

ABCESOS- HIGADO

181-
BREVE ESTUDIO

SOBRE

LOS ABSCESOS DEL HIGADO,

QUE PRESENTA

COMO TESIS

al Jurado de Calificación
para su exámen profesional de Medicina y Cirujía

J. E. ZAMORA,

Alumno de la Escuela de Medicina de México.

ESQUELA N. DE MEDICINA
ARCHIVO HISTORICO
6o. piso
Ciudad Universitaria
México, D. F.

MEXICO.—1874.

IMPRESA DE I. CUMPLIDO, CALLE DE LOS REBELDES NUM. 2.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi compañero y amigo el
gran simpático Antonio Cue
llar y Argomaniz

Zamora

A MIS PADRES.



A MIS HERMANOS.



A MI AMIGO EL LIC. CAYETANO E. TREVIÑO.

A MI AMIGO EL CORONEL HIGINIO VILLAREAL.



A LOS SEÑORES PROFESORES

MANUEL J. DOMINGUEZ Y FRANCISCO BRASSETI.

Quien por formarse un porvenir consagra su juventud al estudio; quien con el noble deseo de servir á la humanidad doliente pretende arrancar á la naturaleza sus misterios para aliviar los dolores del que padece; es digno de ser imitado: tal ha sido la santa ambicion de los años de mi vida, y por eso aunque pigmeo ante los colosos que se han ocupado del modo de quitar sus presas á la muerte, hago un pequeño esfuerzo por ser de alguna manera útil á mis semejantes. En concreto, es la expresion de tal esfuerzo este trabajo que sobre los abscesos del hígado tengo el honor de presentar á mi digno jurado.

He dado la preferencia á este punto, por haber observado el año antepasado algunos casos que llamaron vivamente mi atencion, y respecto de los cuales hice cuanto me fué dable por establecer reglas diagnósticas y terapéuticas. No lo he logrado, pues el número de observaciones que pude reunir es insuficiente para deducir de ellas

consecuencias verdaderas; pero me halaga la idea de que este escrito pueda servir en algo á algun otro mas feliz para lograr la empresa.

En la exposicion de la entidad patológica de que me ocupo he suprimido algunas partes, que no son absolutamente indispensables para llenar mi objeto y que harian muy voluminosa la obra.

Lamora.

HEPATITIS SUPURADA.

El principio de la inflamacion hepática es muy variable, lo cual depende en gran parte de las causas que han influido en su desarrollo; pero como por lo regular la mas frecuente es la indigestion grave ocasionada por desórdenes cometidos en la ingestion de ciertos alimentos y bebidas, principia mas comunmente por miserere.

En el mayor número de casos los enfermos refieren que habiéndose dormido despues de una *empulcada*, se han despertado con bascas, deposiciones, sed y calosfrios. Mas se debe advertir: que las náuseas que son tan constantes como la sed en las consecuencias de una embriaguez simple, en estos casos pasan rápidamente á vómitos que hacen arrojar materias acuosas, flemosas que muy pronto se hacen amarillas, verdosas, amargas, en una palabra, biliosas; las deposiciones son abundantes, de un

amarillo bajo, acompañadas de dolores abdominales, de expulsión de gases y de ardor en el ano; la sed es intensa, constante y la boca amarga; el calosfrio es mas ó menos intenso, seguido algunas veces de sudor frio y acompañado de quebrantamiento general. Otros enfermos confiesan que despues de una marcha forzada han sentido malestar y quebrantamiento generales, calosfrios, dolor de cabeza, etc., etc. En otros individuos la inflamación hepática es precedida de una disenteria mas ó menos grave; y así sucesivamente, cada uno hace una narración del principio de su enfermedad segun las circunstancias que le han precedido ó acompañado; pero una vez localizados los padecimientos en la glándula hepática, se observa cierta uniformidad en el cuadro sintomático segun la marcha de la afección.

No me ocuparé de analizar detalladamente los síntomas de la hepatitis en su período inflamatorio, por ser muy conocidos y encontrarse bien descritos en varios opúsculos; sino de la sintomatología de la hepatitis supurada, que no obstante su vulgaridad procuraré describir con la claridad que me sea posible, porque cumple mas con mi objeto.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS.—El dolor es muy variable y puede existir en varios puntos; pero debemos dividir en dos el que se hace sentir en el mismo hígado, como lo hace D. Miguel F. Jimenez; uno que se desarrolla espontáneamente, y otro que se desenvuelve por la compresión ó la simple exploración del órgano. El primero puede ser obtuso ó tan vivo como el de la inflamación de las serosas; puede consistir en una sensación de peso ó de embarazo muy incómoda, sentida en el hipocondrio y el epi-

gastro; puede ser continuo ó intermitente y venir entonces con exacerbaciones; aumenta por los movimientos del tronco, por la tos, por los esfuerzos, por la palpacion, compresion y percusion. El que se produce de esta manera puede ser obtuso ó tan vivo, que baste la mas ligera compresion para hacerle insoportable. El que existe espontáneamente falta casi siempre y el que se desarrolla á voluntad es constante. Ademas del dolor que existe en el hipocondrio derecho, cuando lo hay, puede por simpatía haber otro en el hombro, ó en la espalda derechos, ó bien ocupar todo el miembro del mismo lado ó solamente parte de él. Puede consistir en tener el miembro muy pesado, ó solamente dormido, y algunas veces es tan intenso, que es el único que llama la atencion del enfermo; ó el dolor del hipocondrio puede extenderse al epigastrio, á la region umbilical, corresponder hácia atras á la columna vertebral, propagarse por la parte posterior del costado derecho al hombro, y algunas veces hasta el borde superior del trapecio del mismo lado. Pero en la hepatitis supurada, el dolor en el hipocondrio, como he dicho, falta casi siempre, pues unas veces, y es lo mas comun, está reemplazado por una sensacion de mal estar, de estorbo, ó de peso sentida en el hipocondrio ó en el hueco epigástrico; y otras veces, muy raras por cierto, si no es reemplazado es al menos enmascarado por el del hombro ó el del brazo que hasta entonces no se habia sentido; pero cuando falta se puede despertar por medio de la presion, y muchas veces basta comprimir muy ligeramente para desarrollar un dolor agudísimo. Este dolor que se desarrolla voluntariamente, puede estar situado en cualquier parte del hipocondrio, del epigastrio, de los espacios intercostales ó en el punto en que se dibuja un tumor. Este dolor circunscrito se revela

siempre que se comprima, y su sitio indica el lugar del foco de supuracion.

Los síntomas suministrados por las vías digestivas son expresivos, y siempre el aparato de la digestion presenta alguna perturbacion en sus funciones. Señalamos como mas constante la dispepsia, que puede revelarse de una manera incompleta, ó con todo el cortejo de síntomas que le es propio, y la constipacion que forma contraste con la excitacion intestinal que abre el cuadro patológico. La dificultad y la lentitud de la digestion, la sed, la anorexia, el amargo de la boca, son síntomas muy constantes en la hepatitis supurada.

La respiracion se hace mas ó menos difícil, segun que el trabajo inflamatorio se limita al hígado ó se propaga al diafragma y á las pleuras derechas. Así, la dispnea puede ser muy ligera ó bien tan intensa que no permita al enfermo la posicion supina, es sobre todo marcada y comienza á tomar intensidad desde que la supuracion se establece. Algunos enfermos tienen tos y expectoracion sanguinolenta.

Las orinas son escasas, muy irritadas y subidas de color. Los enfermos sienten quebrantamiento y debilidad generales, están inquietos, agitados y atormentados por un insomnio mas ó menos tenaz. En la hepatitis supurada el enflaquecimiento y la debilidad hacen progresos rápidos.

La piel es caliente y seca por lo regular, pero cuando se forma la supuracion hay calosfrio y sudores.

El color ictérico de la piel, de las conjuntivas y de las orinas es mas acentuado en el período agudo de la inflamacion, pero decrece desde que la supuracion comienza, sin que por esto desaparezca.

SÍNTOMAS OBJETIVOS.—El pulso en el período inflamatorio es como en la inflamacion de todo parenquima, frecuente, duro y lleno, con exacerbaciones, por la noche mas acentuada la exacerbacion; pero en la hepatitis supurada, sin perder su frecuencia, se hace débil y concentrado, con raras escepciones. El calor está un poco encima del grado normal.

La lengua está cubierta de una capa blanca y las mucosas en general como he dicho ántes.

El enfermo toma mas frecuentemente el decúbito lateral derecho; sin embargo, á medida que la supuracion hace progresos, le reemplaza por la posicion supina, que guarda en el mayor número de los casos. En esta posicion y quedando todos sus miembros y sus órganos en la mas franca relajacion, se nota un abultamiento mas ó menos marcado en el hipocondrio derecho ó hácia este lado en la region epigástrica, y algunas veces en el centro de esta region. Por la palpacion se descubre un tumor profundo, mas ó menos duro y de dimensiones variables. La macicez percibida por la percusion demuestra efectivamente que la glándula hepática está aumentada de volumen, y si en la hepatitis simple raras veces dicho aumento es inapreciable, en la supurada muchas veces adquiere dimensiones enormes. Los espacios intercostales que corresponden al hígado están ensanchados y abovedados, lo que hace que las costillas parezcan mas profundas. Auscultando se oye algunas veces el frotamiento producido por las falsas membranas que se desarrollan en la superficie del hígado y las paredes abdominal y costal. Pero el síntoma característico de la existencia del foco de supuracion, es sin contradiccion la fluctuacion. Esta puede encontrarse por los espacios intercostales ó por la pared abdominal. Para obtenerla, se comprime

con la extremidad del dedo índice en los puntos mas sensibles á la presion, ó en aquellos que parecen abultados por un tumor, y aflojando y comprimiendo alternativamente se siente la sensacion del líquido. Este medio de investigacion, tan sencillo y tan fácil de obtener en un absceso superficial, por ejemplo, es muy difícil producir y apreciar convenientemente en estos casos. La profundidad del foco de supuracion, la cantidad de ésta y las falsas membranas que muchas veces existen al rededor del órgano enfermo, exigen un tacto muy fino y un hábito inveterado de hacerlo, para poder percibir la sensacion que da un líquido colocado en el interior de un órgano tan grueso y tan oculto. El sitio por donde se siente mas frecuentemente es el noveno espacio intercostal, el octavo y el décimo, y se puede sentir tambien en el hueco epigástrico; pero es necesario no confundir la sensacion confusa de fluctuacion con la elasticidad de los músculos intercostales, abdominales y del mismo hígado inflamado. Tambien es conveniente precaverse contra las hidropesías del vientre y del pecho, pero de esto nos ocuparemos al hablar del diagnóstico diferencial.

MARCHA Y TERMINACION.—La marcha de la hepatitis simple puede ser aguda, crónica y latente. La primera puede ser muy regular, presentar un período ascendente, un período de estado, y otro de descenso, ó al contrario, de supuracion. Se termina mas comunmente por resolucion cuando se le opone desde el principio una terapéutica enérgica; puede pasar al estado crónico. No conozco observacion alguna de terminacion por gangrena. Cuando la inflamacion debe terminar por resolucion, los síntomas se enmiendan unos, otros desaparecen poco á poco, el apetito renace, la digestion toma su grado fisio-

lógico, el enfermo adquiere fuerzas y paulatinamente recobra su salud completa. Si la hepatitis se termina por supuración, unos síntomas se agravan y se modifican, desaparecen otros y aparecen nuevos, el enfermo se debilita mas y mas, se declara el hecticismo, etc. El hígado aumenta de volúmen rápidamente, de manera que muchas veces se nota que de un dia á otro hay una gran diferencia; desde luego descende su borde inferior hasta el nivel del ombligo, y algunas veces hasta la fosa iliaca. En la cavidad torácica sube hasta la altura de la tetilla y aun algunos centímetros encima de ella; hácia los lados suele estenderse algunas veces tanto, que ocupa el epigastrio y los dos hipocondrios; forma en el primero un tumor abovedado, eleva el borde costal, ensancha y eleva los espacios intercostales, de manera que el lado derecho mide tres, cuatro y hasta mas de siete centímetros que el lado izquierdo. El aumento del volúmen del hígado no se hace siempre en el mismo sentido, ni con la misma regularidad, lo cual depende de la estension de la afección y del sitio que ocupan los focos purulentos. El tumor muchas veces no es apreciable, y solamente se nota que el flanco y el hipocondrio derechos están abultados; pero otras veces es muy marcado debajo del borde de las costillas ó en el epigastrio. El dolor espontáneo del hígado cambia de carácter: si era agudo, se hace sordo, gravativo y profundo; otras veces consiste en una sensacion de estorbo ó peso en el hipocondrio muy incómoda que molesta mucho á los enfermos y que les obliga á encorvar el cuerpo ligeramente hácia adelante. Si al principio podian acostarse de cualquier lado, cuando existe ya un foco de supuración de ciertas dimensiones no pueden hacerlo de ninguno; no al lado derecho, porque sienten un fuerte dolor; no al izquierdo, porque sien-

ten mucho malestar y dolores abdominales producidos por un cuerpo que del lado derecho pasa al izquierdo; tampoco pueden acostarse en posicion supina, porque les viene ansia, sofocacion, opresion, basca, etc., y solamente pueden permanecer medio sentados en su lecho. El dolor del hombro desaparece muchas veces, y otras al contrario, si no lo habia ántes puede aparecer cuando se desarrolla la supuracion. Durante la marcha de la enfermedad se obtienen grandes ventajas de la palpacion y de la compresion; en efecto, comprimiendo al nivel de los últimos espacios intercostales ó debajo del borde de las costillas, en donde la piel se eleva y aparece formado un tumor, se desarrolla un dolor vivo, superficial, que puede hacerse tan fuerte como se quiera por medio de la compresion. Este dolor puede existir ya, y en tal caso la presion lo exagera, es circunscrito cualquiera que sea su sitio, y es un buen medio para encontrar la fluctuacion, porque regularmente allí donde el dolor se desarrolla con mas intensidad, allí es donde se siente la fluctuacion.

Ya hemos dicho que la icteria y las otras manifestaciones de la alteracion de la vesícula de la hiel, disminuyen cuando la supuracion se ha establecido, y ahora solamente añadiremos que en lugar del color amarillo subido, la piel toma un color pajizo semejante al de las personas que están bajo el poder de una caquexia.

Las náuseas, los vómitos persisten cuando la supuracion se ha formado, y son provocados principalmente por la ingestion de alimentos. Las materias vomitadas se componen de alimentos y de mucosidades amarillas, verdiosas. Cuando la hepatitis ha sido ocasionada por indigestion grave, hay en su principio diarrea, la cual es reemplazada bien pronto por la constipacion que acompa-

ña á la hepatitis en la gran mayoría de los casos; pero siempre que la supuración es abundante, y principalmente cuando el foco se altera tomando mal olor, aparece la diarrea y es uno de los mas poderosos enemigos que arrastran al individuo. El hipo que durante el período inflamatorio puede faltar, y falta muy comunmente, está en relacion con la parte alterada de la glándula, de manera que cuando es la cara superior, el diafragma participa de la inflamación, y de allí el hipo tenaz y molesto que atormenta á los enfermos haciéndose insoportable algunas veces.

El pulso, que revela el período inflamatorio, se modifica cuando se establece la supuración: en este caso es frecuente, pequeño y débil, sufre exacerbaciones por la tarde, siempre en relacion con el estado general del individuo. Llama la atención que la temperatura recogida en mas de una hepatitis terminada por supuración, no revele esas elevaciones del fastigio que son tan comunes en toda supuración, aun cuando esta no tenga lugar en entraña tan noble. En efecto, las tablas termométricas recogidas en el Hospital de San Andres señalan la exacerbación vespertina de 39° como máximun, aun cuando los síntomas subjetivos de calosfrios, calentura y sudores sean perceptibles.

Las perturbaciones del aparato digestivo son muy constantes, sobre todo en la hepatitis crónica; pues en esta, por lo regular, los enfermos se quejan muy poco del padecimiento local, y casi todos, ó todos, de perturbaciones en la digestión. Así, algunos tienen anorexia, sed, amargor de la boca, y otros ademas padecen de digestiones difíciles y lentas. Es muy comun, en efecto, ver estos enfermos entregados á ocupaciones duras, no obstante de

llevar la glándula hepática hinchada y aun algunas veces supurada.

Después de establecida la supuración, la afección sigue la marcha de la fiebre héctica. Al principio algunos enfermos conservan sus fuerzas, pero la mayor parte comienzan muy pronto á consumirse y á agotarse. La degeneración purulenta del hígado, la diarrea coalicuativa consumen al individuo, y el pus reabsorbido envenenando la sangre, el enfermo sucumbe. Sin embargo, algunos individuos pueden escapar á tantos enemigos, y la naturaleza sola determina la curación.

El tiempo para que un absceso recorra todas sus fases, ya sea á la curación, ó á la muerte, es muy variable; algunos duran un mes, otros tres, cuatro y hasta un año.

Por último, la marcha es muy variable, según que el absceso tiende á abrirse espontáneamente hácia afuera por el epigastrio, ó por los espacios intercostales, ó según que tiende á abrirse en otro órgano ó cavidad. Pero debo advertir que nunca he visto que diagnosticado un absceso de hígado, se abandone á las fuerzas de la naturaleza; pues siempre se ha dado salida al pus por medio del trocar, del aspirador, etc. Los enfermos en los cuales he observado dicha terminación del absceso, han ido al hospital con tal accidente; sin embargo, puede suceder que aun después de abrirle una salida artificial, el pus se haga otra salida en otro órgano ó cavidad.

Toda colección purulenta tiende sin cesar á hacerse salida al exterior, á una cavidad ó á un órgano vecino, en una palabra, hácia donde encuentra menos resistencia. En el primer caso la terminación será simple, en el segundo complicada. Aplicando esto á los abscesos de hígado, se ve que abandonados estos á la naturaleza, su terminación es por lo regular muy complicada; pues aun-

que su tendencia natural sea abrirse al exterior, sin embargo, no siempre pueden hacerlo, y el pus camina por los tejidos en que encuentra menos resistencia. Esto se observa siempre en el hígado, y así vemos que un foco purulento de este órgano puede abrirse en la pleura derecha, en los bronquios del mismo lado, en el pericardio, en el estómago, en el colon transversal, en el peritonéo, y en el riñon derecho. Esta marcha es complicada, pues siempre que el pus camina hácia otro órgano ó cavidad, se desarrolla una inflamacion adhesiva que une las paredes hepáticas del foco con las del órgano; y cuando se abre en una cavidad, inmediatamente se manifiestan los síntomas de un derrame.

COMPLICACIONES.—Las complicaciones de los abscesos de hígado pueden venir durante el período inflamatorio de la hepatitis, ó despues de que el pus se haya formado; en ambos casos están en relacion con el sitio primitivo del trabajo patológico, con las causas que han producido la inflamacion. Las mas frecuentes, sin embargo, son las que tienen lugar del lado de las vías digestivas y respiratorias. Ellas pueden consistir únicamente en perturbaciones funcionales de otros órganos, producidas por accion simpática ú otra. Tambien pueden presentarse inflamaciones y de allí vienen las supuraciones del peritonéo, de la pleura y pulmon derechos; pero las que mas me han llamado la atencion son las que resultan de la irrupcion del pus en los órganos ó cavidades vecinas.

DIAGNÓSTICO.—Si despues que un individuo ha experimentado los síntomas de la inflamacion hepática, ó en el curso de ella se nos presenta con la glándula enormemente aumentada de volúmen, ó que solamente llegue

hasta el ombligo ó mas abajo sin estenderse hácia arriba, ó por el contrario llegue hasta la tetilla ó mas arriba, ocupando todo el hipocondrio derecho, el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, elevando la base del torax y principalmente el borde costal del lado derecho formando un tumor en el hueco epigástrico; que el dolor es lancinante ó ha desaparecido y en su lugar quede una sensacion de peso ó de estorbo que embaraza mucho la respiracion, que determina ansia y sofocacion en el decúbito dorsal, y aun molestia en el decúbito lateral; que en vez de un dolor difuso, aparezca uno mas superficial y circunscrito á uno de los espacios intercostales comprendidos del octavo al undécimo ó en el epigastrio, ó donde el tumor es mas aparente, y que allí donde existe el dolor ó donde se determina por la presion se siente fluctuacion; que el pulso sin perder su frecuencia es pequeño y blando con exacerbaciones; que el enfermo sufre calosfrios y sudores irregulares principalmente en la noche; que la ictericia va disminuyendo ó ha desaparecido de la piel, quedando en su lugar un tinte parecido al que producen las caquexias; que el hipo comienza ó se hace mas rebelde al mismo tiempo que las náuseas y vómitos; que el individuo se enflaquece y sus fuerzas se deprimen; que aparezcan las deposiciones ó se desarrolle la diarrea coalicuativa: podemos asegurar que hay un absceso en el hígado cuando se observen todos estos fenómenos ó solamente los principales. Uno solo basta, la fluctuacion bien manifiesta despues de ciertos padecimientos hepáticos, para concluir la existencia del foco purulento. Si el absceso es superficial, el foco muy grande, si cambiando la posicion del enfermo, los límites del hígado inflamado no cambian, si en caso de acitis no se puede hacer cubrir el hígado por el líquido del derrame, y si cogiendo la piel no se puede deslizar sobre el

tumor, ó si por la palpacion ó mejor aún por la auscultacion se percibe el frotamiento de falsas membranas; se puede deducir que existen adherencias.

No siempre es tan sencillo formar el diagnóstico redondo de una coleccion purulenta del hígado, porque no siempre se encuentran reunidos los principales signos que revelen su existencia; y la fluctuacion, el único que debe considerarse como característico, muy pocas veces se percibe de una manera satisfactoria. Casi siempre es muy oscura, muy confusa, y reducida á una simple sensacion de elasticidad; pero con este dato, los demas signos locales y los racionales de toda supuracion en general, se puede creer en la existencia de un absceso hepático. Otras veces la confusion nace de las simpatías ó de las complicaciones, que llaman mas la atencion del enfermo y del médico, que la principal enfermedad. En estos casos es donde principalmente se necesita la sagacidad y el buen juicio médico para discernir la verdad, y algunas veces es imposible afirmar de una manera cierta, sino solamente con probabilidades, la presencia del pus en la glándula hepática.

Cuando la inflamacion ocupa la cara convexa del hígado, pueden observarse síntomas de pleuresía ó de neumonía al mismo tiempo que los de la hepatitis, y resultar una confusion que haga muy difícil precisar el órgano verdaderamente afectado. En tal caso, se debe dar mas importancia al órgano primeramente enfermo, y el segundo considerarle como complicacion; pues cuando existan los principales signos de una ó de otra enfermedad, es imposible tratar de confundirlas. La proximidad de tales órganos hace que estos casos sean muy frecuentes; pero creo que se debe dar siempre la preferencia al órgano primitivamente afectado, ó al cuadro mas completo de sínto-

mas. El mismo caso tiene lugar cuando tratando de abrirse paso, camina hácia el pulmon y se derrama directamente en las pleuras ó en los bronquios; pero en este caso tambien es necesario comenzar por el verdadero origen de la enfermedad, para precisar mas el diagnóstico, porque puede suceder como en mi primera observacion de abscesos múltiples ó todo lo contrario.

El hígado puede aumentar poco á poco de volúmen y adquirir dimensiones enormes, como sucede en cierta forma de alcoholosis hepática y en las personas que han permanecido mucho tiempo en lugares pantanosos: si en tales circunstancias sobreviene una inflamacion al hígado, se creeria fácilmente que el aumento del volúmen de la glándula depende de la inflamacion, y la elasticidad de los tejidos hacer creer en una coleccion purulenta; pero basta conocer los antecedentes del enfermo para distinguir la verdad.

Un tumor en el hígado que dé fluctuacion bien manifiesta, no puede ser mas que un absceso, porque como digo en la observacion precitada, solamente podria confundirse con un cáncer reblandecido, con un quiste hidático ó con un tumor vesical formado por la retencion de la bilis. Verdaderamente tan solo podria confundirse con este último; pero el sitio del tumor y la ausencia de los síntomas generales de toda supuracion revelarian que se trata de una retencion de bilis. No puede confundirse con el cáncer, ni con un quiste hidático, por las razones que expondré en otra parte.

Tambien sucede algunas veces que los enfermos no saben explicarse absolutamente, sea porque no pueden ó porque realmente no han sentido alguna alteracion en su organismo, y en tal caso se pasa muy alto la idea del absceso, como sucedió en la siguiente:

OBSERVACION 1ª—Bernardino Juarez, indígena, de cosa de 50 años de edad, jornalero, de constitucion deteriorada y de temperamento linfático, entró el 6 de Marzo de 1872 á ocupar la cama núm. 32 de la 2ª seccion de clínica interna. No sabia las enfermedades que hubiese padecido ántes de la presente. Se quejaba de un dolor sordo del vientre que se exacerbaba por la presion haciéndose mas difuso al mismo tiempo, y el cual le habia comenzado en el hipocondrio derecho; tenia mucha sed, la lengua pastosa, y pérdida del apetito. Hacia ocho dias que no defecaba, lo cual llamaba mas su atencion, y á la misma fecha referia el origen de todos sus padecimientos. Su respiracion era sensiblemente dificultosa, y no obstante, él no acusaba ninguna molestia, su pulso era pequeño, frecuente y concentrado; la piel estaba seca. El individuo parecia no sufrir gran cosa, sin embargo, estaba abatido, débil, muy demacrado y con insomnio.

Procediendo al exámen de sus órganos, solamente se encontró del lado del vientre derrame abundante en los dos flancos sin comunicacion entre sí, y la piel abdominal arrugada resistente y como apergaminada.

En vista de tan pocos datos y atendiendo al estado de las paredes abdominales y el carácter del pulso, se le puso: peritonitis crónica, no obstante el tiempo que él decia tener de enfermo. Prescripcion: Pomada mercurial al vientre, cloroformizacion y dieta.

El enfermo pudo defecar muy ligeramente á los dos dias, pero sin embargo, sus fuerzas le abandonaban, sobrevinieron los síntomas de la reabsorcion y sucumbió el 10 del mismo mes.

La autopsia confirmó en efecto el diagnóstico, pues se encontró el peritoneo inyectado en unas partes, en otras cubierto de falsas membranas bastante gruesas con adhe-

rencia de los intestinos, circunscribiendo focos de supuración y el derrame sero-purulento; pero no era esto todo, pues examinando las otras entrañas se advirtió que el hígado, reducido á un corto espacio, habia sido consumido por la supuración, cuyo foco se abrió en el peritoneo dando lugar á una inflamación aguda.

No hay duda alguna, que dicho individuo padeció una hepatitis aguda ó crónica, ¿mas cuál fué su causa, cuando comenzó, cual fué su marcha, etc. etc? no lo sabe; esta inflamación se terminó por supuración, y tal vez cuando el foco se abrió en el peritoneo. (*) Efectivamente, el derrame de pus causó la peritonitis, esta las adherencias, las cuales á su vez ocasionaron la obstrucción, único accidente que preocupaba al referido Juarez. Es creíble que todo el tiempo de su enfermedad lo haya pasado desempeñando sus ocupaciones sin conciencia de ella, aunque es imposible que no haya experimentado cuando menos perturbaciones de las vías digestivas.

Es principalmente con la congestión con que se confunde la hepatitis, pues mas de una vez he visto cometer tal error, no obstante que en la primera no hay calentura; pero el movimiento febril existe por otra causa, y entonces la equivocación es completa, como sucedió con un enfermo cuya historia escribió el Sr. Aguirre, y de cuyo hecho fuí testigo presencial. En dichos casos lo mejor será administrar un purgante de calomel y jalapa.

El dolor es un sintoma precioso y en el cual debe uno fijar mucho la atención; pues aunque falta por lo regular, cuando se ha formado el absceso, sin embargo, siempre

(1) Fué cuando tuvo el primer padecimiento que le llamó la atención.

ha existido mas ó menos marcado. Verdaderamente que algunas veces no llama la atencion del enfermo, como sucede en la hepatitis crónica; pero el médico debe darle mucha importancia, cuando existiendo, ó habiendo existido, el enfermo se queja de dispnéa, la cual no encuentra su explicacion en el aparato de la respiracion y hay ademas perturbaciones de las vías digestivas.

Diagnosticada la existencia de una coleccion purulenta, es necesario averiguar si está contenida en una sola cavidad ó en varias, es decir, ¿hay uno ó mas abscesos? Este es un punto importantísimo para el pronóstico y el tratamiento, y ante él casi siempre quedamos burlados pues los enfermos unas veces no presentan signos característicos y otras veces ni siquiera sospechosos, como sucedió en el siguiente caso; pero debo advertir que siendo la primera vez que veia varios abscesos en el hígado, esta idea jamas se me ocurrió mientras duró la observacion.

OBSERVACION 2ª.—En la cama núm. 7 de la 1ª seccion de Medicina, se encontraba el enfermo de que me voy á ocupar: era un hombre de 40 años de edad, de oficio albañil, de temperamento linfático-sanguíneo y de constitucion deteriorada: no sabía las enfermedades que habia padecido. Hoy [18 de Junio de 72] dice, que hace 28 dias que á consecuencia de haberse excedido el dia y la noche anterior en beber pulque y aguardiente, licores de que hacia uso habitual, prefiriendo el primero al segundo, y haber abusado de alimentos de cuya naturaleza no se acuerda, se levantó con basca, tembloroso y con algun delirio; que bebió mucha agua y comenzó á sudar frio. Poco despues fué atacado de un fuerte calosfrio que cernia todo su cuerpo, y la basca se hizo mas frecuente, mas fuerte, y principió á vomitar materias acuosas y flemo-

sas, las cuales cambiaron muy pronto de carácter volviéndose amarillas y muy amargas. Al mismo tiempo tenia numerosas deposiciones blanquizcas, sin retortijones y sin pujo, sentia tambien peso en el estómago y en el hipocondrio derecho, repugnancia para los alimentos, su vista le provocaba basca; la boca era amarga y seca; sentia cansancio, debilidad, y no pudo ya trabajar. Despues la pesantez se convirtió en un dolor verdadero y continuo, lancinante, que ocupaba como la pesantez, todo el hipocondrio derecho y el epigastrio; se propagaba á la columna vertebral y al hombro derecho; se exacerbaba por la basca, la tos, la respiracion y los movimientos del tronco; se aumentaba principalmente por la presion; no permitia al enfermo acostarse ni de uno ni del otro lado. Era molestado por opresion, dificultad de respirar y por una tos seca. Le sobrevino una fuerte calentura. No sabe si se puso amarillo; pero sí se acuerda que las orinas eran calientes y amarillas-rojizas.

Estos fenómenos le duraron mas ó menos tiempo, sin que pueda precisar con exactitud cuándo desaparecieron algunos, como los vómitos, las deposiciones; cuándo le sobrevinieron otros, como la calentura; conservando, segun parece, la pesantez y el dolor en la region hepática, el amargo y sequedad de la boca, la pérdida del apetito, la opresion, la dispnea, etc.

Hará como ocho dias, dice, que comenzó á sentir calosfrios erráticos, calenturas irregulares y sudores, sobre todo nocturnos; al mismo tiempo le ha aumentado enormemente la pesantez y el calor de la region del hígado, la opresion, la dispnea, la tos, y sufre algunas veces punzadas atroces en la misma region. Por último, la debilidad y el enflaquecimiento generales, haciendo grandes

progresos, infundieron al enfermo serios temores y se decidió á venir al hospital.

Hoy que se presenta á nuestra observacion, está profundamente deteriorado, su cara revela el sufrimiento y su posicion indica la dificultad con que se cumple la respiracion. Está sentado en su lecho, no se puede acostar en decúbito supino, porque experimenta mucha sofocacion, ni del lado derecho, ni sobre el izquierdo porque se aumenta su dolor: sin embargo, puede permanecer algun tiempo sobre este último lado.

No obstante el color moreno de su piel, se puede percibir muy bien el color ictérico, ó mas bien, un tinte amarillo pajizo semejante al que produce la caquexia palustre. La ictericia es sobre todo marcada en las conjuntivas.

Los terigiones, señales frecuentes del uso inmoderado de las bebidas alcohólicas, son muy marcados en los dos ojos, sobre todo en el ángulo interno. Conserva el amargo de la boca, la basca, la sed y la anorexia; no tiene acedías, ni hipo; la lengua es ancha y cubierta de una capa blanca; no hay deposiciones sino mas bien estreñimiento ligero. Le continúa tambien la tos, la opresion, la dispnea, etc., y arroja esputos blancos. No tiene ahora calosfrios, pero sí suda algunas veces, principalmente en la noche. Las orinas, dice, que son subidas de color, su pulso es blando, pequeño y da 100 pulsaciones por minuto.

En vista de estos datos, procedimos á examinar las regiones que eran el sitio principal de sus sufrimientos, y notamos desde luego un abultamiento considerable del epigastrio y una gran diferencia de los dos hipocondrios; diferencia que confirma la mensuracion dando seis centímetros en favor del lado derecho. La palpacion despier-ta mucho dolor en toda la mitad anterior y lateral dere-

cha del abdómen, lo mismo que la compresion en los espacios intercostales inferiores. Por medio de la primera, se limita perfectamente el borde inferior del hígado muy abajo de las costillas y se percibe cierta dureza y resistencia en la porcion abdominal del tumor. Hay sonido macizo desde el tercer espacio intercostal hasta 3 centímetros encima de la cresta iliaca derecha y transversalmente á la izquierda 6 centímetros mas allá del apéndice sifóide. El diámetro vertical tiene 34 centímetros, y el trasverso 29.

Los espacios intercostales inferiores son mas anchos que los del lado opuesto, y en vez de estar hundidos, están abovedados. Comprimiendo perpendicularmente con el dedo índice en cierta extension de estos espacios, se desarrolla, como he dicho, un dolor bastante vivo; y con la extremidad del dedo, se percibe el choque de una onda de líquido. Esta fluctuacion es, sobre todo, perfectamente clara en el noveno espacio, en donde podemos tomarla por tipo de las fluctuaciones de los abscesos del hígado.

Examinando los órganos de la respiracion, encontré sonido macizo en la base del pulmon derecho, siendo mas perfecto hácia adelante que hácia atrás, en la extension que comprendia el hígado. La auscultacion me reveló la falta de murmullo respiratorio en toda esta extension, y la existencia de estertores sub-crepitantes, mucosos y aun roncantés en la parte posterior del pulmon, al nivel del ángulo del homóplato y hácia la columna vertebral, siendo muy ruidosos los últimos en la traquea. El pulmon izquierdo era muy sonoro á la percusion, y con el oido se percibia que la respiracion era pueril. El corazon latía con cierta precipitacion, pero con regularidad y sin

ruidos anormales. Por parte del cerebro solo encontré insomnio y el decaimiento general de las fuerzas.

Si tratamos de apreciar estos síntomas, veremos desde luego: que el aumento de volúmen del hígado, la pesantez, el dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, dolor que se propagaba hácia el hombro del mismo lado y que tenia los caracteres que he dicho ántes, dolor que fué precedido de vómitos amarillos, amargos y de deposiciones blanquizcas y acompañado de náuseas, de amargo constante en la boca, de sed, de anorexia, de dificultad en la respiracion, de color ictérico de la piel y de las orinas, etc., nos indican un padecimiento del hígado, y un padecimiento inflamatorio, puesto que este cuadro de síntomas era acompañado de calor en el hipocondrio derecho, reaccion general, aceleracion del pulso, quebrantamiento, sequedad de la boca, en una palabra, de calentura. Ese padecimiento no se puede considerar mas que como una inflamacion del hígado, como una hepatitis. Mas como el trabajo patológico de que el hígado era el sitio, no se limitó á estos fenómenos, sino que desgraciadamente, para el enfermo, siguió su marcha al parecer benigna, pero terrible en sus consecuencias, dió por resultado que el hígado, aumentando de volúmen, llegó á adquirir las enormes dimensiones que ya indiqué en otra parte. Este gran volúmen del hígado, el aumento de la pesantez en el epigastrio y en el hipocondrio derecho y de la dificultad de respirar, el cambio en el carácter del dolor, las calenturas irregulares, los calosfrios erráticos, los sudores, sobre todo nocturnos, la debilidad y el enflaquecimiento progresivo, y principalmente la fluctuacion tipo, que se percibe en el 9º espacio intercostal, nos permiten sin temor de equivocarnos, decir que ahora el enfermo tiene evidentemente un absceso del hígado.

Con un cuadro de síntomas tan completo, me parece casi imposible dejar de conocer la existencia de una hepatitis que dió lugar á un absceso del hígado; así es que no creo necesario establecer el diagnóstico por exclusion. Sin embargo, si para alguno pudiera confundirse la hepatitis que sufrió nuestro enfermo con alguna otra afeccion del hígado ó de algun órgano vecino, creo que probando la existencia del absceso quedará probada la primera: ademas, en el presente caso no se trata de una hepatitis sino de su terminacion. Haciendo, pues, abstraccion de la hepatitis, y limitándonos á lo que hoy se observa, sin tener en cuenta los síntomas racionales, sino únicamente los físicos, tenemos un enfermo, cuyo hígado está enormemente aumentado de volúmen, doloroso y con una fluctuacion muy clara en el 9º espacio intercostal; resultado que no puede ser atribuido á un quiste hidático, porque en este caso el tumor es indolente y la fluctuacion difícil de demostrar; y tampoco á un cáncer encefaloide, porque en tal caso no se nota la fluctuacion, sino una consistencia pastosa, y porque ambas producciones son muy raras entre nosotros. Ni puede ser un desalojamiento del hígado ocasionado por un derrame en la cavidad de la pleura derecha, porque cuando el hígado ha variado sus relaciones normales por tal causa, no es doloroso á la presion; y además, tendríamos los síntomas propios del derrame, como el sonido macizo, cuyo límite superior que indica el nivel del derrame, sigue la direccion de las costillas estando el enfermo sentado, y estos límites cambian, haciendo tomar al enfermo otra posicion; y por último, hay la falta de vibracion de la pared torácica.

Si tratamos de apreciar los síntomas suministrados por los órganos de la respiracion, veremos que la dispnéa, la tos, los esputos blancos, los estertores, la falta de reso-

nancia y del murmullo respiratorio en la extension ocupada por el hígado y la respiracion pueril del pulmon izquierdo, nos indican que el pulmon derecho está comprimido y replegado arriba y hácia la columna vertebral por el hígado.

Como complemento del diagnóstico agregaré: ¿Existen adherencias? Francamente confieso que me faltaron elementos para diagnosticar su existencia, aunque las supuse: pues en los casos en que he visto el hígado tan enormemente aumentado de volúmen por un absceso, siempre las ha habido, y porque al palpar la pared del vientre y hacerla deslizar sobre el hígado, me pareció que ambos formaban un solo cuerpo. Sin embargo, la resolucion de esta cuestion la reservé para el momento de la punction.

En la etiología del presente caso, encontramos las principales causas predisponentes, en el mes que tuvo lugar el principio de la enfermedad y en la edad del individuo; y las causas eficientes, en una indigestion grave. En efecto, resulta de los trabajos de nuestro maestro, que en el mes de Mayo es cuando se desarrollan mas las hepatitis, y que entre 38 y 48 años, está la época de la vida mas expuesta á las supuraciones del hígado. Por último, nuestro enfermo referia claramente que el principio de su enfermedad fué una indigestion ocasionada por la replesion del estómago de sustancias de que no se acordaba, pero que yo supongo de naturaleza indigesta, por ser tales las que usa nuestro pueblo en sus *francachelas* y por el aguardiente y el pulque, que como sabemos, es difícil de digerir y de los cuales tomó hasta embriagarse completamente. En resúmen, nuestro enfermo tenia 40 años, el principio de sus padecimientos corresponde al mes de Mayo y ha sido debido á una indigestion grave.

El pronóstico en general es grave. Sin embargo, siguiendo el procedimiento racional, la mortalidad disminuye. Pero en el presente caso, tenemos un individuo profundamente deteriorado y en quien el volumen del hígado nos hace suponer un grande foco purulento: bien que la verdadera gravedad del pronóstico no puedo establecerla, sino despues de la puncion, porque la salida del pus nos revelará si hay ó no adherencias, las cuales influyen poderosamente sobre el éxito de la operacion. Así, si no existen, veremos que aunque el enfermo de pronto siga consumiéndose, el foco podrá disminuir de volumen, la supuracion ser menos, y el enfermo comenzar á recobrar sus fuerzas y seguir con probabilidad hasta la curacion; pero si existen adherencias, éstas se opondrán á la reduccion del foco, y manteniéndole abierto, facilitarán la entrada del aire, que ocasionará inmediatamente la descomposicion del pus, y éste la infeccion pútrida, y la muerte.

TRATAMIENTO.—En cuanto al tratamiento, la primera indicacion que se presenta es dar salida al pus contenido en el foco; en segundo lugar, oponerse á que siga formándose; y por último, sostener las fuerzas del enfermo.

La primera indicacion no se llenó inmediatamente para que yo pudiera tomar los datos necesarios á esta historia. Se le mandó solamente un purgante de calomel y jalapa, y linaza á pasto.

El dia siguiente [19 de Junio y 2º de observacion], antes de proceder á la operacion, nuestro maestro rectificó la existencia del absceso y por segunda vez nos hizo notar la fluctuacion. Despues de hacer con un bísturi una pequeña incision transversal en un pliegue longitudinal de la piel, que correspondia al 9º espacio intercostal y al

punto en que la fluctuacion era mas marcada, introdujo un trócar de tamaño regular, que con muy poco esfuerzo llegó al foco. Al sacar el punzon se precipitó por la cántula el pus, pero no el pus hepático que tantas veces hemos visto salir de abscesos semejantes, sino un pus espeso, blanco, flegmonoso, con grumos y ligeramente fétido. Despues de haber salido como una libra ó un poco mas, cantidad evidentemente muy corta con relacion al volúmen del hígado, el Sr. Brassetti intentó introducir el tubo de canalizacion, y aunque de pronto la corriente se opuso, pudo introducir 16 centímetros; y bien que por su calibre pasó alguna cantidad, despues el escurrimiento se suspendió. Dividimos el tubo y afirmamos las dos hojas siguiendo la práctica mas frecuente entre nosotros; procedí á reconocer los límites del hígado, y noté que solamente habia descendido como 2 centímetros; é inferiormente permanecia casi á la misma distancia del borde de las costillas que hemos indicado antes.

De aquí nació inmediatamente la triste idea de que mi presuncion de la existencia de las adherencias era cierta, y que en tal caso se oponian á que se redujese el absceso, ó que el estado grumoso del pus, no permitia su salida; pero con gran sentimiento nuestro, ese mismo dia se desvaneció esta última idea, pues el pus siguió escurriendo poco á poco, y no obstante, el hígado conservaba los mismos límites. Por otra parte, observando los movimientos de la respiracion, se notaba que el extremo saliente del tubo en vez de elevarse en la inspiracion y de bajarse en la expiration, seguia exactamente sus movimientos. Creí por tanto en la existencia de adherencias, y esta triste verdad fué confirmada de manera de no dejar duda á los dos dias siguientes [21 de Junio y 4º de observacion]; pues la auscultacion reveló la existencia del frotamiento en el hi-

pocondrio derecho; y por último, en la pared abdominal se dibujaban ciertos surcos y flojedad en la parte que cubria el tumor, que no dejaban duda de su existencia.

El dia 20 y 3º de observacion, atendiendo á que el hígado no disminuía de volúmen y que el pus no salia fácilmente, se aplicó el aspirador subcutáneo de M. Dieulafoy, y por medio de él y con grandes esfuerzos empleados por el Sr. Brasseti, se pudo extraer una corta cantidad de pus blanco-amarillo-rojizo, muy espeso, muy viscoso, y que se pegaba al fondo del vaso, de tal manera, que invirtiendo este, no se desprendia de él, y un poco mas fétido que el primero. Llevado al campo del microscopio, solo encontré algunos glóbulos de sangre, mucha fibrina, glóbulos de pus, grasa; y el Sr. Brasseti algunos cristales de colessterina, lo mismo que el Sr. Maycote. Tratado por el ácido sulfúrico, despues de mezclarle agua, se puso moreno, pero no dió color verde.

Al interior se le mandó al enfermo angélica á pasto, y una alimentacion nutritiva y de fácil digestion; pero habiéndole sobrevenido diarrea, se le añadió á la angélica jarabe de ópio, y por alimentacion se le prescribió atole de arroz, café de bellotas con leche y arroz seco.

MARCHA.—Por mas que se trató de dar salida al pus componiendo bien el tubo, teniéndole recto, limpio, etc., siguió saliendo este en muy pequeña cantidad; el hígado conservaba sus enormes dimensiones, el foco no se redujo y al fin fué invadido por el aire. El tercer dia me pareció que el pus salia mas bien por entre las paredes del tubo y las de la perforacion. Al derredor de esta comenzó á irritarse la piel, y al cuarto dia quedaba en el centro ^{de} una mancha eritematósá, cuyo perímetro de forma ir-

regular, era muy bien marcado por pequeñas manchas mas rojizas que desaparecian á la presion; tenia 20 centímetros en el diámetro vertical y en el trasverso 31.

Despues de la operacion, aunque el hígado no se redujo como era de esperarse, sin embargo, el enfermo sintió mas facilidad para respirar, se pudo acostar en decúbito supino y tuvo algun apetito; pero desde el dia siguiente volvió la anorexia, aumentando las perturbaciones de las vías digestivas y de la respiracion. Era agobiado por el insomnio y sus fuerzas le abandonaban poco á poco; su pulso blando y pequeño se elevaba á mas de 100 pulsaciones por minuto, y la calentura se exacerbaba indistintamente por la tarde ó por la noche con un ligero calosfrio. Por último, el dia 3º de observacion, fué muy intenso éste, seguido de un calor muy vivo, y despues de algun sudor, el pulso se hizo débil, depresible y el enfermo era agotado por abundantes deposiciones sanguinolentas. Sucumbió el 22, á las siéte de la mañana.

AUTOPSIA.—Fué practicada el 23, á las nueve de la mañana, por el Sr. Hernandez y yo.

Abiertas las cavidades, abdominal y torácica, se presentó á nuestra vista el hígado ocupando el hipocondrio derecho, epigastrio, y casi todo el hipocondrio izquierdo: el lóbulo izquierdo descendia á la region umbilical, y el derecho que ocupaba el flanco del mismo lado, llegaba á la fosa iliaca correspondiente, distando su borde inferior 3 ó 4 centímetros de la espina iliaca anterior y superior: este órgano elevaba el diafragma y ocupaba parte de la cavidad torácica, sobre todo, hácia adelante, en donde llegaba hasta el 4º espacio intercostal. La parte superior de la cara convexa del lóbulo derecho, estaba

además fuertemente adherida con aquel tabique y de tal manera, que no se les podia separar; y la inferior á las costillas y á la pared abdominal por medio de falsas membranas gruesas, resistentes, despulidas, y que se dejaban separar con facilidad. La cara cóncava solamente estaba adherida con una parte del cólon. El color era moreno, amarotado, manchado de gris pizarra en su cara cóncava y en el borde inferior del lóbulo derecho. Habia en la parte superior de la cara convexa de este mismo lóbulo, un vasto absceso cuyas paredes estaban formadas por el diafragma superiormente y por el hígado en las demas partes; lateralmente y atras del borde de las costillas, otro mas pequeño en el que penetró el trócar; otro igual en la cara cóncava en la parte que está en relacion con el cólon y cuya pared superficial era reforzada por éste, y otro muy pequeño cubierto por el lobulillo. El pus que contenian estos abscesos era blanco, verdoso, bien ligado, era pus flegmonoso. El interior de las paredes del foco grande, del que estaba en la cara cóncava y del que estaba bajo el lobulillo, era de un aspecto igual; su superficie era anfractuosa, desigual y tapizada en partes por natas de pus, mas ó menos grandes, que no se separaban lavando aquellas partes. El foco que estaba en la cara convexa y al cual penetró el trócar, tenia su interior muy limpio y sus paredes estaban cubiertas de columnitas pendientes, muy pequeñas, que se avanzaban á su interior, unidas unas con otras y entrelazadas, formaban un tejido reticulado. Practicando un corte en las paredes del absceso, se veia el foco limitado por un tejido blanquizco, algo resistente, luego una capa de un color rojo muy oscuro y punteada de pus que se reducía fácilmente en papilla; y por último, otra delgada y en la cual el tejido del hígado estaba como con-

densado; su color iba disminuyendo de intensidad hasta confundirse con el que tenia el resto del hígado, que parecia mas amarillo que el de costumbre. El tejido era en general resistente en su superficie, bien que apretando con fuerza se dejaba penetrar. Los abscesos se presentaban independientes unos de otros y el órgano pesó 5 libras, 3 onzas, 4 adarmes despues de haber vaciado los abscesos.

El pulmón derecho estaba fuertemente replegado arriba y atras, de manera que el lóbulo inferior parecia una cuña entre el hígado y la pared posterior de la cavidad torácica; el lóbulo superior era bien crepitante, lo mismo que el medio y borde posterior del inferior, crepitaba muy poco el borde inferior. Por su base estaba fuertemente adherido al diafragma; la cavidad de la pleura contenia un ligero derrame de serosidad sanguinolenta y estaba cubierta inferiormente por falsas membranas delgadas, blancas, despulidas, y cuya resistencia aumentaba á medida que se aproximaban al diafragma; el pulmon izquierdo ligeramente congestionado en su base así como el derecho; la cara intèrna de las paredes del corazon y de la aorta vivamente inyectadas, y las paredes de esta última con algunas manchitas blancas que me parecieron de naturaleza calcárea.

Este caso llamó mucho mi atencion, y desde entonces al lado del Sr. Brassetti procuré reunir datos para no volver á cometer dicho error. Poco tiempo despues tuve ocasion de ver al referido Sr. Brassetti diagnosticar un caso igual, y yo mismo al año siguiente pude hacerlo como se ve en la siguiente

OBSERVACION 3ª.—El 26 de Junio del pasado año encontré en la cama núm. 17 á un hombre de 50 años

de edad, aguador, de constitucion deteriorada, de temperamento linfático-sanguíneo, y viudo. No sabia qué enfermedades habia padecido antes de la presente. Refiere que hace 14 dias comenzó á sentirse enfermo, y segun su narracion, resulta que ha sido víctima de una hepatitis terminada por supuracion.

En efecto, á primera vista se fija la atencion sobre la region hepática por las desigualdades é irregularidades que presenta: se nota hácia el ~~abdomen derecho~~ un tumor voluminoso que eleva notablemente el borde costal; el flanco del mismo lado así como la base del tórax estaban enormemente abultados, de manera que dicho lado medía 3 centímetros mas que el lado izquierdo; palpando en estas regiones se despierta un dolor obtuso en todas ellas y muy agudo en ciertos puntos, sobre todo en el tumor que hemos referido y en algunos espacios intercostales en donde se revela algo de fluctuacion; esta es algo oscura en los espacios intercostales y muy marcada en el tumor anterior. Se limita hácia abajo y á la izquierda el borde del hígado por medio de la palpacion y de la percusion, valiéndonos de este medio se ve que el sonido macizo se extiende verticalmente desde el nivel del ombligo hasta encima de la tetilla, midiendo 9 pulgadas, y transversalmente hasta el hipocondrio izquierdo.

El enfermo no tiene dolor en alguna parte, sino una sensacion de peso en el hipocondrio y el hepigastrio, que le ocasiona mucho malestar. Tiene ansia, sofocacion, opresion en la base del tórax, hace 38 respiraciones por minuto, su temperatura en la axila es de 40° cent., su pulso es blando, algo lleno y da 104 pulsaciones en un minuto. No sabe si la calentura se le exacerba á alguna hora del dia, pero sí suda algunas veces, ya en el dia, ya en la noche. Tiene mucha sed, la lengua pastosa y

la boca amarga; no tiene apetito, ni a sedías, ni hipo, y se queja de diarrea que en efecto es abundante. En el ángulo interno de sus ojos se nota la mancha alcohólica y en las conjuntivas un ligero color amarillo. Las orinas son escasas y no revelan algo de particular.

El enfermo está profundamente deteriorado, muy débil y no puede dormir.

Auscultando los órganos de la respiracion, encontré que ésta era muy débil en la parte póstero-inferior del pulmon derecho, al paso que era pueril en toda la parte superior. Habia macicez en una extension muy limitada en la base del mismo pulmon hácia la parte posterior, mientras que hácia adelante se extendia hasta donde hemos dicho.

Por lo expuesto se ve que se trata de una hepatitis terminada por supuracion, y solamente me falta cerciorarme si esta está reunida en un solo foco ó en varios. A la simple vista nace la idea de que son cuando menos dos abscesos; pero no hay datos suficientes para sostener esta multiplicidad de focos. Procurando obtener la fluctuacion, se nota ésta muy claramente en el tumor epigástrico, y es oscura en los espacios intercostales; comprimiendo en estos y colocando la mano en el tumor, no se siente el choque del líquido, ni haciendo lo contrario; pero aun puede suceder que sea solamente un absceso y que por el lugar que ocupa se noten los fenómenos que hemos referido. No me detuve en examinar si habia adherencias ó no, porque como he dicho en otra parte, es inútil hacer á priori el diagnóstico de ellas.

Considerando el estado general del enfermo y el volumen del tumor hepático, podemos decir que el pronóstico es grave; y mas grave aún, si existen varios abscesos y ademas adherencias.

TRATAMIENTO.—Se procedió inmediatamente á la punccion, con la conviccion de que habia dos focos, pero con la duda de si comunicaban entre sí; y en tal virtud, se eligió un trócar largo de Chassaignac, el cual fué introducido en el noveno espacio intercostal y en una direccion un poco oblicua de abajo arriba y de derecha á izquierda; un ligero esfuerzo fué necesario para llegar al foco: extraido el punzon, salió suavemente un chorro de pus hepático; comprimiendo en el tumor anterior, el chorro no aumentaba ni en fuerza ni en cantidad; entonces se dirigió el trócar hácia el tumor, subiendo el mango; despues de un esfuerzo mayor que el anterior, se creyó haber llegado al otro foco, se sacó el punzon, pero no salió pus sino sangre; otro esfuerzo mas y tras el punzon salió pus flegmoso, espeso, bien ligado, y sangre pura por un lado del chorro; la compresion nos confirmaba que se habia penetrado en el tumor epigástrico. Despues de haber salido como una media libra, introdujimos 34 centímetros de un tubo delgado, y fijado segun la costumbre, siguió saliendo sangre abundantemente; pero tapado el agujero con la extremidad del dedo índice durante un corto espacio de tiempo, la sangre se detuvo. Reconociendo los límites del hígado, hallamos que nada habian disminuido las dimensiones que hemos dicho antes. Despues de algunas horas, la hemorragia continuó de una manera tan rebelde, que fué muy difícil contenerla.

El dia siguiente el enfermo presentaba un estado muy alarmante. Estaba sumamente inquieto, no podia conservar mucho tiempo una posicion, aunque su debilidad le obligaba á ello, y en medio de la fatiga, la ansia, la agitacion, etc., pedia que lo cambiasen á cada momento; la respiracion se ejecutaba con mayor dificultad, hacien-

do 38 respiraciones por minuto; su pulso en las radiales imperceptible completamente y la temperatura se conservaba bastante alta. Era atormentado por una sed devoradora y las deposiciones persistían abundantemente. Sus respuestas eran vagas y no contestaba á todas las preguntas que se le dirigian. Sus fuerzas le abandonaron rápidamente, sus extremidades se enfriaban gradualmente y la vida se extinguió muy pronto.

AUTOPSIA.—Abierta la cavidad torácica y abdominal, fijamos desde luego la atención en la glándula hepática. Esta víscera ocupaba el epigastrio, los dos hipocóndrios, el flanco derecho, parte de la region umbilical y una parte de la base del torax. El diafragma estaba fuertemente abovedado, arrollando el pulmon derecho; las vías digestivas comprimidas y replegadas hácia la izquierda; un largo cuágulo de mas de doce centímetros pendiente del hígado, descansando sobre el epiplón, ocupaba la parte media del abdómen, natas albumino-fibrinosas delgadas, fáciles de desgarrar, blancas en su espesor y rojas en su superficie, cubrian la cara anterior del hígado: todo esto revelaba la existencia de las adherencias y de una hemorragia interna. En la parte superior de la cara anterior del hígado, existia un enorme foco purulento, cuya pared superior era formada por el diafragma y las restantes por el parenquima del órgano hepático. En la misma cara y hácia la parte lateral derecha habia otro absceso, que tenia 5 centímetros de diámetro y al cual penetró primero el trócar; en la parte anterior y hácia el borde inferior del hígado estaba otro un poco mas grande, que formaba el tumor de que hemos hecho referencia y al cual tambien llegó el trócar; ademas, encima de este estaba otro mas chico, que comunicaba con el ante-

rior é independiente de los demas. Todos estos abscesos ocupaban el lóbulo derecho, en cuya cara posterior habia ademas dos pequeños focos. En la misma cara del lóbulo izquierdo habia por último otros tres abscesos muy pequeños y muy superficiales. Nada tengo que añadir á lo que he dicho en otra parte, acerca de los caracteres del pus y de los otros fenómenos de la anatomía patológica de los abscesos del hígado. El pulmon derecho estaba arrollado como he dicho y ademas adherido al diafragma; ambos pulmones congestionados en su base, principalmente el derecho, cuya cavidad pleural contenía un ligero derrame seroso.

En la siguiente observacion que recojí en compañía del Sr. Domenzain, se verá que un solo foco purulento puede dar fenómenos que simulen la existencia de varios.

OBSERVACION 4^a—Florentino Perez, de 36 años de edad, de constitucion deteriorada, temperamento mixto (linfático-sanguíneo) y de oficio jornalero, ocupó la cama núm. 0f18 de la sala de clínica interna el 8 de Julio de 1873.

Hace algun tiempo, segun dice, tuvo una disenteria de la cual sanó, y hace cinco meses, un dolor de costado, principio para él de los padecimientos que lo condujeron al hospital, no obstante que por dos meses pudo entregarse á sus ocupaciones habituales; pero despues, es decir, hace tres meses, se excedió en comer y beber pulque, y en consecuencia sintió agravarse su mal estado, pues experimentó vómitos, evacuaciones, la boca desagradable, sed, hipo, alguna calentura y dolor en la region del hígado. En este estado permaneció algunos dias, haciéndose algunas medicinas domésticas, sin hacer cama,

saliendo á la calle y desempeñando algunas de sus ocupaciones. Despues de cierto tiempo, la calentura se hizo intermitente, comenzó á experimentar calosfrios y sudores en la noche algo abundantes, el dolor le era menos molesto, lo mismo la sed, y solo persistia el mal sabor de la boca; pero como gradualmente se iba enflaqueciendo, se decidió á recurrir á la caridad pública.

Hoy le encontramos en el decúbito lateral derecho, con las piernas dobladas sobre los muslos y estos sobre el abdómen, en un estado de consuncion considerable, con la piel seca y de color ictérico bien marcado. Se queja de dolor y pesantez en el hipocondrio derecho, de mucha sed, de amargo de la boca, de inapetencia y evacuaciones abundantes que no pude ver. El hipocondrio derecho sensiblemente mas abultado que el izquierdo, medía con el cirtómetro desde el apéndice sigfoides al punto opuesto del raquis, 45 centímetros por 42 que medía el izquierdo; los espacios intercostales al nivel del hígado, muy ensanchados, como casi el doble del estado normal, y hácia el epigastrio un tumor ligeramente saliente. Por la palpacion se descubria que el hígado desbordaba de una manera considerable los cartílagos costales, pues inferiormente llegaba hasta 3 centímetros de la espina iliaca antero-superior, y del lado izquierdo hasta los cartílagos de las falsas costillas. Se apreciaba muy bien en el epigastrio el tumor que se percibia á la simple vista, como dije antes, era renitente y muy oscuramente fluctuante, sin que diera una idea clara de que contuviese algun líquido.

Por medio de la percusion se confirmaron los límites que hemos asignado al tumor hepático en el abdómen, y se precisaron los que ocupaba en la parte superior, pues la macidez producida por el órgano enfermo, se elevaba has-

ta la tercera costilla, y desde este punto seguia una línea ligeramente curva de convexidad superior izquierda, hasta las falsas costillas del mismo lado.

En el sétimo espacio intercostal, habia una sensacion de fluctuacion, que mas bien parecia de elasticidad; pero hácia el tercio posterior del noveno, la fluctuacion no dejaba duda de la existencia de un líquido.

¿Qué juicio formar de un enfermo que nos suministra síntomas y signos como los que he mencionado? Que es poseedor de un absceso del hígado. El dolor en el hipocondrio derecho, la reaccion febril, el aumento tan considerable del volúmen del órgano hepático, las perturbaciones digestivas, la grande consuncion de nuestro enfermo y el color amarillo de la piel, tan marcado, principalmente en las conjuntivas, nos revelan un padecimiento inflamatorio del hígado; la irregularidad de la calentura, los calosfrios, los sudores nocturnos y sobre todo la percepcion de tres puntos fluctuantes, aunque confusos dos, pero perfectamente claro el del noveno espacio intercostal, nos dan á conocer la terminacion de la hepatitis. Luego, lo repito, nuestro enfermo es presa de la supuracion reunida en foco en el hígado.

Hay una cuestion de muy alto interes pronóstico que naturalmente se presenta en presencia de un tumor hepático tan voluminoso, y es: ¿estos tres puntos fluctuantes corresponden á un solo foco, ó á focos distintos; ó bien aunque distintos comunican entre sí? Francamente confieso que permanecí indeciso acerca de la resolucion, pues no existian datos suficientes para precisar el diagnóstico respecto del número de focos purulentos. Siendo las paredes externas del absceso bastante delgadas, la fluctuacion seria bien marcada en los tres puntos mencionados y se podria apreciar si el pus está contenido en

una sola cavidad ó en varias; pero en el presente caso debemos limitarnos á lo que tenemos, y confesar, que la oscuridad de la fluctuacion en dos puntos y la regularidad de la superficie del tumor, son circunstancias que abonan en favor de la existencia de una sola cavidad; y que por el contrario, inducen á creer en varios focos, el aumento considerable del tumor y la existencia de la onda líquida en un punto fluctuante, cuando se comprime en los otros dos á un mismo tiempo. Así es que no pude aventurar el diagnóstico respecto del número de focos y le formulé simplemente en estos términos: Absceso del hígado en la cara antero-superior del lóbulo derecho, reservando la resolución de la cuestion á la puncion, pues entonces veremos desaparecer los puntos fluctuantes si el absceso es único, ó cuando mas si son varios y comunicando entre sí; pero si la fluctuacion persiste despues que ya no quiere salir el pus y se ve que esto no sucede por otra circunstancia sino porque el foco puncionado se ha agotado, es inconcuso que existe cuando menos otro foco. Respecto de las falsas membranas, no me preocupé por la poca importancia que tienen para el tratamiento.

PRONÓSTICO.—El pronóstico lo creo muy grave, porque aun suponiendo que el absceso fuese único, y el hígado estuviese libre de falsas membranas, es necesario convenir en que el foco en tal caso seria muy espacioso y que sus paredes aun libres de adherencias habrán llegado á un grado de distincion, que, perdida su elasticidad y su retractibilidad, no puedan retraerse como normalmente, ni menos para llenar el vacío dejado por el pus, circunstancias indispensables para evitar el acceso del aire al interior del foco. Suponiendo que los abscesos

son varios; deben ser pequeños ó colocados en la cara posterior, atendiendo á la regularidad de la superficie del tumor, y podrá esperarse que se encuentren en buenas condiciones sus paredes para marchar á la cicatrizacion; pero surge la dificultad de no poder determinar el número y el sitio para dirigir hácia ellos la punta del trócar. Si á cualquiera de estas dos malas condiciones, añadimos la existencia de las adherencias en un individuo profundamente deteriorado, con diarrea, etc., como el enfermo de que se trata, no dudo que el pronóstico será fatal.

ETIOLOGIA.—En la narracion del enfermo se encuentran como causas de su enfermedad las que consideramos como mas frecuentes en nuestras generalidades.

TRATAMIENTO.—Angélica á pasto y opiados al interior y la puncion por el noveno espacio intercostal. Se le extrajo libra y media de pus por medio del aspirador. El abultamiento del lado derecho disminuyó dos centímetros y el borde inferior del hígado se elevó tres.

El enfermo, privado de dicha cantidad de pus, se sintió aliviado; pero las deposiciones y la supuracion volvieron á dominarle. Las deposiciones no le abandonaron jamas, se hicieron fétidas y algunas veces sanguinolentas y pastosas; su vientre era doloroso; el pulso se hizo mas y mas pequeño y frecuente, y la postracion fué en aumento hasta el dia 17 que murió.

INSPECCION.—Abierta la cavidad abdominal, se presentó el hígado, ocupando desde la tercera costilla hasta la novena, sano en apariencia, de color casi normal y completamente adherido á la pared abdominal, al borde costal y al diafragma. Libre de sus inserciones y de sus ad-

herencias, pesó cinco libras y diez onzas (2. k.800 g.) Presentaba fluctuacion muy clara en todo su glóbulo derecho, se hizo una pequeña incision y escurrió una gran cantidad de pus, que bien seria mas de tres libras y media, dejando ver un vasto foco que tenia 5 centímetros trasversalmente y 9 en el sentido vertical. Todo el grande lóbulo estaba destruido, no quedando buena sino la cápsula de Glison, y una pequeña parte del borde postero-inferior. La superficie interna de la bolsa estaba blanca y llena de granulaciones purulentas.

El grueso intestino estaba completamente sembrado en toda su extension, de ulceraciones mas ó menos grandes, algunas de color blanquizo, otras casi negras como gangrenadas, pero que las mas no comprendian sino las dos túnicas, y una que otra comenzaban á invadir la túnica serosa, pues se veía en ella una mancha negruzca, que fué destruida por una ligera malaxacion quedando una perforacion. Estas ulceraciones eran mas abundantes en la ese iliaca, en el cólon descendente; pero las que estaban mas próximas á perforar el canal intestinal, estaban en la union del cólon ascendente con el trasverso.

ETIOLOGIA.—No cabe duda que las enfermedades en general varian segun los climas ó se modifican mas ó menos; pero las del hígado tal vez mas que ningunas otras están sujetas á las influencias climatéricas. Las inflamaciones del hígado, en efecto, sin embargo de ser comunes en otros paises, no son iguales á las que observamos en México. Es verdaderamente admirable que siendo tan benigno el clima de esta capital, dichas afecciones sean tan malignas. Luego no debemos buscar la causa solamente en las estaciones, sino en otra causa que se nos

oculta. Entre nosotros es bien sabido, que por lo general una empulcada es la causa mas frecuente de la inflamacion, que ella tenga lugar ó no en los meses de Mayo ó Junio. Luego, además del calor que evidentemente es mas fuerte en los meses citados, debemos buscar otra causa en el mismo pulque. ¿Será tal vez que el pulque se fermenta en el estómago, por el fermento que lleva en sí, ó bajo la influencia de alguna sustancia de las que han sido ingeridas, ó de algun compuesto que resulta de estas; y el fermento que resulta ó veneno, absorbido por las venas que forman la porta va á determinar en el hígado una afeccion piogénica, mas ó menos intensa segun la cantidad del agente que ha sido absorbida? ¿O en los alimentos, y principalmente en el picante ó en las carni-
tas que forman una parte interesante de la empulcada va algun agente, ó resulta de la indigestion, el cual va al hígado á obrar como cuerpo extraño ó de cualquiera otra manera? ¿O bien será que dicho agente, ya venga del pulque ó de las otras sustancias ingeridas, ó de ambas á la vez arrastrado por el torrente circulatorio vaya á obrar sobre los nervios vaso-motores, ó sobre el sistema glandular del hígado solamente determinando una congestion ya activa ya pasiva en el órgano hepático? No hay duda que de estas sustancias resulta el agente morbífico que hace en la glándula hepática tan enormes desastres, y mas me confirmo en la idea al recordar que de varias personas que concurrieron á una francachela en que sobró pulque y enchiladas, todas las que se excedieron padecieron mas ó menos y algunas hasta la supuracion del referido órgano. Es de notar tambien que dicho agente da lugar por lo comun no á una hepatitis benigna, sino á una inflamacion mas ó menos grave que se termina casi siempre por supuracion, y que, establecido

un foco, parece que de allí se esparcen nuevos elementos para desarrollar otros varios focos. Además de esta causa que en realidad de verdad es la que ocasiona y determina mas hepatitis, tenemos otras varias que se encuentran bien descritas en todos los opúsculos que hablan de este asunto y que omito voluntariamente, tales como las jornadas largas á pié ó á caballo, la disenteria legítima, etc.

El plan curativo varía segun algunas circunstancias; pero sus principales divisiones dependen de la marcha de la enfermedad. Así le dividiremos segun que la hepatitis es aguda ó crónica.

TRATAMIENTO.

Los antiflogísticos constituyen los agentes mas poderosos que pueden oponerse á toda inflamacion y su aplicacion sujeta á seglas generales, puede sin embargo variar al infinito segun indicaciones particulares que no es posible prefijar aquí. En el tratamiento de la hepatitis aguda, juegan un gran papel, y como en cualquiera otra afeccion inflamatoria de alguna importancia, su uso no excluye el de otros agentes medicinales que tienden al mismo fin, aunque de distinta manera. Así pues, en la forma aguda de la hepatitis, cuando la reaccion es muy viva, que el individuo es robusto, que el pulso es frecuente, duro y lleno, se deben hacer sangrías generales; sin embargo, la experiencia ha enseñado que es mejor aplicar sanguijuelas en el ano y en el hipocondrio derecho; se cubrirá esta region con anchas cataplasmas emolientes ó con una vejiga de hielo; se harán fricciones sobre ella de unguento mercurial, ya solas, ó además se pondrán encima de la pomada mercurial las cataplasmas. Además,

se administrarán al interior purgantes repetidos, y principalmente el de calomel y jalapa, y el enfermo será sujetado á atole y bebidas diluyentes. Cuando el individuo es débil, ó que la afeccion hepática está ligada á otra, la cual por sí misma haya agotado al individuo, por poco que este se haya enflaquecido, debe hacerse mas especialmente uso de otros agentes, como los mercuriales, ya al exterior ó ya al interior, en dosis convenientes, los revulsivos, etc. Regla general: no se debe insistir en las emisiones sanguíneas, sino que se debe proceder con mucha prudencia. En la otra forma de hepatitis se hará uso principalmente de los purgantes, sobre todo laxantes, de vejigatorios sobre la region hepática, de baños frecuentes y prolongados, de duchas de agua fria sobre el hipocondrio principalmente de las fricciones mercuriales y de otros agentes, menos de los antiflogísticos propiamente dichos. La alimentacion será poca, nutritiva y de fácil digestion, las bebidas frescas. Se prohíbe el uso de los picantes, irritantes y de las bebidas alcohólicas.

Cuando no obstante de haber empleado todos los medios que hemos expuesto y otros que reclamen las circunstancias á juicio del inteligente, el trabajo patológico no cede y á nuestro pesar llega á la supuracion, entonces el plan curativo se hace mas complicado y reclama inmediatamente una intervencion mas enérgica de la cirugía. La supuracion establecida y reunida en foco, la indicacion principal es darle salida, despues levantar las fuerzas del enfermo. Cuando se ha hecho la puncion y colocado un tubo de canalizacion, se deben sostener las fuerzas del individuo y si es posible reparar las pérdidas ocasionadas por la supuracion; así es que se prescribirán los excitantes, como la tilia, la angélica, los tónicos, etc., y una buena alimentacion nutritiva y de fácil digestion.

Para evacuar el pus, se usa entre los prácticos mexicanos, el procedimiento del Sr. Jimenez [D. Miguel], modificado por el Sr. Vertiz. Es el que se pone constantemente en práctica en el hospital de San Andrés, desde hace ocho años, y el cual por ser bien conocido de todos, no me ocuparé en describirle. Además, se encuentra muy bien expuesto en una interesante memoria de mi compañero Ruiz y Sandoval, publicada en el "Porvenir," así como también en la tesis inaugural del Sr. Diaz Gutierrez. En mis observaciones se pueden ver también algunas adiciones ó auxilios que pueden prestar los instrumentos llamados Aspiradores.

Por los siguientes párrafos tomados de Jaccoud [P. I., 3ª edición], se verá que en Paris se sigue todavía una práctica que muchos años ha que está completamente abandonada en México.

"L'abcès, une fois reconnu, doit être ouvert; s'il tend de lui-même vers la paroi, et qu'il n'y ait pas d'indication urgente, il convient d'attendre la fluctuation superficielle, signe certain d'adhérences; dans le cas contraire, et pour prévenir l'élimination ultérieure du pus par les voies dangereuses, il faut intervenir dès qu'on est certain du diagnostic. On conseille généralement d'agir avec les caustiques pour déterminer, avant l'évacuation, des adhérences entre le foie et la paroi abdominale. Il est sage d'obéir à ce précepte lorsque la fluctuation est épigastrique ou sous-costale; mais quand elle est intercostale, on peut agir d'emblée par la ponction, que l'on peut faire suivre de l'introduction d'un tube á drainage pour assurer l'écoulement du liquide reproduit: les travaux de Ramirez ont démontré l'innocuité de ce procédé. Pour la ponction avec les trocarts capillaires, je puis ajouter mon témoignage á celui de cet éminent confrère; je l'ai pratiquée jusqu'à dix

fois sur un même malade, sans que le péritoine en ait le moins du monde souffert. Dans les cas de ce genre, l'aspirateur sous-cutané de Dieulafoy peut rendre de grands services.—Si l'on a ouvert l'abcès largement, et que la suppuration continue, il es indiqué de faire des injections iodées ou alcooliques, afin de prévenir la stagnation et la décomposition du pus, et d'en restreindre la production par l'action modificatrice de ces liquides sur la cavité pyogénique.

La guérison est rarement obtenue, même dans les cas où l'opération ne produit aucun accident; la pluralité des abcès est la cause la plus fréquente de l'insuccès. Un relevé de Waring donne quinze guérisons complètes sur quatre-vingt-une operations."

En algunas cosas estamos conformes con lo que dice Jaccoud, como por ejemplo, en esto: el absceso una vez reconocido debe ser abierto; pero no en otras como sigue diciendo, pues para nosotros, diagnosticada la existencia del foco purulento, aunque este tienda á abrirse naturalmente por la pared, ya abdominal ya costal, la indicacion mas urgente es dar salida al pus inmediatamente, porque está suficientemente demostrado por la experiencia que las adherencias, que son el resultado que se desea obtener con abandonar el proceso supurativo á sí mismo, lo mismo que las que se procuran desarrollar cuando el foco amenaza abrirse al interior, no son garantías seguras para prevenir los derrames del pus, y ademas impiden que las paredes del absceso se pongan en contacto para cerrar el foco, de lo que resultan consecuencias funestas para el enfermo; pues si las falsas membranas no circunscriben perfectamente el trayecto por donde escurre el pus, se producirá un derrame peritoneal con todas sus consecuencias, el absceso no puede vaciarse

completamente, de manera que queda en el foco cierta cantidad de pus, el aire ocupa el vacío que resulta, y produciendo la descomposicion de él, da lugar á los fenómenos de la septicemia ó cuando menos á una supuracion indefinida si se consigue evitar por medios apropiados la descomposicion del pus. Sin embargo, concede, que cuando la fluctuacion es intercostal, se puede obrar de lleno por la puncion y colocar en seguida un tubo de canalizacion, es decir, poner en práctica el procedimiento mexicano. Yo he aprendido á ser mas exigente, y así lo he visto practicar, pues aunque la fluctuacion no sea intercostal, con tal que exista en alguna parte correspondiente á la glándula hepática, se debe hacer la puncion intercostal, solamente será necesario servirse en tal caso de un trócar mas ó menos largo, segun la distancia á que se calcule estar el foco.

Varios son los signos que pueden hacernos sospechar la existencia de una coleccion purulenta en el parenquima hepático, ó convencernos de ella; pero ninguno tiene la importancia de la fluctuacion. Esta puede ser percibida por la pared abdominal ó por los espacios intercostales, y para ser apreciada convenientemente se necesita mas ó menos tiempo, siempre en relacion con la profundidad del foco; pero debemos hacer notar que la fluctuacion intercostal se percibe mas temprano que la hepigástrica ó abdominal; pues para apreciar esta se necesita que el foco sea grande y muy superficial; y aun en este caso, muchos prácticos, para sentar el diagnóstico definitivo han dado mas importancia á los síntomas generales que convienen á toda supuracion establecida y á los otros signos locales que á la fluctuacion; y cuando se trata de personas poco prácticas, para que puedan sentir la fluctuacion abdominal, es necesario que es-

ta pared forme parte de las del absceso, es decir, que haya adherencias. En esto se ve claramente que el trabajo patológico, con tendencia á dar salida al pus por las paredes abdominales, para hacer apreciable la existencia del foco, necesita haber destruido ó fundido toda el espesor del parenquima que le separaba de la pared abdominal; y como para dar término á este trabajo, el proceso supurativo avanza en todas direcciones, resulta, que cuanto mas tiempo se tarda en producir tal resultado, mayores son los desórdenes de la glándula hepática y mas profundamente minada está la constitucion del enfermo. La experiencia ha demostrado hasta la evidencia, que así como las adherencias oponiéndose á la reduccion del foco, mantienen separadas sus paredes y expuesto á la accion del aire, el mismo inconveniente resulta cuando las paredes estando libres, hayan sido, sin embargo, adelgazadas ó muy destruidas por la supuracion. De consiguiente, nunca se debe esperar á que la fluctuacion se haga superficial, ni aun en los espacios intercostales, y debe siempre practicarse la puncion al traves de ellos, cuando los signos generales de toda supuracion hagan suponer que la hepatitis se ha supurado, y con mayor razon cuando se siente la fluctuacion, ya sea por los espacios intercostales ó por la pared abdominal.

Respecto de la puncion con los trócares capilares, nada puedo decir, porque no les he visto emplear en estos casos, ni tampoco sé que los aconseje el profesor de clínica.

El aspirador subcutáneo es un instrumento utilísimo que da magníficos resultados cuando se trata de extraer líquidos, pues con él se puede vaciar cualquiera cavidad; pero desgraciadamente la curacion de un absceso del hígado no depende solamente de esta condicion. He visto emplear el de M. Dieulafoy y el de M. Potin repetidas

veces en la operacion de la toracentesis, y para evacuar el pus de los abscesos del hígado. Ciertamente que la aplicacion de estos instrumentos es de grande utilidad, y sobre todo conviene usarles cuando se quiere seguir el consejo del Sr. Villagran para la colocacion del tubo. Es precisamente la manera como procedió D. Miguel con el enfermo de cuya historia se encargó á mi amigo el Sr. Jaymes.

No puedo hacer una comparacion del método mexicano con los europeos, porque no tengo los datos suficientes, ni quiero hacerla cotejando las estadísticas mexicanas con las extranjeras, porque la comparacion no seria ni aproximativamente exacta, pues para que hubiese realmente comparacion, era necesario recojer aquí mismo observaciones suficientes de uno y otro método.

La curacion es rara, dice Jaccoud; entre nosotros podemos decir lo contrario, atendiendo sin embargo á ciertas consideraciones que he dejado expuestas al hablar del pronóstico. No obstante, no puedo dejar de hacer relacion de la pluralidad de focos purulentos, que como he dicho, no habia visto en dos años, y fué algo frecuente el año pasado y el antepasado. Este punto es muy interesante, tanto para el tratamiento como principalmente para el pronóstico. Desde luego tenemos que su diagnóstico es muy difícil si se trata de determinar el número de focos; porque jamas se podrá fijar, si sucede siempre como hasta ahora hemos visto, es decir, que cuando hay mas de un absceso, su número es indeterminado, y que cuando mas se puede decir hay dos, tres, etc.; pero nunca limitar el número con toda exactitud, por las razones que hemos dicho antes. Ni la etiología, ni la sintomatología, ni la forma, ni el volúmen de la region pueden suministrarnos datos precisos para fijar la cantidad de abscesos, pues to-

dos los fenómenos son muy vagos, y los mismos que se observan cuando hay un solo foco, pueden notarse cuando hay mas. De esta falta de conocimientos para fijar matemáticamente el número de abscesos, en caso de que haya varios, así como el lugar que ocupan, nace la impotencia del arte y la gravedad del pronóstico. Una observacion del Sr. Jimenez hace referencia á un caso en que habia tres focos; yo he encontrado 5, 8, 9 y aun un número indefinido, como se puede ver en una pieza anatómo-patológica que se encuentra entre las preparaciones del Sr. Brassetti. El lugar que ocupan es muy variable, pues unas veces se encuentran en la superficie, en ambas caras, en uno y otro lóbulo, y aun en el de Spiegel, otras veces en el espesor del parenquima y al mismo tiempo tambien en la superficie; sin embargo, siempre tienen predileccion por el lóbulo derecho y principalmente por la parte superior de la cara anterior. En medio de datos tan inciertos, el operador no puede dirigir su trócar con seguridad, y francamente no sé cómo se debe portar en frente de un enemigo tan numeroso.

Mientras que dura el escurrimiento por el tubo, es necesario mantener mucha limpieza en dicho lugar y tener sumo cuidado en que el tubo no se salga, pues si este accidente tiene lugar y no se reintroduce inmediatamente, pueden sobrevenir consecuencias funestas.

México, Junio de 1873.

7 los
pueden
sintiendo
seces, en
proprio
voluntad
de la
S. 8. 7
en un
ro las
en es
esperan
o el
r al
sueño
pulsar
albo
con
debe
por al
cho
pe, p
im
as.

DE LA VIDA ANIMAL

