado á la investigación microscópica y cultural el neumococo de Fräenkel en cultivo puro.

Análisis de pus de absceso frío de la espalda.

INVESTIGACIÓN BACTERIOSCÓPICA

Al exámen directo se observan numerosos diplococos lanceolados, encapsulados, que toman el Gram con los caracteres del neumococo de Fränkel.

INVESTIGACIÓN CULTURAL

Se ha hecho cultivo en agar-suero.

INOCULACIONES

Se hizo una inoculación subcutánea á la laucha. Al día siguiente encontramos el siguiente resultado:

INVESTIGACIÓN CULTURAL

Los cultivos han dado desarrollo á colonias puras de neumococos de Fränkel.

INOCULACIONES

La laucha ha muerto á las diez y nueve horas; en los preparados efectuados con la sangre se observan numerosos neumococos de Fränkel.

Vuelto el enfermo al consultorio, á los dos días de la punción, se le propone como *tratamiento*, incindirle al día siguiente, extrayéndosele ese día todo

el pus que fué posible, por haberlo solicitado el laboratorio.

Viéndose el enfermo con su absceso desaparecido, pide el alta del hospital, manifestando que volvería en caso de recidiva.

El enfermo no volvió, estando en consecuencia en la ignorancia de si curó por esa punción, ó recurrió á algún otro cirujano.

CAUSALES DEL ABSCESO FRÍO

La determinación microscópica y cultural del neumococo en el caso clínico relatado, motivo de este trabajo, nos llevaría á tratar de las características del microbio y sus lesiones, enviando por ellas á los tratados especiales para ocuparnos preferentemente de ciertas consideraciones, que si bien no resuelven en forma precisa y absoluta el porqué de un absceso frío á neumococos, justifican, por lo menos una seria presunción sobre su desarrollo; tal es la determinación del neumococo en la sangre y el rol del traumatismo en las localizaciones infecciosas, del cual el enfermo da un antecedente sugestivo.

QUÉ CIRCUNSTANCIAS FAVORECEN LA FORMACIÓN DEL ABSCESO FRÍO?

Ante todo en la formación de un absceso frío por un germen que habitualmente produce lesiones calientes, mejor dicho agudas, obedece á las clásicas, circunstancias ya mencionadas en un capítulo anterior: microbio y terreno; poca virulencia de aquél ó exageración de la resistencia de éste, prolongan los procesos, arrastrando, en términos generales, á una evolución tórpida los fenómenos comunmente rápidos.

Sentado esto y evitando repeticiones, llegamos á otra pregunta, que podemos ligarla definitivamente á nuestro enfermo. Como llegó el germen hasta el sitio donde hallamos el absceso? y así mismo, el absceso se formó allí al acaso, ó alguna circunstancia provocó en ese sitio su desarrollo?

El germen pudo llegar hasta allí por *vía linfática*, por *continuidad*, ó por *vía sanguínea*.

La *vía linfática*, como la por *continuidad* pueden sospecharse en nuestro enfermo por haber aparecido el absceso en el mismo costado de la lesión pulmonar, no obstante de encontrarse en un plano superficial como es el tejido celular subcutáneo de la escápula.

La *vía sanguínea* merece tenerse muy especialmente en cuenta, acatando así, un concepto moderno sobre las infecciones, aún las tenidas como por localizaciones en un órgano, y que la clínica y el laboratorio van presentándola de diversa manera, dado que á pesar de las manifestaciones patológicas en un órgano determinado: pulmón en la neumonia, intestino en la tifoidea, etc., la clínica observa la frecuencia de las complicaciones á distancia, y el laboratorio revela hemoculturas positivas á pesar de que las perturbaciones orgánicas parecen alcanzar á un solo órgano.

Neumococo en la sangre. — Cotoni publica, en su Tesis de París del año 1912, el resultado de la observación de 35 neumónicos, con objeto de indagar si existe siempre y en que condiciones la hemocultura positiva en estos enfermos.

Estos 35 neumónicos, constituidos por 7 niños y 28 adultos, daban á la investigación los siguientes resultados: el neumococo ha sido encontrado en la sangre de 10 enfermos; 25 veces las culturas han sido negativas; en más de un tercio de los sujetos

se han practicado durante el ciclo de la enfermedad 2 á 3 hemoculturas. Estas cifras indican una proporción débil de casos positivos; pero son el resultado de un número suficiente de investigaciones practicadas, en varias épocas del año y en días distintos de la enfermedad, para no dejar ninguna duda sobre su exactitud.

En resumen, una conclusión se desprende de las investigaciones de Cotoni: el neumococo no abunda en la sangre de los neumónicos durante la vida, él se encuentra comunmente en los casos de neumonia seguidos de complicaciones extra-pulmonares. Su presencia notada en muchos exámenes repetidos de la sangre, cualquiera que sea la virulencia para los animales, los gérmenes aislados, cualquiera que sea el cuadro clínico, debe hacer reservar el pronóstico.

Kolle y Hetsch (Bacteriología, edición italiana), trae sobre el neumococo en la sangre las siguientes apreciaciones: «La difusión de los agentes se produce en la mayor parte de los casos por medio de la corriente sanguínea, á la cual llega probablemente por vía linfática. Adoptando ciertos procedimientos, se puede demostrar la presencia del neumococo en la sangre, *aún en la enfermedad neumocócica local*. especialmente en la neumonia. Seguramente para encontrar los diplococos, estando en escaso número, se necesita transportar directamente en tubos de caldo, cierta cantidad

- » considerable de sangre extraída, y tentar de esta
- » manera su multiplicación. Si los neumococos no
- » son visibles al microscopio, se hacen culturas en
- » agar-sangre».

A continuación analizo el rol de los cuerpos extraños para localizar un microbio circulante, lo cual es posible, á pesar del estado aparente de salud del sujeto, teniendo en mi apoyo experiencias y comprobaciones cuya citación nos apartaría de nuestro objeto. Queremos solamente dejar sentado la importancia del *traumatismo* para que refiriéndonos á nuestro enfermo después de admitir la posibilidad de tener el neumococo circulando en el torrente sanguíneo, tenga su importancia en la localización del absceso y hasta en su producción, el hecho del golpe mencionado en sus antecedentes durante la estadía en la Sala VIII del hospital.

El Dr. Jorge Leyro Diaz en su citado trabajo sobre «Flemones Tardíos por Cuerpos Extraños» dice: «Conocidas son las relaciones que los traumatismos tienen en la localización de ciertas infecciones crónicas y agudas, constatadas clínica y experimentalmente; sea una lesión tuberculosa ósea ó articular que da como dato inicial, de su comienzo una contusión; sea por ejemplo, una artritis de origen traumático que por tratarse de un terreno sifilítico, se mantiene indefinidamente con los dolores típicos de las lesiones luéticas, hasta

» que rastreando la causa de tan anormal persisten-
» cia se administra el tratamiento oportuno, que con
» su maravillosa especificidad hace desaparecer los
» síntomas anormales».

«Esto en lo que se refiere a las lesiones crónicas,
» que en cuanto á las agudas, recordaremos al pasar
» la experiencia del laboratorio, tantas veces repe-
» tida, de inyectar á dos conejos por vía intraveno-
» sa un cultivo de estafilococos atenuados, produ-
» ciendo acto continuo en uno de ellos una fractura
» de un hueso de las extremidades, fractura que es
» después un foco de osteomielitis, que se inicia y
» desarrolla como tal, á la par que el otro animal,
» hace sólo una septicemia atenuada. Los homato-
» mas por contusión directa que llegan á supurar,
» ó los que son consecutivos á roturas musculares
» y experimentan igual proceso, apoyan esta teoría,
» como así mismo los que afectos de una uretritis
» gonocócica, llegan á tener una artritis del mismo
» origen, prefiriendo singularmente aquellas articu-
» laciones puestas más en juego por su profesión ó
» por un ejercicio accidental que hiciere el día ó días
» anteriores á la aparición de los fenómenos artrí-
» ticos, circunstancia que en la práctica quirúrgica
» diaria puede hallar quien quiera detenerse á escu-
» char esa relación profusa y habitualmente innoce-
» saria de los enfermos, pero que da á veces la sor-
» presa de interesantes coincidencias».

« Estas localizaciones infecciosas, analizadas en
» si, presuponen desde luego una zona mortificada,
» que es un punto de resistencia menor (*locus mino-*
» *ris resistenciæ*) y un germen, que debe llegar ahí
» por vía linfática ó sanguínea, como se trata de
» partes profundas del organismo, ó por lo menos
» que no hay efracción de la piel al iniciarse los sín-
» tomas, comunicando la parte enferma con el ex-
» terior».

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

Por lo general el enfermo se percibe de la presencia de su tumor cuando éste está en la faz de crudeza, teniendo una forma generalmente ovóidea, una consistencia más ó menos sólida y siendo por lo común indoloro. Este estado cambia algunos días después, debido á la evolución del tumor; su centro se vuelve depresible y se puede notar ya la fluctuación. Estos abscesos se forman ya sea en absoluto insidiosa y lentamente ó produciendo ligeras molestias: pequeño dolor, ó mejor, incomodidad y un pequeño aumento de temperatura local.

Son los antecedentes, en especial la existencia de la neumonía y la evolución del tumor los que, se puede decir, dan los principales datos para el diagnóstico.

Según el sitio de su ubicación el tumor podría llegar á confundirse con una hernia cuya reducción

no fuera fácil, aclarando el diagnóstico la anamnesis de la aparición y evolución del tumor y la existencia ó no de impulsión.

Los abscesos fríos tuberculosos están caracterizados por una pequeña elevación vespertina de temperatura general, no hay rubefacción, ni dolor, ni aumento de temperatura local mayormente apreciables, existen adenopatías y antecedentes tuberculosos del sujeto ó de su familia, existe también disminución del peso y de la fuerza, como así también un aspecto anémico característico en estos enfermos, y por último la punción exploradora con la intervención del laboratorio nos puede sacar de dudas en los casos difíciles.

Los quistes hidáticos pueden presentar dificultades de diagnóstico el que es aclarado por la punción.

Los lipomas, que por tener poca trama, dan á la palpación una falsa sensación de fluctuación no dan datos de neumonía, ni dolor, menos en los preocupados, tienen mucho tiempo de implantación sin modificar en nada el estado general ó local, y por último dan punción en blanco.

Cuando encontramos un empiema de necesidad, tenemos enfrente el cuadro de la pleuresía purulenta con síntomas intensos en un enfermo cuyo estado general es grave por lo común, y en último caso la presión del tumor le hace desaparecer para reapare-

cer espontáneamente ó debido á la tos ó los esfuerzos.

La osteomielitis crónica d'embèle puede acompañarse de supuración, de fractura espontánea ó de curación por hiperostosis. Tiene una marcha á evolución lenta, los dolores se atenúan por el reposo, el tumor reproduce la forma del hueso, tiene una superficie irregular y una consistencia uniformemente dura. Los rayos X y la punción pueden dar muchas luces.

En las osteomielitis sifilíticas se tendrá en cuenta los antecedentes, el resultado de la reacción de Wassermann ó el resultado del tratamiento específico como así también el resultado de la punción y de la radioscopia.

La periostitis crónica con neoformación ósea produce en cierto número de casos un dolor sordo y constante con períodos de exacerbación más ó menos agudos, en caso contrario, el examen á los rayos X y la punción pueden dar muchos datos.

En los carcinomas encontramos un tumor duro á la palpación, que nos da sangre á la punción ó bien punción en blanco y en cuyo enfermo falta el antecedente de neumonia.

Los sarcomas dan calor local, desarrollo venoso, dureza á la palpación (menos en los encefaloides), sangre á la punción ó bien resultado negativo de ésta, como así también ausencia de neumonia.

Las miositis dejan palpar un tumor sub-aponeurótico que hace cuerpo con la parte de músculo interesada, dan punción en blanco y fenómenos locales.

Las exóstosis forman masas nodulares circunscriptas, inmóviles, de consistencia ósea, dan punción en blanco y ausencia de neumonía.

Los abscesos fríos que tienen como gérmen otro microbio que no sea el de Fränkel, no presentan el antecedente de la neumonía y si el de otra enfermedad.

No debemos olvidar que una afección que debilite la resistencia orgánica favorece así la aparición de una tuberculosis local.



EVOLUCION Y ANATOMIA PATOLOGICA

Como hemos podido ver, la evolución del absceso del citado caso, se reduce á un primer período de fungosidades, que nos da una resistencia elástica, un segundo ó caseoso que presenta consistencia pastosa ó de masilla y un tercero que es el de absceso propiamente dicho, que nos da la fluctuación y que nos indica su punción y abertura.

En cuanto á anatomía patológica en el presente trabajo nada podemos decir, pues no existen estudios hechos ni nos ha sido dado hacerlos por la causa conocida.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico del absceso de nuestra observación clínica como vemos es benigno, y teniendo en cuenta la escasa virulencia de que goza el neumococo en estos casos, es fácil suponerse que su pronóstico ha de ser aún más benigno que el que corresponde á los abscesos calientes, salvo los casos de septicemia grave ó de complicaciones de otro orden.

En cuanto á tratamiento, vemos que, al parecer, en nuestro caso ha sido suficiente las dos punciones evacuadoras para obtener la curación y si así en otros casos no sucediera, bastará con abrir y drenar.

S. MONTENEGRO CENTENO

Buenos Aires, Mayo 20 de 1915.

Buenos Aires, Mayo 20 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Marcelo Viñas y al profesor suplente Dr. Enrique Finocchietto, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

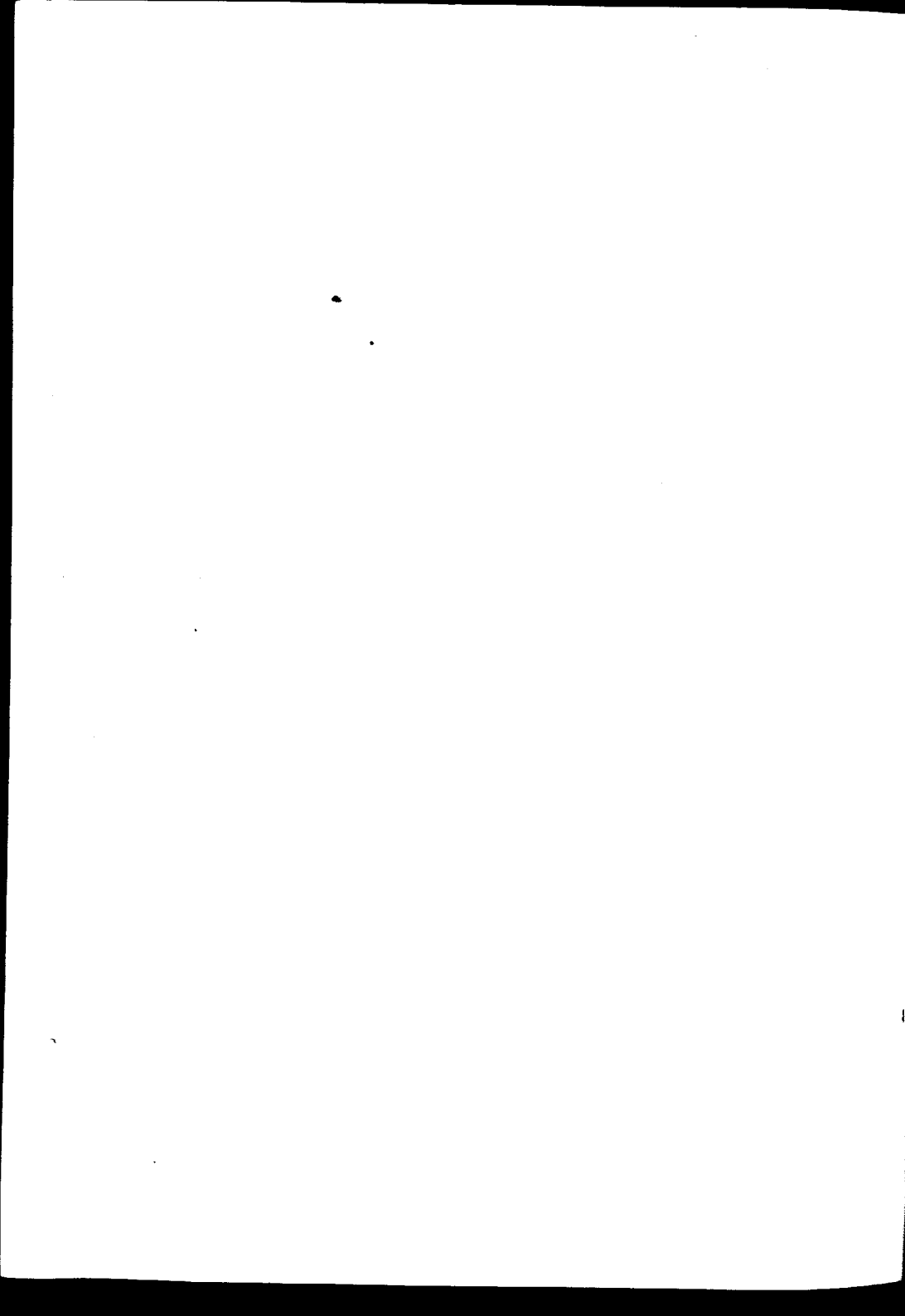
Buenos Aires, Junio 3 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2980 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Cuál es el contenido del absceso en el absceso tuberculoso y en los abscesos á evolución fría de los microbios de la supuración.

Decoud.

II

Importancia del examen citológico para el diagnóstico etiológico de los abscesos fríos.

Marcelo Vinas.

III

Diagnóstico etiológico de los abscesos fríos.

Finochietto.



