GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpió, calle primera de San Ramon 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 suscricion es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

Memoria póstuma sobre abscesos de hígado, escrita en francés por el Sr. D. Lino Ramirez, y traducida al castellano por el Sr. D. Juan María Rodriguez.

CLÍNICA MÉDICA.

ABSCESOS DE HIGADO.

Memoria póstuma escrita en francés por el Sr. D. Lino Ramirez, y traducida al castellano por el Sr. D. Juan María Rodriguez.

[CONTINUA.]

El dia 4 de Julio tuve necesidad de salir para Paris; pero antes de ausentarme examiné de nuevo al enfermo, quien me dijo sentia hacia algunos dias, al medio dia, un movimiento febril acompañado de sudor general. El color de su cara cada vez estaba mas pálido; las funciones digestivas no estaban alteradas; el dolor de la region hepática era muy agudo algunas veces; los fenómenos locales permanecian lo mismo, y la fluctuacion en el noveno espacio intercostal era muy clara.

El enfermo se debilitó y consumió lentamente, segun supe despues, y sucumbió el dia 24 de Agosto.

No tengo todavia la relacion bien detallada de la autopsia; pero segun lo que me ha comunicado Mr. Roby, que fué quien la practicó, existia en medio del tejido hepático contiguo á la cara inferior del órgano, un tumor muy voluminoso, formado por un quiste que contenia muchos kilogramos de un líquido claro y muy

trasparente. A juzgar por las piezas que Mr. Roby tuvo la bondad de conservarme, el tejido hepático no había sufrido alteración alguna, solamente estaba muy descolorido, y aunque había sido conservado en alcohol, no tenía mucha consistencia. El quiste se componía de un tejido fibroso muy resistente; sus paredes tenían un espesor notable, y parecían estar formadas por la cápsula misma de Glisson. El crecimiento del tumor, su nacimiento en el tejido del hígado, y la compresión que ejercía sobre su parenquima, determinaron la atrofia de la víscera, y por consiguiente la reducción del órgano.

Abajo del quiste referido, y sin que haya podido juzgar de las relaciones que tenía con los anexos, existía otro tumor un poco más grande que el puño de un adulto, esférico, blanco, dentro del cual se encontró una materia gelatiniforme: extraída ésta completamente, dejó un hueco semejante á una bolsa formada de diversas capas que se podían separar fácilmente. Las más externas, y por tanto las más antiguas, formaban una especie de membrana muy gruesa, resistente, y tan elástica, que tirando de ella fuertemente no podía romperse; pegajosa, blanca-mate, muy semejante á la piel humana cuando se la sujeta á una maceración prolongada: la capa interna, más reciente, era de un color ambarino; tenía la apariencia de jalea y se separaba fácilmente del resto de la membrana, pero conservando su forma. Ignoro hasta hoy cuál fuera la naturaleza del líquido que estaba encerrado en dicha cavidad, y es probable que aquellas membranas fuesen el resultado de la solidificación de la materia fibrinosa que entraba en la composición del líquido que se fué reuniendo en ella poco á poco. (1)

(1) La descripción de la pieza patológica, que acaba de leerse, está enteramente de acuerdo con la última comunicación que me dirigió Mr. Roby; pero temiéndome mucho se haya deslizado algún concepto equívoco, quiero espresar con claridad la idea que concebí desde el principio.

En este individuo había un quiste desarrollado en el espesor del tejido hepático, el cual por su desarrollo comprimió y atrofió en parte el parenquima del órgano, de lo que resultó, que la cápsula misma de Glisson dilatada constituyese la bolsa fibrosa ya descrita. Hacia su interior se había ido formando paulatinamente una especie de depósito, cuyo conjunto constituía aquella bolsa, formada de paredes contráctiles, blancas y de cierto espesor, que contenía equinococos.

La estructura anatómo-patológica de la pieza, así como su disposición, han sido perfectamente comprendidas. En efecto; no se concibe la existencia de un tumor, tal cual ha sido descrito, que flotase libremente dentro de la cavidad abdominal. Se debe más bien creer, que la cápsula de Glisson, una vez dividida, dió fácil salida al líquido que contenía, y entonces la bolsa interior, que por decirlo así formaba un verdadero quiste constituido por un tejido exageradamente contráctil, se desprendió en el momento de contraerse, y cayó en la cavidad abdominal en el lugar mismo que se suponía ser el sitio del tumor.

Debo manifestar los motivos que en este caso me impulsaron á no establecer definitivamente el diagnóstico. Como quiera que me encontraba por la primera vez en un país donde la supuración del hígado es muy rara, tenía derecho para sospechar que la diferencia de clima pudiera introducir ciertas modificaciones respecto de los síntomas, ó cuando menos respecto de la marcha del mal. Estas consideraciones me obligaron á proceder con la reserva debida.

Lo que llamó fuertemente mi atención, fué la integridad de las funciones digestivas desde el principio del mal, la poca alteración que habían sufrido después de tanto tiempo, y la falta de reacción durante todo el curso de la enfermedad y aun en su fin. Los signos locales, aunque muy semejantes, no eran idénticos. Por todas estas razones, me aventuré á decir únicamente, que existía una colección líquida en el hígado, pero sin asegurar si existía ó no supuración.

El caso me pareció á propósito para aplicar la punción por los espacios intercostales, fuera cual fuese la naturaleza del líquido; pero los médicos y cirujanos del hospital, que examinaron al enfermo, no pudieron percibir la fluctuación, y por lo mismo no aceptaron el medio que yo les indicaba.

Este hecho me parece interesante, no solo porque sirve de término de comparación, sino porque al mismo tiempo indica el partido que se puede sacar del importante signo de la fluctuación intercostal para reconocer las colecciones líquidas del hígado, el cual no solamente conduce á aplicar en tiempo oportuno un procedimiento tan sencillo como ventajoso, sino á hacerlo extensivo también á ciertas enfermedades del bazo, en las cuales pueden intentarse y estudiarse los mismos medios.

Si en el caso que dejó consignado se hubiese practicado la punción, el líquido habría sido evacuado, se habría hecho uso de cierta clase de inyecciones, y cuando menos se habría prolongado la vida del enfermo.

Señaladas una vez las dificultades para establecer el diagnóstico, y habiendo, además, dado á conocer la utilidad de la fluctuación intercostal para vencerlas, me ocuparé brevemente de los abscesos de hígado, á fin de abordar después la cuestión de su tratamiento quirúrgico.

III.

Adherencias de los abscesos de hígado á la pared toraco-abdominal, y sus consecuencias.

Los abscesos de hígado pueden encontrarse en número variable; generalmente hay una colección, primitivamente única, ó resulta de la fusión con otra ú otras.

El Sr. Dr. Ordoñez, que tuvo la bondad de examinar estas piezas con el microscopio, reconoció que en el presente caso se trataba de un quiste hidatídico; cuya resolución ha venido á confirmarme en el concepto que acabo de esponer. (*Nota del autor.*)

Algunas veces existen dos colecciones distintas, y menos frecuentemente en mayor número. El líquido que contienen estos abscesos, aunque generalmente tiene caracteres propios, sufre algunas veces ciertas modificaciones. En su primera época, por decirlo así, cuando el tejido hepático se encuentra simplemente reblandecido, la cánula del trócar dá salida á un líquido espeso, color de chocolate, de olor particular, cuyos caracteres han servido al Sr. Jimenez para designarlo con el nombre de *pus hepático*, por el cual es conocido entre los prácticos mexicanos. Examinando este pus por medio del microscopio, se reconoce una gran cantidad de glóbulos de sangre, mas ó menos alterados, y en via de una completa descomposicion. Otras veces, el pus bien elaborado tiene un color amarillo *sui generis*, y los demas caracteres que constituyen el pus que los autores llaman *loable*. En algunos casos el producto de la supuracion es tan espeso, que su paso por la cánula es difícil y muy lento.

La cavidad del foco generalmente es unilocular, está situada en el interior del parenquima, y, sin embargo, raras veces tiene formadas sus paredes por el tejido propio del hígado: éstas se encuentran cubiertas por la supuracion, la cual forma una capa de cierto espesor, variable, y en la que algunas veces se advierten colgajos poco resistentes, semejantes á los que se encuentran en los abscesos flegmonosos: esta capa espesa de supuracion puede desprenderse fácilmente, y entonces es cuando se descubre un tejido duro, resistente, que cruge cuando se le divide con el escalpelo, cual si fuese fibro-cartilaginoso, blanco en las capas mas inmediatas al foco: algunas veces estas son amarillas y se las suele ver interpuestas con otras azuladas, cuyo color va desvaneciéndose hasta donde comienza el tejido propio del órgano.

Las dimensiones que tienen los focos son muy variables, tanto por el crecimiento que puede adquirir el hígado hácia el vientre, cuanto por su estension hácia la cavidad torácica: en este caso pueden adherirse con las paredes toraco-abdominales, con la pleura, el pulmon, etc., etc., y entonces estos órganos pueden llegar á formar parte de las paredes mismas del foco, principalmente si se produce una perforacion que haga comuniquen con el absceso. En semejante caso el foco toma proporciones increíbles: yo he visto algunos que se estendian desde la clavícula hasta la cicatriz umbilical.

Luego que se ha formado una coleccion purulenta en cualquier punto del organismo, los esfuerzos de la naturaleza casi siempre tienden á abrirle paso hácia el exterior; así es, que el trabajo patológico va invadiendo los tejidos contiguos, hasta que destruyéndose estos por alguno de sus puntos se verifica la evacuacion del pus: pero cuando se trata de un órgano como el hígado, situado en una cavidad donde por decirlo así flota en medio de otros órganos, si la destruccion determinada por el trabajo interior llega á la superficie de la glándula y la perfora, la

consecuencia inmediata de semejante accidente es el derrame en el peritoneo de un producto eminentemente irritante, y por consiguiente el desarrollo de una peritonitis, mortal casi siempre. Esto, en efecto, es lo que muchas veces sucede, aunque la naturaleza generalmente se prepara contra tales accidentes. A este fin, al propio tiempo que se verifica interiormente el trabajo destructor, exteriormente se efectúa otro que tiende á establecer adherencias entre el foco y uno ó muchos órganos inmediatos. Casi siempre se encuentran adherencias inmediatas con el diafragma, y mediatemente con la pleura y el pulmon, ó bien con el estómago, con una porcion del intestino delgado ó del grueso, ó bien, finalmente, con las paredes del vientre, en la region epigástrica ó sus alrededores. Además de estos órganos, existen otros con los cuales puede tambien contraer adherencias; de este número son el pericardio y los riñones.

Yo estudio en estos momentos la cuestion de adherencias, únicamente bajo el punto de vista del tratamiento. La práctica quirúrgica es á menudo una simple imitacion de lo que hace la naturaleza: la observacion enseña que ella recurre á la evacuacion del foco hepático por algunos de los puntos que hemos señalado, ora sea por el aparato pulmonar, ora sea por algun punto del intestino, ora, en fin, perforando los tegumentos. Esta via es la única que se encuentra al alcance del práctico: de ahí nació el procedimiento de Bégin, el cual consiste, como se sabe, en determinar la adherencia de las paredes del vientre con la superficie del hígado, y en seguida abrir el foco; este procedimiento ha sido puesto en planta, generalmente, aunque ha sufrido despues varias modificaciones aconsejadas por los autores que lo han aplicado con posterioridad. Casi todos los procedimientos recomendados hasta hoy tienen por base fundamental, ó mejor dicho consisten en determinar la adherencia del foco con la pared del vientre. Aun cuando todavia no se hubiera inventado otro recurso mas ventajoso, no podria uno menos de hacer algunas objeciones graves contra semejante manera de proceder, en vista de lo que la esperiencia nos ha enseñado ya. (1) En efecto; esta idea tan sencilla y na-

(1) Es tan justa esta manera de ver, que con el objeto de confirmar una nueva vez su exactitud creo conveniente referir, aunque en extracto, un hecho que no podrá dejar duda alguna en el ánimo del lector. La historia que voy á compendiar puede verse *in extenso* en la tesis para el profesorado de mi apreciable colega y amigo el Sr. Brassetti, publicada en el núm. 20 de esta GACETA, correspondiente al dia 15 de Octubre de 1869, pág. 365.

El dia 5 de Noviembre de 1866, Eugenio E. . . , que tenia todos los signos patognómicos de un absceso de hígado, fué operado por el Sr. H. . . ; la fluctuacion era muy manifiesta en el epigastrio. La operacion consistió en dividir con el bisturí el espesor de los tejidos, al nivel de la fluctuacion, hasta llegar cerca del peritoneo, interponiendo luego hilas entre los lábios de la herida. El dia 14, es decir, nueve dias despues de hecha la incision, habiendo juzgado por el exámen escrupuloso que se practicó, que existian ya formadas las

tural, hacer que el foco adhiera á la pared del vientre para impedir de este modo el derrame de pus, parece ventajosa á primera vista: pero si algunos hechos pueden serle favorables y principalmente cuando faltan otros medios, lo cierto es sin embargo, que las adherencias en ciertos límites y circunstancias no solamente no son ventajosas, sino que deben aun reputarse perjudiciales y contrarias al fin que se trata de obtener.

En primer lugar, voy á trascribir las últimas notas que el Sr. Jimenez tuvo la bondad de remitirme en los momentos de mi salida de México. De los hechos que refiere, he podido observar paso á paso el segundo.

«Todo el mundo sabe con cuanto deseo se intentaba, en otra época, obtener por «diferentes medios artificiales la adherencia del hígado supurante con las paredes «del vientre, antes de resolverse á abrir el foco, á fin de evitar el derrame del pus «en la cavidad del peritoneo, y las consecuencias funestas de este accidente. Hoy «se ha generalizado entre nosotros vaciar la coleccion purulenta tan luego como es «descubierta, sin ocuparse para nada de la existencia de tales adherencias, siem- «pre que se llenen ciertas condiciones que es inútil recordar en este momento. «Después de que los hechos han establecido esta seguridad, se me han presentado «algunos casos que inducen á probar que en determinadas circunstancias, en lu- «gar de obtener las ventajas que se solicitan al procurar las adherencias, se retar- «da indefinidamente la cicatrizacion, y aun llegan á ser la causa de la muerte del «enfermo.»

De los hechos á que me referí hace poco, elijo los dos siguientes:

adherencias, se vació el foco por aquel punto. *Salieron cinco cuartillos de pus hepático.—La percusion, sin embargo, no dió señal de retraimiento alguno por parte del hígado.—Curacion simple.*

Treinta y dos horas despues de que habia sido operado, murió E... de peritonitis; y algunas mas tarde se procedió á hacer la autopsia.—Pus derramado dentro de la cavidad del peritoneo.—Signos de peritonitis.—Natas purulentas.—El hígado retraido, de manera que la incision hecha en la piel quedaba al nivel del borde inferior del órgano. Se habian desgarrado las adherencias.

Para ser tan conciso cuanto debo serlo en el presente caso, me conformaré simplemente con formular las ideas que los médicos mexicanos tenemos respecto de las adherencias en los casos de abscesos de hígado.

NO LAS CREEMOS CONVENIENTES: 1º Porque no siempre evitan el derrame del pus, ni, por consecuencia, la peritonitis y la muerte del enfermo. 2º Ellas se oponen á la retraccion del órgano, y por lo mismo son un obstáculo insuperable para que pueda tener lugar el afrontamiento de las superficies supurantes, que es una condición sin la cual la cicatrizacion es materialmente imposible.

Ni estas ni otras desventajas tiene el tratamiento mexicano. Lino Ramirez se estiende algo sobre estas consideraciones al fin de la parte III, con motivo de la observacion IX.

(Nota del traductor.)

OBSERVACION QUINTA.

N. . . , veintiseis años, inflamacion del hígado consecutiva á excesos de alimentos y bebidas curada en apariencia, pero con persistencia de algunos síntomas, y de la calcultura sobre todo.—Algunos meses despues aparecieron los síntomas del absceso de hígado, que formaba un tumor fluctuante, adherente á las paredes del vientre.—Puncion en el octavo espacio intercostal.—Tubo de canalizacion en el foco; disminucion y retraccion de éste.—Persistencia de un tumor adherente; enflaquecimiento; diarrea.—Muerte.—Autopsia.—Se encuentra reducido el foco: su superficie está íntimamente adherida á las paredes del vientre.

(Primera del Sr. Jimenez.) «M. N., jóven de veintiseis años, despues de algunos excesos de alimentacion y de bebida, fué atacado, hácia fines del año de 1864, de una inflamacion del hígado que pareció ceder al cabo de ocho ó diez dias, bajo la influencia de un purgante con calomel, de una sangría en el año y de cuatro vejigatorios en el hipocondrio derecho. Quedó sin embargo un poco de dispepsia, una sensacion de peso en la region, pocas disposiciones para el trabajo y para andar, y una calentura vaga, especialmente por la noche. Cuando ví á este enfermo por la primera vez, el 5 de Junio, no me cupo duda alguna acerca de la existencia de un vasto absceso de hígado, que se estendia desde la quinta costilla hasta cerca del ombligo; invadia el hipocondrio izquierdo, levantaba considerablemente el derecho, y formaba en el epigastrio un tumor proeminente, inmóvil, el cual formaba cuerpo con las paredes del vientre, percibiéndose allí con claridad la fluctuacion, la cual podia ser tambien percibida igualmente entre el sétimo y octavo espacios intercostales.

«El dia 6 introduje por el octavo espacio un trócar de paracentesis, y extraje mas de tres libras de pus, dejando permanente en el foco un tubo de Chassaignac. Continué un escurrimiento incesante, que no comenzó á disminuir sino á fines del mes de Agosto. A esta época el hígado se habia reducido á sus dimensiones y situacion normales; persistia solamente en el epigastrio un tumor duro, prolongado en la direccion del ombligo, de cerca de m. 0,12 de diámetro, que como anteriormente formaba cuerpo con las paredes del vientre, y que luego que se le comprimia daba por el tubo un poco de pus hepático. Las cosas permanecieron en el mismo estado hasta fines de Octubre, y á pesar de la compresion ejercida por un vendaje de cuerpo, y de inyecciones detersivas que fueron variadas de todas maneras, el escurrimiento, aunque notablemente disminuido, continuó sin embargo; sobrevinieron la diarrea, el enflaquecimiento, los edemas, y finalmente el enfermo sucumbió el dia 12 de Diciembre, á los siete meses y medio despues del principio de la enfermedad, y á los seis meses de que el tumor fué vaciado.

«El día 13, *autopsia*. Apariencia esquelétiforme; se percibe todavía en el epigastrio el relieve oblongo que forma el tumor del hígado. Este órgano presenta un aspecto extraño; es mas pequeño; está pálido, un poco resistente, y como endurecido; inmediatamente á la derecha del ligamento falsiforme existe una prolongacion del mismo órgano, en forma de tumor alargado, que se prolonga hácia el centro del vientre y está adherida fuertemente á sus paredes: abierto este tumor, encontramos que el foco purulento penetraba en la estension de algunas pulgadas dentro de la masa del lóbulo derecho, formando una cavidad capaz de contener una naranja: contiene pus y aire infecto; sus paredes presentan un tejido fibroso, resistente y como cicatricial, semejante al de los abscesos ya antiguos.»

OBSERVACION SESTA.

T. Avila entró al hospital con un absceso de hígado.—El tumor está adherente al epigastrio, y la piel erisipelatosa.—Abertara del foco en dicho lugar, con el bisturí.—Inyecciones.—Diarrea; padredumbre de hospital en la incision; colicacion.—Muerte.

(Segunda del Sr. Jimenez.) «Teodoro Avila ocupó el día 28 de Noviembre de 1866, el núm. 36 de mis salas. Tenia un absceso de hígado, desde el mes de Setiembre. El tumor era muy aparente en el epigastrio, donde formaba una saliente arredondada, fluctuante y haciendo cuerpo con las paredes del vientre, que estaban comprimidas por la inflamacion, á tal punto, que la piel tenia el aspecto erisipelatoso, y ademas habia algun empastamiento. La masa del hígado se estendia desde la sétima ó sexta costillas, hasta seis dedos debajo del borde costal. Al siguiente día abrí ampliamente el foco por medio de una incision que hice con el bisturí y salió por ella poco menos de un litro de pus rojizo. Los remedios subsecuentes consistieron en inyecciones balsámicas al principio, en seguida ioduradas, y se le puso ademas un vendaje de cuerpo.

«A fines de Diciembre comenzó la diarrea, que se mantuvo con diversas alternativas, aunque la cantidad de supuracion fué disminuyendo. Sin embargo de que el tumor del epigastrio se habia reducido, descendia al vientre, habiendo logrado examinar con el dedo meñique el interior de lo que formaba el fondo del foco hácia abajo. La situacion del enfermo continuó en este estado, sin variacion alguna, hasta el 19 de Enero de 1867, en cuyo día se notó que la gangrena de hospital, que existia en algunos enfermos de las salas de cirugía contiguas, habia invadido la incision: progresó ésta á pesar de todos los esfuerzos que se hicieron; los fenómenos de colicacion aumentaron asimismo, é hicieron sucumbir por último al enfermo el día 1^o de Febrero.

«La autopsia no pudo tener lugar; pero sobre el cadáver se veia aún el tumor del epigastrio, del mismo tamaño y en el mismo estado que hemos descrito.

«Para mí es evidente que en este segundo caso habriamos encontrado al tumor en las mismas condiciones que en el que referí primeramente; es decir, que las adherencias que el hígado inflamado habia contraido con las paredes del vientre en un punto muy distante de su situacion natural, habrian debido retenerlo y aprisionarlo allí mismo, luego que habiéndose vaciado el foco toda la víscera hubiera querido contraerse y reducirse á sus proporciones y límites naturales. Quedaba, pues, esta parte, como una bolsa obligada á permanecer dilatada á pesar de la compresion ejercida por el vendaje, pues era del todo imposible aproximar sus paredes para obtener la cicatrizacion, de cuyo inconveniente debia resultar la prolongacion indefinida de la supuracion con todas sus funestas consecuencias; y como el origen de todo eso tiene su punto de partida en las adherencias, si éstas se hacen sobre un punto distante de la region que naturalmente ocupa el hígado, es lógico deducir, que este trabajo, lejos de ser favorable en tales circunstancias, debe ser considerado como pernicioso.»

Al lado de estos hechos, colocaré el siguiente que pude observar durante una corta ausencia de mi amigo el Sr. Jimenez, quien tuvo á bien encargarme entonces de su servicio. Este caso confirma las ideas anteriores, y es ademas interesante por la estension tan considerable del foco.

OBSERVACION SETIMA.

Hombre de treinta y cuatro años; absceso de hígado despues de un golpe sobre el hipocondrio derecho.—Dolor en el hipocondrio y el hombro del mismo lado.—Trastornos digestivos.—Al examinarlo se reconoció un tumor en el hígado, adherente á la pared toraco-abdominal.—Fluctuacion, etc.—Puncion é introduccion de un tubo de Chassaiguac.—Alivio inmediato.—Diarrea, colicacion y muerte.—En la autopsia se encontraron las adherencias íntimas del foco con la pared toraco-abdominal.

(Segunda de Ramirez.) A fines del año de 1866 entró á las salas del Sr. Jimenez un hombre de treinta y cuatro años de edad, vigoroso, que tenia un absceso de hígado: como causa única de su enfermedad, dijo habia recibido un golpe sobre el hipocondrio derecho al caer desde una altura poco considerable sobre una viga. Quince dias despues del accidente apareció un dolor en el hipocondrio y el hombro derechos, y quince dias mas tarde comenzó á sufrir de diversos trastornos digestivos, sintiendo calentura al medio dia. Examinando al enfermo, se nota que la piel del costado derecho que cubre las últimas costillas tiene un color rojo intenso; la temperatura está elevada; toda esa parte está dolorosa y edemato-

sa al propio tiempo. La piel afectada tiene un aspecto erisipelatoso. Los espacios intercostales están dilatados, y fácilmente se reconoce entre ellos la fluctuación: toda esa region está visiblemente hinchada. Desde el borde costal se siente un tumor proeminente que llega al ombligo y pasa al otro lado de la línea media. La percusion revela la macicez desde la clavícula hasta el ombligo.

En un exámen posterior, que hice en union del Sr. D. Lauro Jimenez, reconocimos ambos un ligero derrame en la pleura.

Despues de haber empleado las aplicaciones emolientes durante tres dias, viendo que el estado inflamatorio de la parte enferma se mejoraba, practiqué la puncion por medio del trócar, con cuyo auxilio extraje una cantidad considerable de pus. Coloqué luego un tubo para favorecer el escurrimiento constante de la supuracion.

Despues de haber evacuado el tumor, me fué fácil asegurarme de que toda su parte superficial estaba adherente á las paredes toraco-abdominales. La percusion dió un sonido timpánico hasta el hipocondrio, y por el tacto practicado con la estreñidad de los dedos se pudo reconocer la existencia de una cavidad situada debajo, porque los dedos se hundian, y á la vez tocaban en el contorno una resistencia mas considerable.

La supuracion continuó saliendo por el tubo y el enfermo se sintó aliviado. Un poco mas tarde sobrevino la diarrea, se debilitó, y no tardó en sucumbir.

La autopsia puso á nuestra vista la adherencia de toda la superficie del tumor con la pared torácica; la que lo unia con el diafragma era tan íntima, que fué imposible separar el órgano de aquel músculo. El pulmon estaba replegado contra la columna vertebral, y el foco purulento se estendia desde la clavícula hasta el ombligo.

Aunque este enfermo era de una constitucion vigorosa y tenia un carácter enérgico, fué fácil pronosticar su muerte desde el primer dia, supuesta la estension considerable del foco, y sobre todo su adherencia á las paredes del pecho y del vientre, la cual constituia un obstáculo insuperable para que se efectuase la retraccion.

Siendo los hechos el mejor fundamento para hacer un estudio fructuoso, no puedo menos que presentar otra observacion muy interesante bajo el punto de vista de las adherencias, y tambien por lo que respecta al diagnóstico y al pronóstico de la enfermedad. La relacion está incompleta, porque el enfermo vive aún en el momento que escribo las siguientes líneas.

OBSERVACION OCTAVA.

Hombre de cuarenta años, robusto, soldado retirado.—Trastornos digestivos y diarrea de tiempo en tiempo.—Ictericia, calentura.—Espectoracion de sangre y de pus.—Absceso de hígado abierto en los pulmones.

(Tercera de Ramirez.) El dia 25 de Setiembre de 1867 visité en el hospital central de Sevilla (España), á un hombre que habia entrado el dia 14 del mismo mes: tenia cerca de cuarenta años de edad; constitucion sana y robusta; no pudo acordarse exactamente de su pasado; no tiene antecedentes particulares de familia; es nativo de Valencia; ha sido siempre labrador, escepto ocho años que sirvió en la carrera de las armas. Llegó á Sevilla hace cuatro meses, y desde entonces es aguador.

Desde hace mucho tiempo este enfermo ha tenido el pecho delicado. Hace tres años que su salud es mala, y durante los dos últimos, siendo todavia soldado, tuvo unas calenturas intermitentes; sus digestiones eran malas algunas veces; sentia cierto malestar en el estómago; la diarrea sobrevenia durante un período mas ó menos largo, y le causaba algunas veces tenesmo; pero lo que mas le incomodaba era una molestia que sentia en el hipocondrio derecho, acompañada algunas veces de cierta dificultad para respirar. Recuerda que cuando estaba en el servicio cayó enfermo en un pueblo, y que entonces apareció una ictericia muy marcada; su piel se puso amarilla y la orina tomó el mismo color, que manchaba la camisa. Este accidente desapareció. A la molestia del vientre acompañaba ciertas ocasiones un dolor en el hombro, cansancio y debilidad en el brazo derecho, que atribuia al peso del fusil.

Dedicado á sus nuevas ocupaciones, el dia 10, estando dormido se despertó presa de una muy fuerte calentura, sintiendo un dolor excesivamente agudo abajo de la mama derecha, el cual hacia difícil la respiracion, y venia acompañado de tos, comenzando desde luego á arrojar una gran cantidad de sangre; todo lo cual duró cuatro ó cinco dias. Se le aplicaron en su propia casa algunas sangrías, y entró al hospital el dia 14.

El enfermo yace acostado sobre el lado izquierdo, cuya posicion le es mas cómoda pues la opuesta provoca la tos; su semblante, aunque de color amarillento, no está muy descolorido. Su estado general es demasiado bueno; los miembros torácicos están un poco flacos, y en los abdominales hay algun edema.

El carácter del enfermo parece ser enérgico, y el estado en que se encuentra no parece haber abatido su moral.

Descubriendo el vientre se nota una muy ligera elevacion de la region hipocóndrica y de la epigástrica derechas.

El tacto permite percibir una parte del hígado, por cierta sensacion de resistencia que hay en el lugar; el borde llega hasta cerca de la cicatriz umbilical; examinando el borde costal, se llega á un punto en que falta la resistencia, y donde se hundén los dedos, cuando se deprimen los tejidos, como si existiera debajo un vacio; esta misma sensacion se prolonga hasta cerca del borde costal. Practicando la percusion desde el ombligo se oye desde luego el sonido intestinal; pero bien pronto se percibe oscuro, y luego macizo. Percutiendo sobre el punto donde comienza la sensacion de vacuidad antes señalada, el sonido reaparece claro, no siendo intestinal ni estomacal, cuyo carácter se nota igualmente en la cavidad del pecho hasta arriba de la mama, en donde se oye un poco oscuro en una zona limitada, volviendo á poco, á tener, el carácter pulmonar hasta la clavícula. El mismo sonido se reproduce en la region lateral del torax en la prolongacion de la línea axilar, estando oscuro abajo de las falsas costillas. En el costado izquierdo el sonido es un poco mas claro que de ordinario; detras y á la derecha está oscuro en la region escapular; mas abajo se aclara y es casi normal; detras y á la izquierda está lo mismo que adelante.

La auscultacion en la parte sub-clavicular derecha, en el punto donde señalé el sonido claro, la respiracion es áspera, tiene cierto carácter de soplo, y la voz resuena fuertemente; bajando, se nota que hácia la cuarta costilla falta el suave murmullo de la respiracion; se oye un soplo anórico imperfecto, de carácter metálico, y de tiempo en tiempo un soplo fino, como lejano y mas perfectamente metálico. Estos fenómenos se distinguen en toda la estension de la pared anterior, y, aunque menos manifestos, se perciben hasta el vientre en la region hipocóndrica; la voz, en toda esta estension, tiene el carácter de la pectoriloquia, y resuena fuertemente en el hipocondrio y sobre la misma cavidad del vientre; á estos fenómenos se agregan los estertores excesivamente gruesos y abundantes, los cuales alteran su pureza, como asimismo la resonancia que naturalmente producen otros ruidos cuyo sitio es inmediato. Efectivamente; en la base del pecho y hácia afuera hay un punto en donde parece se percibe la respiracion pulmonar mezclada de estertores mucosos y abundantes; ascendiendo en la direccion de la línea axilar, se oye un ruido que tiene el carácter de los rechimidos que determinan las pseudo-membranas de la pleura, los cuales, ademas de ser muy abundantes, resuenan hasta la parte superior. Pasando de esta línea, y sobre la region dorsal, se percibe el murmullo respiratorio demasiado exagerado en algunos puntos, mezclado con estertores mucosos y abundantes, habiendo allí resonancia de la voz; ésta se observa hasta la region escapular, donde el sonido es oscuro como llevo dicho; el murmullo tiene el carácter de soplo, y hay broncofonía exagerada. En el lado izquierdo la respiracion es pueril, y abundan los estertores mucosos.

La respiracion es fatigosa; la tos, que es frecuente, determina la espulsion de

una materia purulenta espesa, que tiene un ligero color de chocolate: este color puede depender de la elaboracion incompleta del pus; su olor es malo y se comunica al aliento del enfermo.

El pulso es blando, débil y frecuente; al medio dia hay un movimiento febril muy intenso, y de tiempo en tiempo abundantes sudores.

El enfermo tiene un poco de apetito, poca sed, y de cuatro á cinco evacuaciones albinas en el dia.

He olvidado consignar en el lugar respectivo, que los espacios intercostales octavo y nono están mas anchos que en el estado normal: en el octavo, la presion determina dolor un poco intenso, y allí mismo se siente una fluctuacion oscura.

Dos dias despues volví á examinar al enfermo, y noté un cambio en los fenómenos de auscultacion: los estertores de la parte superior derecha del pecho habian desaparecido completamente, y se podian reconocer desde luego una respiracion y una voz anóricas perfectas, y una resonancia metálica: estos fenómenos son menos claros en la base y el hipocondrio. En la parte lateral persistian los rechinos mucosos que determinan las falsas membranas. He aquí las notas que recogí en mi exámen.

Las reflexiones á que esta relacion se presta son de un alto interes, principalmente en lo que toca al diagnóstico, que un exámen incompleto hasta cierto punto habia impedido se fijase. Cuando examiné al enfermo, la palpacion del borde del hígado llamó vivamente mi atencion; aquella sensacion de vacio con hundimiento de la pared del vientre y de la estremidad de los dedos, que daba la idea de que debajo existia una cavidad mas ó menos hueca, hizo que me fijara tanto mas, cuanto que ya la habia encontrado en otro caso despues de la evacuacion artificial de un absceso; sensacion, que segun mis dudas, indicaba la adherencia del hígado á las paredes del vientre. En efecto, de estas circunstancias resulta, que conservando cierto espesor una parte del hígado, aumentándose este con el que tiene la pared del vientre á la cual está accidentalmente adherido, y formando cuerpo con ella, el foco encuentra en toda esta estension un punto de apoyo, y por lo mismo no puede retraerse. Una vez evacuado el líquido, natural ó artificialmente, el foco no se retrae, y como sus paredes tienen menos espesor que las partes que lo rodean, resulta, que palpándolas se toquen las partes aun existentes de la glándula que adheridas á la pared abdominal dan la sensacion de resistencia; mas despues, cuando se llega á los límites del foco mas ó menos vacio cuyas paredes están adelgazadas, la resistencia falta, los tejidos se deprimen y los dedos se hunden: he aquí la sensacion de que hablaba poco ha.

Volviendo á mi relacion diré, que si hasta entonces nada se oponia á la creencia de que se tratase de un aumento de volúmen del hígado, me sentí vivamente contrariado cuando por medio de la percusion encontré un sonido oscuro, allí don-

de yo habia palpado el borde del hígado. Este sonido desapareció repentinamente y se trasformó en otro claro, que se oía en la region hepática, y se continuaba hasta la cavidad torácica. ¿Indicaba todo esto que se trataba de una afeccion del hígado? Hube de recurrir desde luego á la auscultacion, y encontré, como se ha visto en la historia de esta observacion, los signos de una perforacion pleuro-pulmonar. ¿Se trataba de un hydro-pneumo-torax causado por los tubérculos? Examiné entonces con mas cuidado al enfermo y recogí los detalles que dejo consignados: traté de poner en relacion los signos con la lesion que suponía, habiendo llegado por este camino á una explicacion que me parecia ser completamente satisfactoria. Supuse que en efecto se trataba de un absceso de hígado; que el crecimiento del órgano habia rechazado al pulmon hasta cerca de la tercera costilla, y que el hígado habia contraido adherencias con la pared torácica en la direccion de la línea axilar, y con las paredes del vientre en toda la parte en que el hígado desbordaba las costillas; que de improviso, y sin causa manifiesta, el absceso habia perforado el pulmon derecho hácia arriba, produciendo los fenómenos indicados por el enfermo; dolor, tos, espulsion de sangre, y la de pus que continúa hasta hoy. Hallándose la cavidad del foco evacuada en su mayor parte, el aire debia penetrar á la cavidad y alterar el pus; estando formada la cavidad de paredes poco elásticas, y entrando el aire por un conducto tal vez irregular; siendo el líquido espeso y habiendo muchas falsas membranas en la pleura, desde luego se comprende que los signos debian ser un tanto imperfectos, ó por mejor decir, no completamente decisivos. La resonancia clara y el murmullo respiratorio en la region sub-clavicular, indicaban que allí existia una parte del lóbulo superior.

Puesto que estos fenómenos se repetian abajo y afuera, esto dependeria tal vez de que se encontraba una pequeña porcion del pulmon en el lugar donde se apreciaba mal la sensacion de rechinido de las falsas membranas, que tan claramente se percibian en toda la línea axilar. El carácter de la respiracion, en la parte posterior, se explica por la compresion del pulmon, que se encontraba replegado en aquel lugar. El sonido oscuro y el soplo de la region escapular, indicaban que una parte del lóbulo superior podria haberse endurecido por el efecto de la compresion que habia sufrido.

Tal fué el juicio que me formé de este caso, habiéndome apoyado ademas en la consideracion de que nada hacia suponer la existencia de los tubérculos.

Los cambios que sufrieron los fenómenos de auscultacion confirman el hecho principal, la perforacion pulmonar, y la penetracion del aire en la cavidad del foco.

En este caso, aun sin ócuparse del peligro que hay en el tamaño mismo del foco purulento, fácilmente se comprende que las adherencias opondrian un obstáculo invencible á su retraccion.

Hasta aquí he estudiado las adherencias que llamaré naturales; fáltame examinar los efectos de aquellas que el arte provoca por el procedimiento empleado vulgarmente, para lo cual pondré á la vista desde luègo el caso que se presentó en uno de mis amigos que fué asistido por el Sr. Jimenez, á cuya circunstancia debo la oportunidad de haber podido observarlo.

OBSERVACION NOVENA.

M. . . . , de treinta y cinco años, empleado.—Trastornos digestivos durante un mes.—Dolor en el hipocondrio derecho.—Aparicion de un tumor que se reconoció era un absceso.—Puncion sin resultado.—Aplicacion de la pasta de Viena en el epigastrio.—Evacuacion del foco.

(Cuarta de Ramirez.) M. M....., de treinta y cinco años de edad, empleado público, á quien conocí siempre de una constitucion delicada, me refirió que hacia doce años vivia en el Departamento de San Luis Potosí (México), cuyo país es un poco cálido. En el mes de Agosto de 1866 notó que sus funciones digestivas no estaban en buen estado, pues con frecuencia tenia malas digestiones acompañadas de pyrosis; el apetito habia disminuido, y de tiempo en tiempo tenia evacuaciones mucosas y sanguinolentas que les daban un aspecto disentérico. La enfermedad seguia su marcha con algunas alternativas, cuando el dia 24 de Octubre sintió un dolor muy fuerte en el epigastrio, cuyo máximo de intensidad se encontraba á la izquierda; el dolor se hizo mas vivo, y llegó á tal punto, que al dia siguiente por la mañana llamó á un médico.

Este diagnosticó al principio un cólico hepático; prescribió los baños prolongados y algunos purgantes drásticos. La enfermedad seguia su marcha sin interrupcion, á la vez que se empezó á percibir un tumor en el epigastrio, que muy pronto adquirió grandes proporciones; se practicaron entonces algunas sangrías en el hipocondrio y en el ano, y se hicieron aplicaciones emolientes sobre el lugar enfermo. Al fin se reconoció la existencia de un foco purulento, y habiéndose llegado hasta ese punto, se buscó cuál seria el procedimiento operatorio mas ventajoso en aquel caso.

Retrocediendo ante la idea de hacer una incision en el epigastrio, pues aun no existian adherencias, se adoptó el medio de hacer la puncion con el trócar por el noveno espacio intercostal. La operacion se practicó, pero no salió el pus. Se recurrió entonces al antiguo procedimiento, que como se sabe consiste en establecer adherencias con el auxilio de los cáusticos, y con este objeto se empleó la pasta de Viena, que fué aplicada sobre el punto culminante del tumor. Formadas una vez las adherencias y vaciado el foco, se pensó en hacer uso de la irrigacion

continua, cuyo proyecto hubo de abandonarse por la imperfeccion del aparato que se empleó para el objeto.

Entonces se hicieron inyecciones ioduradas; esto no obstante, la enfermedad continuaba siempre en el mismo estado. En el mes de Diciembre el Sr. M..... resolvió venirse á México, en donde continuó el mismo sistema de tratamiento hasta principios de Febrero de 1867. La abertura se habia ulcerado y tenia la estension de una moneda de *un franco*. En estas circunstancias fué llamado el Sr. Jimenez, quien ademas de haber hecho uso de inyecciones detersivas le aplicó un vendaje de cuerpo bien apretado.

La ulceracion marchó á la cicatrizacion, y el 1º de Marzo, cuando ví al enfermo, lo hallé en el siguiente estado:

El semblante y el aspecto exterior del enfermo indicaban que habia tenido una larga enfermedad; su modo de andar era embarazoso, lo cual era debido á la incomodidad que le causaba la fístula epigástrica. El apetito se habia mejorado hacia poco tiempo; el enfermo se quejaba de molestia despues de comer, y de erutos que tenian el gusto de los alimentos que tomaba; algunas veces tenia vómitos; la calentura y el sudor que sobrevenian al medio dia habian cesado de presentarse; el pulso estaba débil y poco frecuente; el sueño era bueno.

La region enferma estaba proeminente: en el centro del epigastrio se encontraba la cicatriz de la ulceracion, y en medio de ella una abertura fistulosa del volúmen de un chfcharo. Por la palpacion se reconocia que el hígado bajaba cuatro dedos debajo del borde costal, inclinándose á la izquierda en su mayor parte y pasando algo mas allá de la línea mediana. Se sentia tambien en la misma region una masa poco dura, pero en la que no se percibia claramente la fluctuacion. Los límites del hígado, fijados por la percusion, eran desde cuatro dedos arriba del borde costal, hasta igual distancia debajo del mismo borde, de suerte que no quedaba muy lejos del ombligo: hácia la izquierda se estendia hasta tocar el borde de las costillas de ese lado.

Por medio de la presion hice salir por el trayecto fistuloso un poco de pus espeso, blanco-amarillento, mezclado de algunos copos negruzcos. En general, la supuracion no era diariamente abundante.

(Continuad.)