

GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle primera de San Ramón número 4, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la "Gaceta Médica."

La suscripción es de 25 centávos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

Tesis sostenida por el Sr. D. Francisco Brasseti en su exámen general de Medicina y Cirugía.—La pleuresía purulenta Extracto y juicio crítico de la tesis del Dr. Damasehino, por el Sr. D. Eduardo Liceaga.

CLÍNICA MÉDICA.

Tesis sostenida por el Sr. D. Francisco Brasseti en su exámen general de Medicina y Cirugía.

SEÑORES:

Cuarenta y ocho horas que concede el reglamento de la Escuela de Medicina de México para que los candidatos que aspiran al título profesional formen una Tesis, no es tiempo suficiente, y por lo mismo, los trabajos que estos presentaren no pueden ser completos ni enteramente satisfactorios.

Por fortuna, sin embargo, el punto que me designara la suerte es uno de aquellos que me han interesado mas, tanto por la frecuencia con que he podido observar los hechos que á él se refieren, en la clínica del Sr. D. Miguel F. Jiménez, cuanto porque he tenido ocasion de notar igualmente las ventajas del método curativo que el referido profesor emplea, el cual le es enteramente peculiar, como se sabe.

Una vez hecha esta salvedad, suplico al jurado me imparta la indulgencia que necesito en estos difíciles momentos.

CUESTION.

¿CUÁL ES EL MEJOR PROCEDIMIENTO OPERATORIO PARA ABRIR LOS ABSCESOS DEL HÍGADO?

Los abscesos de hígado se observan en México con mucha frecuencia.

Este suelo, respetado por algunas enfermedades graves, no lo es por las del hígado, que como la que me ocupa se presentan frecuentemente. De aquí, naturalmente, la eleccion del mejor método curativo, el cual no es otro que el quirúrgico.

De los métodos y procedimientos que yo sepa se usen para vaciarlos, puede hacerse la siguiente division: métodos y procedimientos europeos, y métodos y procedimientos nacionales.

Para mayor claridad enunciaré los primeros y describiré despues los mexicanos. Señalaré los inconvenientes de aquellos y las ventajas inmensas de estos: luego haré la comparacion entre unos y otros; y para completar mi trabajo diré algo de los procedimientos naturales.

De los métodos y procedimientos europeos que llamo antiguos, hay varios; los mas importantes son:

1º INCISION.—Consiste en dividir capa por capa las partes blandas que se encuentran abajo de las falsas costillas y en el punto en que se perciba la fluctuacion, hasta llegar cerca del peritoneo, respetando éste: curar la herida que resulta, interponiendo entre sus lábios hilas que se opongan á la cicatrizacion; esperar á que de esta manera se produzcan adherencias del peritoneo, y una vez conseguidas, abrir el absceso por este conducto.

Varios procedimientos se derivan de este, por ejemplo: 1º. Siguiendo el mismo método, no abrir el foco sino esperar á que espontáneamente llegue á ser superficial y tome el camino que se le ha indicado. 2º. Dividir el peritoneo hasta descubrir el hígado; fijar por puntos de sutura el hígado mismo con los lábios de la division muscular, y una vez bien fijado, abrir el foco. 3º. Dividir hasta el peritoneo y dejar que cicatrice la herida de la pared abdominal; ocho ó diez dias despues, abrir la cicatriz y penetrar al foco. La primer incision en su trabajo cicatricial ha formado adherencias.

2º Los CÁUSTICOS.—Consiste en colocar al nivel del punto por el que se quiere dar salida al pus, una pasta cauterizante, pasta de Viena, por ejemplo, hasta

formar una escara: cuando ésta ha caído, nueva aplicación en el mismo punto, hasta cerciorarse de que existen adherencias entre el hígado y la pared del vientre: entonces se vacía con un bisturí el absceso.

La base de estos procedimientos es determinar á todo trance las adherencias, é impedir que el pus caiga en la cavidad peritoneal.

Cuando las adherencias existen naturalmente, lo que se reconoce por el empastamiento de la piel, el edema y saliente de un punto determinado, la fluctuación, la inmovilidad del hígado, etc., etc., entonces se considera el absceso como simple, y como tal se opera.

METODO DEL SR. D. MIGUEL F. JIMENEZ.

Hará como quince años que su autor lo concibió y puso en planta. Consiste en buscar la salida del pus por punción directa, entre los espacios intercostales que ocultan al hígado.

La profundidad del foco hace variar la manera de proceder.

1º El absceso es mas ó menos superficial y deja sentir la fluctuación por entre los espacios intercostales, generalmente del sétimo al noveno. El operador, armado de un trocar ordinario de toracentesis, lo introduce en el punto en que la fluctuación sea mas clara, teniendo antes cuidado de retraer hácia arriba una porción de piel, como se hace en las punciones subcutáneas. El punto de introducción, por regla general, es el que corresponde á una vertical que venga de la axila ó de la tetilla; pero la mejor guía es el punto donde se sienta la fluctuación, punto que suele ser doloroso.

El trocar se introduce perpendicularmente, rozando el borde de la costilla inferior para evitar la arteria intercostal: la sensación de vacío detiene su marcha y prueba que se ha llegado al foco; se extrae el punzon y el pus escurre por la cánula. Cuando ya nada sale, lo que se conoce, por una parte, en la cantidad obtenida, y por otra, en la inutilidad de los esfuerzos que hace el enfermo, como pujar, toser, se extrae la cánula, dejando caer la porción de piel retraída, y el paralismo se pierde. Por exceso de precaución se pone un pedazo de esparadrapo sobre el piquete:

2º El absceso es profundo y la fluctuación se deja sentir en el epigastro. El manual operatorio solo difiere del anterior, en que el trocar es grande, curvo, como el de Chasaignac: el punto de introducción siempre es un espacio intercostal; la punta del trocar va á buscar el foco; lo demás es lo mismo que en el anterior.

La especialidad de este método nace del signo valioso, fluctuación intercostal,

que nadie como el Sr. Jimenez conoce, y del cual ha sacado tanta ventaja no solo para el tratamiento, sino para la precision del diagnóstico.

Para evitar las punciones sucesivas que el Sr. Jimenez se veia obligado á practicar siempre que el absceso se reproducia, dicho profesor dejaba la cánula en el interior del foco, á fin de obtener un escurrimiento continuo; cuando al Sr. Vértiz le ocurrió sustituir la cánula con tubos de Chassaignac.

Adoptada la idea por el Sr. Jimenez, reformó su manual operatorio.

Yo, que multitud de veces lo he visto operar por este procedimiento, diré que le practica segun la base del primer método.

Primero.—Si es simple la puncion, como en el primer caso de su método, introduce el mismo trócar con las propias reglas, menos la retraccion de la piel, porque aquí no se hace la puncion subcutánea: una vez sacado el punzon del trócar, por la misma cánula, ya cuando el pus escurre, se hace entrar un tubo de Chassaignac de un diámetro menor que el de la cánula, y de una estension cuando menos doble de ésta: una vez que penetra en el foco, y cerciorándose que el pus escurre libremente por él se extrae la cánula, sujetando el tubo, que se afianza despues con una hebra pasada por uno de sus agujeros y tiras de esparadrapo.

Segundo.—En el segundo caso se hace una doble puncion para que el tubo forme una verdadera puntada.

El trócar á que me he referido se desarticula en el mango de tal suerte, que presenta por estremidad libre el punzon ó una embotada. Elegido el punto de introduccion y armado el trócar como los ordinarios, se introduce por un espacio intercostal en el foco, tratando de atravesarlo: una vez conseguido, el objeto es hacer una contrapuncion cerca del epigastro y lo mas cerca posible del reborde costal, para lo que se prosigue de esta manera: atravesado el foco, y cuando se va á tocar la pared abdominal, se saca el punzon, y se desarticula poniendo por estremidad libre la opuesta; armado así, se vuelve á introducir por la cánula que ha quedado puesta, atravesando todo el hígado, y se va á chocar contra la pared del vientre, que se procura levantar fuertemente con la estremidad del trócar: despues de asegurarse que no hay ningun órgano interpuesto, se hace con un bisturi una incision pequeña en la piel, que se profundiza hasta encontrar la estremidad del trócar, el cual sirve de conductor; entonces se empuja fuertemente para que salga, quedando así traspasado el hígado; se extrae la varilla, se pasa por la cánula un tubo, y á su vez se saca la cánula; el tubo queda formando una verdadera puntada.

Posteriormente el Sr. Villagrán, fundándose en algunas observaciones publicadas en la Gaceta Médica, propone tratar así los abscesos de hígado:—Recurrir al método primitivo del Sr. Jimenez; es decir, á la puncion subcutánea hasta vaciar completamente el absceso, para intentar así la curacion de primera intencion; si

el absceso, se reprodujere, obrar de la misma manera, y solo en tercera reproduccion apelar al procedimiento de canalizacion.

Todos los métodos y procedimientos europeos tienen este objeto, condicion *sine qua non*: formar adherencias entre el hígado, por el punto que se pretende abrir, y la pared del vientre, que impidan que el pus se derrame en el peritoneo, porque si tal sucede es infalible la peritonitis.

Véamos si se consigue el objeto. En primer lugar, las adherencias provocadas ó no son un medio peligroso, porque no siempre ponen al abrigo del mortal accidente que se quiere evitar. Suscintamente referiré un hecho de este género muy importante, y que por desgracia no es el único.

OBSERVACION PRIMERA.—El 5 de Noviembre de 1866, Eugenio N., que tenía todos los síntomas y signos de un absceso de hígado, fué operado por el Sr. H... El hígado, bastante abultado, ocupaba desde la tetilla derecha hasta cuatro dedos abajo del borde costal; la fluctuacion era muy manifiesta en el epigastro. La operacion consistió en dividir las partes blandas hasta cerca del peritoneo, al nivel de la fluctuacion, interponiendo hilas entre los lábios de la herida. El 14 del mismo mes, juzgando que ya existian las adherencias, se descubrió el hígado: con un estilete ligeramente encorvado se ratificó que habia adherencias: sin vacilar se vació el foco, que era poco profundo. Salieron cinco cuartillos de pus hepático. Desde luego se notó la facilidad con que el aire entraba en el foco. La percusion no dió señal de retraimiento alguno. La curacion fué un lechimo que penetró en la cavidad y una planchuela de hilas.

Dos dias después acompañé al Dr. H... á hacer la inspeccion, porque el enfermo habia sucumbido con los síntomas de una peritonitis treinta y dos horas después de que fué operado.

Abierto el vientre, encontramos el pus hepático derramado en la cavidad peritoneal, natas purulentas muy abundantes en el mismo, meteorismo, etc. El hígado estaba tan retraído, que la division de la piel quedaba al nivel de su borde inferior, de manera que la separacion entre ésta y la abertura del hígado era de tres dedos: se notaron tambien restos de falsas membranas en toda la parte del lóbulo izquierdo que estaba abajo.

Esta observacion nos enseña cuán engañosas son las seguridades que dan las adherencias; de donde se puede inferir, que *no siempre las adherencias evitan la peritonitis*.

Sabido es en patología, que toda coleccion de pus privada del contacto del aire conserva los caracteres de buena naturaleza; mas tan pronto como lo está, se altera y toma pésimos caracteres y propiedades. Siguiendo cualquiera de los procedimientos operatorios europeos, en todos ellos el aire tiene puerta franca al foco del hígado, resultando la descomposicion del pus, y por esta un estado tifoideo en

que caen los enfermos, ú otros fenómenos de absorcion pútrida y purulenta que los hacen sucumbir forzosamente.

Luego *la amplia abertura que sirve para vaciar los abscesos de hígado en los procedimientos europeos, es muy peligrosa.*

Cualquiera foco para cicatrizar, sobre todo si es amplio, necesita que sus paredes se afronten para que así pueda hacerse el trabajo de cicatrizacion; de otra manera, cuando hay un obstáculo á este afrontamiento, el foco supurará indefinidamente.

Viémos lo que á cada paso se presenta en la práctica. Se nos presenta un enfermo con un hígado voluminoso, bajando á cuatro ó seis dedos del borde costal; esto depende de que encierra pus: para vaciarlo, echamos mano de cualquier procedimiento europeo; la fluctuacion existe abajo del borde costal, ya sea en el flanco ya en el epigastrio; allí obramos de manera que se produzcan fuertes adherencias; y obtenidas, se dá salida al pus; éste sale, y dificilmente se agotará, porque para que la cicatrizacion tenga lugar, es de todo punto necesario que el hígado se retraiga, y que esta retraccion, viniendo á disminuir el hueco que dejó el pus, presente las únicas circunstancias á propósito para obtener la cicatrizacion: mas claro; es necesario, como en toda pérdida de sustancia, afrontar las superficies supurantes.

Esto no se conseguirá, porque se ha fijado el hígado de manera que es imposible romper las adherencias que lo estiran hácia abajo, y quedará una caverna obligada á supurar, la cual permite la entrada libre del aire.

Sucede aquí lo mismo que en el empiema: se saca el pus de las pleuras; si el pulmon está inutilizado por adherencias, el derrame se reproducirá indefinidamente. Como consecuencia en uno y otro caso de estas supuraciones inagotables, sobreviene la colicuacion, á la que necesariamente tienen que sucumbir los enfermos, si antes una sceptihemia no acelera la terminacion fatal.

De donde se infiere, *que las adherencias se oponen á la cicatrizacion del foco.*

Estos son los peligros mas inminentes; todos ellos se dan la mano. Aunque son los principales, no deja de haber otros de entidad; por ejemplo, el tiempo con que se cuenta para ponerlos en planta. En esta como en cualquiera otra operacion quirúrgica obrar á tiempo es lo esencial; y cuando las indicaciones son perentorias, forzosamente se tiene que esperar cuando menos ocho dias, tiempo suficiente para que muchos enfermos sucumban á los progresos del mal ó á una rotura espontánea, que muchas veces es mortal: por ejemplo; si el absceso de hígado ocupa el lóbulo izquierdo, para que dé el signo inequívoco, fluctuacion intercostal, y existan y se tenga seguridad de las adherencias, es preciso que los efectos de la supuracion avancen tanto, que devorando hasta los músculos intercostales llegue á hacerse superficial. Aunque este es el caso mas sencillo, se deja comprender que

el estado general del enfermo será el menos á propósito para esperar una terminación feliz, porque de él depende en gran parte el éxito de la operación: es bueno; habrá probabilidades de curación: es malo; habrá pocas ó ninguna.

Por último, si se tratara de un error de diagnóstico, la razón natural indica los inconvenientes que tendría la fijación del hígado por falsas membranas: así, si se tratara de una hepatitis crónica ó aguda, se pondría un obstáculo terrible á su resolución, porque el hígado no podría retraerse.

Véamos ahora las ventajas de los procedimientos mexicanos.

En primer lugar no se solicitan las adherencias; se evitan, por el contrario, los inconvenientes que he dicho. Además, *cuando se punciona con el trocar por un espacio intercostal el pus nunca se derrama en la cavidad del peritoneo ó en pleura.* Esta doctrina está basada en la experiencia clínica, y si yo reprodujera aquí las multiplicadas observaciones del Sr. D. Miguel F. Jimenez que la prueban, haría este trabajo muy extenso ciertamente.

Muy oportuno me parece consignar un hecho curioso que ha pasado en las salas de clínica, hasta hoy único en su género.

OBSERVACION NUM. 2.—Salas de clínica.—El 15 de Febrero del presente año encontramos en la cama núm. 27, á un hombre como de cuarenta años: llevaba un absceso de hígado tan avanzado y por lo mismo tan claro en su diagnóstico, que el Sr. Jimenez en el acto hizo una puncion por el noveno espacio intercostal; el pus comenzó á salir en abundancia, cuando se trató de introducir el tubo por la cánula: los que se tenían á la mano eran mas gruesos que ésta; por consecuencia se dejó la cánula para favorecer el escurrimiento, encargando al practicante de la sala, que tan luego como tuviera el que se necesitaba lo colocase. Al día siguiente en la visita, *nada de particular*: el estado general satisfactorio, el pus escurria mal por el tubo que el practicante habia colocado la víspera; por este motivo se ordenaron inyecciones iodadas. Este mismo día, en la noche, murió, sin mas dato que haber tenido dolores insoportables en el vientre, desde las diez de la mañana.

AUTOPSIA.—El tubo no penetraba bien en el hígado; esta entraña estaba muy aumentada de volumen por el absceso que encerraba; éste contenia aún bastante pus; su capacidad era tal que podian alojarse los dos puños; sus paredes eran sumamente delgadas sobre todo hacia el borde cortante, *en donde habia una abertura natural del absceso como del tamaño de una peseta, comunicando libremente con la cavidad peritoneal*, en la que existian los caracteres anatómo-patológicos de una peritonitis general. El punto por donde el trocar habia penetrado en el hígado estaba *muuy distante de la abertura natural del absceso*, con la particularidad, que abajo, al nivel del décimo y undécimo espacios intercostales, habia algunas adherencias.

Como se ve, este caso funesto no fué debido al método del Sr. Jimenez, sino á

la naturaleza misma del absceso y á las condiciones particulares, del todo escepcionales, en que se encontraba. Esta es la única coincidencia que yo sepa ha tenido lugar hasta hoy: el hecho es tan claro, que ni pretendiéndolo se puede interpretar mal para hacerlo valer como argumento contra el método referido.

Nunca entra aire en el foco del absceso con el método de que me ocupo: el hecho se apoya en la experiencia, testimonio ante el cual cae toda teoría; y á mas de los muchos casos que personalmente he visto, me fundo en la gran autoridad del mismo Sr. Jimenez, segun lo anunció á la Sociedad Médica en la sesion del 23 de Octubre de este año, confirmada por varios ilustres miembros de ella, y muy particularmente por el Sr. Carmona y Valle, quien dijo “era muy natural darse cuenta de los hechos, puesto que lo que intervenia era cuestion de presiones, y en este caso, la del interior del vientre estaba en equilibrio con la presion exterior, no sucediendo en tal caso lo que pasaba en el pecho cuando se ponía un tubo; el vacio que produce la espiracion llamaba al aire exterior, que entraba por la falta de equilibrio de las presiones.”

Ademas, muy fácil es hacer la experiencia con un enfermo (casi nunca faltan en las salas de clínica) que esté operado del hígado teniendo su tubo, que se le obligue á hacer movimientos y esfuerzos cuantos y como se quieran, tales como toser, pujar, estornudar, etc., y se verá que no entra nada de aire, y sí en cambio sale supuracion.

Por lo mismo quedan los enfermos á salvo del accidente de la entrada del aire en el foco; de consiguiente, este dará supuracion de buena naturaleza.

3º Cuando se opera por el método del Sr. Jimenez, como que no se han solicitado adherencias, el hígado está libre de toda insercion y puede retraerse desde luego que se quita la causa que lo distiende, el pus.

Así se ve cuando se hace la puncion intercostal y sale una gran cantidad de supuracion, que el hígado sube, encogiéndose hasta esconderse debajo de las costillas.

El hecho es palpable: ó bien se pone la mano debajo de las falsas costillas en el punto en que el hígado desborde, y entonces conforme se va vaciando el foco se va sintiendo que sube la entraña, ó bien, antes de hacer la puncion se señala con unas líneas hechas con tinta ó piedra infernal el límite superior é inferior que dá la macicez: despues de la puncion, y cuando ya ha salido casi todo el pus, se vuelve á percutir, y en una estension variable se nota un sonido claro, donde antes era lo contrario: prueba incontestable del retraimiento del hígado.

Si pues el hígado libre vuelve á ocupar sus relaciones normales, claro es que se pone en las circunstancias de curabilidad, porque las superficies supurantes se afrontan y la cicatrizacion encuentra las mejores condiciones para hacerse.

Pero á decir la verdad, suele suceder que aun operando por el método del Sr. Jimenez el hígado no se retraiga, lo que depende de que la vicera, por la natura-

leza del mal; ha contraído adherencias; entonces sucede una de dos cosas: ó por fortuna son débiles y llegan á romperse, en cuyo caso la curabilidad es muy probable; ó por desgracia son tan resistentes que retienen el hígado, y queda entonces en el caso en que lo coloca el método europeo; es decir, obligado á supurar quírase ó no. Se ve aquí, pues, una nueva confirmación de lo dicho antes sobre el particular.

He dicho que aun cuando el absceso esté ocupando el epigastro se le va á buscar con un trócar grande, se desliza el tubo, etc., etc.: podría hacerse esta objecion; la porcion de tubo que atraviesa por la porcion sana de la viciara obrará entonces como todo cuerpo extraño situado entre los tejidos que no padecen; el tubo inflamará esa parte y provocará la supuracion.

En el cadáver he visto dos ó tres veces el tubo atravesando una gran parte de hígado sano, y puedo asegurar que no se forma supuracion alrededor.—En el vivo nunca queda fístula cuando se extrae el tubo y las partes donde estaba cicatrizan en cuanto falta.

Cumple, por tanto, el método del Sr. Jimenez con la condicion esencial de facilitar la cicatrizacion del foco.

Hasta aquí tenemos tres ventajas inmensas; pero todavia hay otras no menos importantes, á saber:

El tiempo que se necesita para la operacion es el que se tarda en diagnosticarla: una vez logrado esto, se opera en un minuto; de manera que se aprovechan las mejores circunstancias en que los enfermos se encuentren, y no hay que esperar á que la supuracion haga progresos devastadores, puesto que la fluctuacion se percibe aun cuando entre el dedo y el foco haya alguna distancia. En una palabra, no se pierde tiempo.

Por no dejar, es tal la sencillez del método del Sr. Jimenez, que dado el caso de un error de diagnóstico (como supusimos para el método europeo) una puncion aun profunda es del todo inocente. Esto se ha visto mas de una vez: en una muy particularmente, el trócar penetró en la vejiga de la hiel y nada sucedió. Este hecho ha servido de base al Sr. Hidalgo Carpio para dirigirse espresamente á ese órgano, obteniendo sin el menor riesgo el éxito deseado. Alguna vez por un error de diagnóstico se ha llevado el trócar hasta el hígado, en un caso de hepatitis, con tendencia á la cronicidad; el cual presentaba los signos de un absceso. La puncion solamente produjo un pequeño escurrimiento de sangre, y la resolucion de la hepatitis fué el resultado; como si esta extraccion de sangre hubiera sido el mejor remedio.

Bien sencilla es por cierto la comparacion entre los métodos europeo y mexicano. Cada inconveniente del primero tiene una ventaja en el segundo.

En los métodos europeos se necesitan las adherencias, y para obtenerlas

se pierde un tiempo precioso. Sucede lo contrario con el método del Sr. Jiménez; la operación se hace en algunos minutos.

2º Por los métodos europeos no siempre se evita el derrame de pus en el peritoneo. Nunca sucede esto por la puncion entre los espacios intercostales.

3º La abertura de salida que á la supuracion ofrecen los métodos europeos, es puerta de entrada al aire en el foco, lo cual tiene graves inconvenientes. El aire no entra por los tubos.

4º Por las adherencias se imposibilita la cicatrizacion del absceso. Con los tubos se favorece.

5º Por último, los buenos resultados obtenidos por del método del Sr. Jiménez se multiplican cada dia mas y mas, y se puede decir que su proporcion con los europeos es como 10 : 22.

Demostrado, como está, que el método del Sr. Jiménez resume estas cualidades, simplicidad, celeridad, seguridad y éxito, me parece oportuno señalar sus indicaciones; es decir, cuando se debe usar, no el método primitivo sino el procedimiento moderno, puncion simple y contrapuncion, y otros pormenores que hasta ahora he pasado en silencio.

Para mí la eleccion depende de la naturaleza del absceso, y sin entrar en detalles sobre este asunto que es tan estenso, por no ser de mi objeto, solo diré que puede encontrarse en una de estas circunstancias:

1º El absceso está formado en el lóbulo derecho: entonces se usará del primer procedimiento: puncion simple y tubo.

2º El absceso es tan considerable ó está tan avanzado, que en el epigastro se encuentra un tumor que ha contraído adherencias: hacer uso del segundo procedimiento, para que el tubo pasado en puntada ofrezca dos vias de desahogo.

3º Hay un absceso en el lóbulo izquierdo y otro en el derecho, separados por una porcion de glándula sana: usar la contrapuncion, para que por una sola operación quede cada absceso con su tubo.

Hoy la conducta que se sigue de ordinario es: Puncionar simplemente por el primer método del Sr. Jiménez hasta que se vacíe lo mejor que se pueda el foco, y esperar con la esperanza de obtener una curacion de primera intencion, como propone el Sr. Villagran. Si el foco se reproduce, se recurre al procedimiento de tubos.

Rara vez el Sr. Jiménez obra como el Sr. Villagran: casi siempre pone el tubo desde la primera puncion.

Se han aconsejado y se usan las inyecciones de diversas sustancias, y muy par-

tualmente las iodadas. Confieso que no soy partidario de esta práctica, pues he visto repetidas veces alterarse la calidad de la supuración por la pequeñísima cantidad de aire que entra con ellas al foco, lo cual es inevitable. Por la misma razón el mismo Sr. Jimenez no las usa, excepto en casos excepcionales. Esto corrobora la influencia maligna del aire en estos abscesos, de cuya circunstancia he hecho mérito antes.

Hay un medio que ayuda mucho á favorecer el escurrimiento del pus por el tubo, y que hasta cierto punto acelera la cicatrización del foco, á saber: un vendaje de cuerpo aplicado al epigastrio y base del torax, apretado suficientemente. Fácil es comprender que este medio obra mecánicamente.

Otra particularidad: en los enfermos de este género á quienes se les encarga hagan ejercicio moderado, se nota la facilidad y aun la mayor abundancia con que escurre el pus cuando cumplen con la prescripción, que muy particularmente recomienda el Sr. Jimenez. El medio no puede ser mas sencillo, y aun sirve de mucho para mejorar el estado general.

Este tratamiento es completado con una alimentación moderadamente reparadora.

¿Cuándo debe extraerse el tubo? Hasta hoy esta es la práctica: Desde que la supuración comienza á escasear van disminuyendo los glóbulos de pus en el poco líquido que escurre: cuando solo sale serosidad ó bilis *in natura*, es cuando se quita el tubo. La comunicación cicatriza, y hasta hoy no se ha dado ejemplo de que quede trayecto alguno fistuloso.

Como en toda operación quirúrgica, no falta algún accidente. El que yo he observado, pero rara vez, es un dolor muy vehemente, con el carácter de punzada muy aguda, que envara por completo el lado derecho del torax, que impide la respiración por ese lado, y que pone á los enfermos en un estado de angustia estrema. Viene este accidente inmediatamente despues de la punción; no dura mas de media á una hora, cuando mas cuatro horas, y se disipa por sí solo.

Cuando no se tiene conocimiento de este fenómeno, atemoriza, porque la angustia de los enfermos es seria, y la primera idea que ocurre es la de una pleuresía ó peritonitis fulminantes. Es de advertir, que á pesar de lo alarmante del caso, el pulso y el calor de la piel no se alteran y todo pasa pronto. He visto reproducirse un accidente semejante en algunas toracentesis: de manera que por analogía creo pudiera referirse á la sección ó herida de alguno de los filetes delgados del nervio intercostal del espacio en que se opera: la marcha de los síntomas confirma esta suposición.

Los resultados obtenidos por el método del Sr. Jimenez han sido publicados en la Gaceta Médica: aunque por desgracia no están todos.

El Sr. Villagran posee varios, y casi no hay médico mexicano que no cuente algunos en su práctica.

De los datos que he podido recoger en dos años de asistencia á las salas de clínica, formo un cálculo de un treinta por ciento de buen éxito.

Hasta aquí me he ocupado de los medios con que cuenta el arte para curar las supuraciones del hígado. Quiero, para terminar, decir algo de lo que sé sobre los medios que la naturaleza emplea. Para formar bien esta descripción creo mejor recurrir á algunas de las observaciones que poseo.

OBSERVACION NUM. 3.—Salas de clínica.—José María Lopez entró el 23 de Enero de 1866, al núm. 32. Las condiciones en que se encontraba eran bastante satisfactorias. Juicio formado sobre su enfermedad: absceso de hígado y pyotorax. El 25 del mismo mes se le hizo una puncion por el octavo espacio intercostal derecho, y se colocó un tubo: el líquido que salió, vagamente ofrecia los caracteres del pus francamente hepático; así es que se recurrió á las inyecciones iodadas. A pesar de combatir racionalmente su estado no fué posible dominarlo, sucumbiendo á la colicuacion el 9 de Marzo del mismo año.

AUTOPSIA.—Un derrame purulento en la cavidad derecha de las pleuras, circunscrito en la parte anterior por fuertes y antiguas falsas membranas; el pulmon, que formaba la pared posterior de esta especie de kiste, como carnificado é infiltrado de pus. En la parte posterior del lóbulo izquierdo del hígado, (la que se encuentra en la gotera vertebral) un absceso, que en su capacidad podia alojar un puño, contenia pus de buena naturaleza, comunicando por intermedio del diafragma, precisamente por la parte posterior del centro frénico, con la cavidad pleural derecha.

OBSERVACION NUM. 4.—Salas de Clínica.—El núm. 7 entró á mediados del mes de Diciembre de 1865. Desde luego se diagnosticó un absceso de hígado abierto en las pleuras: se operó por la simple puncion con tubo, y sucumbió por la colicuacion el 19 de Marzo de 1866.

AUTOPSIA.—Derrame purulento en la cavidad pleural derecha; el pulmon de este lado estaba reducido á una hojilla dura, como gruesa falsa membrana. El hígado disminuido en su volúmen, con un absceso en el lóbulo derecho en via de cicatrizacion, comunicando libremente por una abertura del diafragma con las pleuras.

Estas son las terminaciones y anatomía patológica de los abscesos de hígado cuando la supuracion se derrama en las pleuras.

Si es al peritoneo donde escurre, y la peritonitis que resulta por fortuna se circunscribe (lo que es muy raro), he aquí lo que pasa:

OBSERVACION NUM. 5.—Salas de clínica.—El enfermo que ocupaba el núm.

30 se inspeccionó el 30 de Junio de este año (sustituía la direccion el Sr. D. Lauro Jimenez). Habia llegado con una peritonitis circunscrita en el flanco derecho, por rotura de un absceso de hígado en el interior del vientre: no se practicó ninguna punición, quedandó sin éxito la medicacion revulsiva que se planteó: del hec-tisismo pasó al marasmo y sucumbió. En el cadáver se encontró un derrame de pus en el flanco derecho, circunscrito por multitud de falsas membranas, las que uniendo porciones de intestinos, habian formado en conjunto una especie de quiste que comunicaba arriba con una escavacion del borde libre del hígado, de una capacidad tal, que podia contener un limon; abajo comunicaba con el jejunium por una abertura del tamaño de una peseta. El pus que bañaba á esta bolsa era negruzco, muy espeso y fétido.

No es menos temible la terminacion cuando el absceso se abre ampliamente en el intestino.

OBSERVACION NUM. 6.—Salas de clínica.—(Sr. D. Lauro Jimenez.) José María Aguilar entró á ocupar la cama núm. 29, el 30 de Agosto de este año: diagnosticose un absceso de hígado abierto por los bronquios y por el intestino. Sucumbió el 14 de Setiembre.

AUTOPSIA.—El hígado está casi todo supurado, comunicando el amplio foco hacia arriba con la base del pulmon derecho, que en fusion purulenta se confundia con él y quedaba en comunicacion con los bronquios: luego, por una especie de canal artificial formado por falsas membranas, el mismo foco comunicaba con la primera porcion del colon ascendente. Todo el intestino grueso presentaba en su superficie interna ulceraciones tan abundantes, que por su situacion y número le daban el aspecto de un *arnero*. Las úlceras son muy profundas, de formas irregulares, se parecen muy mucho á los chancros por la forma de los bordes y los estragos que han hecho. Esta pieza patológica me ha parecido curiosa y por tanto la conservo.

En alguna sesion de la Sociedad Médica he oido referir al Sr. Iglesias la observacion de un enfermo del hospital de Jesus á quien se iba á operar de un absceso de hígado. La vispera tuvo basca, y en uno de los accesos murió repentinamente. La autopsia esplicó la muerte: el foco se habia abierto en el pericardio. Se ve que, ora sea á la cavidad pleural, al peritoneo ó al intestino, donde un absceso de hígado se abra por los esfuerzos de la naturaleza, las consecuencias son casi forzosamente mortales.

Por lo que llevo espuesto me atreveria á concluir: que raro es el absceso de hígado que entregado á las fuerzas de la naturaleza, no se rodee de complicaciones con los órganos vecinos que se opongan muy seriamente á su curabilidad.

Una abertura por los bronquios es admitida por todo el mundo como la mejor natural terminacion.

Abundan las observaciones de este género para que crea necesario consignar al-

guna. A mí me parece, sin embargo, que se ha exagerado en este particular; es mejor que otras terminaciones, es cierto; pero no muy buena.

No menciono otras vías de desahogo, porque las ya enumeradas son las mas frecuentes y las principales, siendo las únicas que he visto ú oído referir á personas competentes, y porque en el curso de esta pequeña labor he preferido mejor presentar un trabajo original aunque imperfecto, á hacer la mas bella de las copias.

México, Noviembre 23 de 1867.

FRANCISCO BRASSETTI.

LA PLEURESÍA PURULENTE.

Tesis presentada en el concurso para la agregacion (seccion de Medicina y de Medicina Legal), y sostenida en la facultad de Medicina de Paris el 5 de Marzo de 1869 por el Dr. Damaschino, etc., etc.

EXTRACTO Y JUICIO CRÍTICO DE DICHA TESIS, PRESENTADOS Á LA SOCIEDAD FAMILIAR DE MEDICINA DE MÉXICO, POR EL SR. D. EDUARDO LICEAGA.

La memoria de Damaschino sobre la pleuresía purulenta; es un trabajo interesante que comprende toda la historia de la enfermedad, y que reuniendo los elementos esparcidos en los libros y en la prensa médica europea, presenta el cuadro de la enfermedad con sus claros y sus sombras, sus detalles y sus imperfecciones.

Después de un estudio histórico de los trabajos emprendidos hasta Laenec, analiza las circunstancias en medio de las cuales se desarrolla la pleuresía purulenta; enumera las enfermedades de las cuales es un síntoma, ó una complicacion, ó un estado consecutivo; presenta las lesiones anatómicas á la luz de la histología y de la clínica; hace la exposicion y la crítica de los signos y síntomas de esa afeccion, y discute y valoriza sus caracteres diferenciales. Entresaca con mucha sagacidad, de las observaciones que posee, el verdadero pronóstico del empiema, y por último estudia todas las cuestiones que se refieren al tratamiento quirúrgico, adoptando el hipocrático.

Aunque no toca la cuestion que nos hemos propuesto como objeto de estudio, la memoria de Damaschino encierra cuantas miras nuevas hemos presentado en nuestra discusion, y se hace por esto mismo interesante para nosotros.