

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 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 suscripción 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.

ABSCEOS DE HIGADO.

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

[CONCLUYE.]

Como se ve por este hecho, las adherencias determinadas por el operador, ó las que se forman espontáneamente, dan el mismo resultado casi siempre; en el primer caso no se limitan al punto donde se hizo la aplicacion del cáustico, sino que, como es muy natural, la irritacion se propaga á lo lejos dándoles por lo mismo mayor estension, lo cual proporcionalmente aumenta el inconveniente. En efecto; cuando las adherencias llegan á fijar al hígado contra la pared abdominal, naturalmente impiden la retraccion completa de sus paredes y por consiguiente la cicatrizacion del foco. Debajo del punto donde se han establecido las adherencias, y por consiguiente de la fístula que se forme, quedará una parte del foco purulento y el órgano nunca podrá volver á tomar su posicion topográfica normal, puesto que hay una fuerza que lo tira hácia abajo; de suerte que aun cuando el foco se redujera naturalmente, permaneceria allí una cavidad de dimensiones va-

riables, cuya oclusion, aun cuando alguna vez lograra verificarse, nunca presentaria las garantías necesarias de duracion. A esto se agrega, tambien, que la pared del vientre, por su estructura anatómica y las incesantes variaciones de amplitud que sufre dicha cavidad, nunca puede prestarse á disminuir su capacidad como sucede á veces con la del pecho cuando llega á tener lugar el hundimiento de las costillas en los casos de empyema y aun de abscesos de hígado.

Para resolverse á aplicar el procedimiento que consiste en provocar anticipadamente las adherencias, es preciso pensar con detencion en un accidente que aunque raro no por eso deja de observarse algunas veces. Consiste en la desgarradura de las adherencias despues de la evacuacion del foco, y el escurrimiento consiguiente del pus en la cavidad del peritoneo, el cual determina la muerte casi de una manera infalible. Una vez insinuada la retraccion de las paredes del foco purulento, continúa de una manera incesante concentrando sus efectos necesariamente sobre el punto donde se encuentran las adherencias; y como en muchos casos no son demasiado resistentes, puede ser muy bien que cedan y se desgarren al fin, como sucede efectivamente. El Sr. Jimenez cita un hecho de esta especie en sus lecciones clínicas. Habiéndose determinado y reconocido las adherencias, en ese caso, se practicó la puncion del absceso y se evacuó una parte considerable del contenido; once horas despues se presentaron los síntomas de la peritonitis, y el enfermo sucumbió en consecuencia. La autopsia puso de manifiesto la causa del accidente: el foco se retraia, el tejido que formaba las adherencias cedió, se desgarró á poco, y el pus cayó al vientre.

Supuesto esto, en que nada hay de hipotético, puede decirse que demasiado se conoce ya lo que realmente vale el procedimiento operatorio que hasta hoy se empleara en el tratamiento de los abscesos de hígado, cuya apreciacion es tanto mas justa cuanto que resulta del escrupuloso exámen que acabo de hacer en general de los casos que á dicho tratamiento se refieren. Espero pues que en lo de adelante, las particularidades relativas á las adherencias que contraen natural ó artificialmente las paredes del foco hepático con las del torax y del abdómen serán consideradas bajo un aspecto enteramente diverso, y que ellas proporcionarán á los prácticos muy importantes elementos para que puedan establecer con mayor exactitud el pronóstico en tales casos.

Si la ciencia no hubiera adelantado por los esfuerzos de tantos como la profesan con distincion; si no poseyésemos otro método de tratamiento que hubiera venido á reemplazar con ventaja al que le ha precedido, los inconvenientes que presenta el método de Begin (mas ó menos modificado) serian demasiado suficientes para que cualquier práctico vacilase en lo sucesivo entre su aplicacion y no hacer absolutamente nada, prefiriendo muchas veces abandonar al enfermo á los solos esfuerzos de la naturaleza, y dejar á ésta seguir tal ó cual camino para espulsar

el pus encerrado en el hígado, á proceder conforme dicho método. Por fortuna el Sr. Jimenez ha señalado una nueva via con su procedimiento, el cual no dudo irá vulgarizándose y perfeccionándose á proporcion que vayan siendo mejor conocidos los inconvenientes del procedimiento de Begin, y las ventajas del que hoy propongo para sustituirlo.

IV.

Innocuidad de la puncion del hígado.—Método operatorio del Sr. D. Miguel Jimenez.

El hígado en su estado normal y sano ocupa el hipocondrio derecho; su cara estérna está en contacto con las últimas costillas. De ahí viene la recomendacion que hacen los autores, cuando se trata de practicar la toracentesis, de hacer la puncion en un punto mas elevado en el lado derecho que en el izquierdo. La puncion de este órgano se ha creido hasta hoy un accidente peligroso. El supuesto peligro de puncionar el hígado habia hecho retroceder á los prácticos ante la idea (si es que alguno la haya tenido antes que el Sr. Jimenez) de penetrar hasta la víscera á través de los espacios intercostales, cuando se tratase de una coleccion purulenta, temiendo en ese caso no solo la herida misma, sino lo que deberia ser considerado como su inmediata consecuencia; es decir, que el pus encerrado en ella se derramase en el peritoneo. Dificil era provocar allí anticipadamente las adherencias, supuesto que siendo muy limitado el espacio en donde deberia aplicarse el cáustico, cuando mas se podria poner en ejecucion la idea propuesta por Mr. Rouis, (1) que consiste en dividir con un bisturí los tejidos á imitacion de lo que igualmente se hace en el epigastrio.

Una práctica de muchos años ha venido á demostrar, que por racionales y fundados que á primera vista parezcan estos temores, no han llegado á realizarse. Efectivamente; desde hace quince años (2) que se practica en México la puncion del hígado por los espacios intercostales, hubicra ó no adherencias en aquellos puntos, jamas se ha presentado un solo caso en que tal manera de operar haya ocasionado accidentes. (3) La operacion es tan sencilla é inofensiva, que ha podido repe-

(1) *Traité des suppurations du foie.*

(2) *Ramirez escribió esta memoria el año de 1867.*

(3) Hay ya varios hechos muy notables que comprueban las ventajas del procedimiento del Sr. Jimenez; pero sobre todos mencionaré dos, aunque muy brevemente. El primero era un enfermo que asistia el Sr. Schultz, y á quien vieron en consulta con dicho profesor, los Sres. Garrone, Jimenez, Clément y algun otro. Segun todas las apariencias se trataba en aquel caso de una hepatitis terminada por supuracion, y todos convinieron en que su-

tirse impunemente en un mismo individuo muchas veces, siendo bastante despues de la evacuacion del líquido cubrir la herida con un pedazo de tela emplástica.

Esto se ha repetido de una manera tan inocente, que algunas contrariedades, que no faltan aun en los casos mas sencillos, ni alteran al operador, ni sorprenden á los asistentes. El hecho es tan cierto y tan constante, que una muerte inmediata que sobrevenga despues de practicarla debe llamar fuertemente la atencion, y por lo mismo quiero referir el único caso que conozco y que prueba demasiado la inocuidad de las punciones del hígado por los espacios intercostales.

OBSERVACION DECIMA.

Absceso de hígado.—Puncion intercostal.—Muerte por peritonitis.—Autopsia.—Ruptura espontánea del foco.

(Tercera observacion del Sr. Jimenez.) En el mes de Febrero de 1867 entró á las salas del Sr. Jimenez, un hombre fuerte, robusto, que tenia un absceso de hígado. Se practicó la puncion intercostal, como de ordinario la practica dicho profesor, y una parte del contenido fué evacuada; se procuró introducir despues por la cánula un tubo de Chassaignac, pero siendo demasiado gruesos los que se tenian á la mano, se encargó al practicante del servicio introdujese el que le seria enviado despues.

Quando se examinó al enfermo al siguiente dia, se notó que no salia pus por el tubo; entonces se practicó una inyeccion, y el enfermo dijo habia sentido el líquido como si se le hubiera derramado en el interior del vientre.

Dos dias despues de la operacion el enfermo sucumbió, sin haber presentado antes algun síntoma que presagiase aquella fatal terminacion.

puesto que se trataba de un absceso de hígado, debia ser practicada la puncion intercostal. El Sr. Schultz introdujo á vista de los circunstantes (por el octavo espacio intercostal del lado derecho y lo mas cerca posible del tumor) un trócar de Guerin, dirigiéndolo de modo que penetrase hasta el foco. Inmediatamente saltó de golpe una cantidad muy regular de bilis pura, etc., y aquel se vació: ademas, con el estremo de la cánula sintieron distintamente el choque dado por los cálculos biliares que contenia la vejiga de la hiel. Ocho ó diez dias despues de esta operacion, el enfermo, en apariencia del todo sano, hizo una visita al Sr. Jimenez.

El segundo no fué casual como el anterior, sino intencional y bien premeditado. Es un hecho análogo de replesion considerable de la vejiga de la hiel, curado por el Sr. Hidalgo y Carpio, sin el mas leve accidente, por medio de una puncion intercostal.

Quien quiera tener mas amplios pormenores acerca del primero de estos hechos, puede consultar el *Apéndice á las lecciones sobre abscesos de hígado*, del Sr. Jimenez, páginas 9^ª y siguientes.

(Nota del traductor.)

Era esta la primera vez que se veía morir á un enfermo inmediatamente despues de haber practicado la operacion; por tal motivo era importantísimo asegurarse de lo que habia causado tal desgracia.

La autopsia puso fuera de toda duda que el tubo de canalizacion no habia penetrado dentro del foco. Se encontraron en el vientre las lesiones de una peritonitis reciente, y buscando por qué punto se habria hecho el derrame de pus en el peritoneo, se encontró á gran distancia de aquel por donde se habia practicado la puncion, una perforacion, por la cual indudablemente se verificó el derrame.

Era claro que la operacion no habia originado aquel accidente; pero lo que se tenia á la vista ademas de eso probaba, que si el enfermo hubiese recurrido mas oportunamente para que se le asistiera, su vida se habria prolongado quizá durante algun tiempo. Puede ser que si se hubiera practicado la puncion algunos dias antes no se hubieran adelgazado tanto las paredes del foco, y de este modo se hubiera prevenido su rotura: puede ser que tambien se hubiera podido evitar ese accidente si al practicante le hubiese sido posible introducir el tubo hasta el interior del foco, aunque esto último realmente sea dudoso en atencion al poco espesor y á la casi ninguna resistencia que presentaban las paredes del absceso.

Aunque en mi comunicacion al congreso internacional de Paris, ya citada, he dado una idea del tratamiento operatorio que recomiendo, no me parece inútil insistir acerca de él de una manera mas detallada.

Ya he dicho antes, y algunas de las observaciones citadas lo confirman plenamente, que luego que el hígado aumenta de volúmen invade en una estension mas ó menos considerable la cavidad del pecho, y rechaza al pulmon contra la columna vertebral; que al verificar este movimiento ascencional, empuja afuera las últimas costillas, y exagera por lo mismo la convexidad normal de la base del pecho; que al verificarse este movimiento de las costillas, los espacios intercostales se ensanchan, pudiéndose reconocer entonces en uno ó en varios de los puntos de su trayecto el importante signo de la fluctuacion intercostal, el cual revela la existencia de una coleccion líquida en el interior de la víscera, ya sea purulenta ó de cualquiera otra especie.

En los casos de abscesos de hígado, la fluctuacion intercostal puede reconocerse despues de cierto tiempo, en lo cual como se comprende debe influir la mayor ó menor profundidad á que se encuentre situada la coleccion. Pero lo que es muy importante consignar es, que dicha fluctuacion puede reconocerse mucho tiempo antes de que se llegue á notar la fluctuacion epigástrica; que para estar seguro de la existencia de esta última, es necesario que el foco sea muy grande y superficial; que si se trata de una persona poco práctica, es necesario ademas que existan las adherencias, para que pueda tener la completa certidumbre del hecho; y por último, que cuando algunos prácticos han llegado á diagnosticar un absceso

de hígado, en la mayoría de casos mas bien se han guiado por el cuadro de síntomas y por los fenómenos generales, que por el hecho mismo de la fluctuacion. Todo esto significa que se ha operado cuando el mal ya habia tomado grandes proporciones, y cuando el estado general y la constitucion del enfermo estaban minados profundamente. Sin embargo, así debia ser, puesto que la naturaleza misma de la operacion que se practicaba previamente requeria la certidumbre completa de la existencia de la supuracion; porque, en mi concepto, la operacion que consiste en procurar con el auxilio de los cáusticos ú otros medios cualesquiera las adherencias del hígado con las paredes del vientre para que en ese mismo punto se pueda establecer despues una fístula, es un procedimiento que nunca debe ejecutarse cuando solo se tenga una simple presuncion. A pesar de esto, Mr. Alphonse Guérin (1) dice, que ha visto practicar sin resultado la puncion del hígado; es decir, sin que existiese el absceso. Esto depende, probablemente, de que el reconocimiento de la fluctuacion presenta mas dificultades, y requiere mucho mayor ejercicio para diagnosticarla, cuando se la busca en la region epigástrica ó en la del hipocondrio.

Todas estas circunstancias vienen á aumentar las ventajas que tiene el procedimiento operatorio de que me ocupo. Gracias á él, es mas fácil adquirir presto la práctica suficiente para encontrar la fluctuacion intercostal; ésta, por otra parte, se puede reconocer antes que la abdominal. Con esto solo se gana tiempo, puesto que se procede á la operacion antes de que sea muy considerable la destruccion de la glándula, al mismo tiempo que el enfermo se encuentra en mejores condiciones de vigor y de fuerza para ser operado con mayores probabilidades á su favor: finalmente, aun en el caso posible de que se errase el diagnóstico, un yerro semejante no traeria consecuencias funestas, pues los hechos demuestran que impunemente se puede introducir el trócar dentro del hígado.

La puncion del hígado es un suceso del todo inocente; varios hechos hay que lo comprueben. Para no ser acusado de difuso, recordaré únicamente el caso que el Sr. Reyes publicó en 1865. (GACETA MÉDICA DE MÉXICO, *Tomo 1º número 27, pág. 439.*) La observacion se refiere á un hecho de hipertrofia del hígado. En las diversas consultas de médicos que el caso exigió se creyó reconocer la fluctuacion, y con tal motivo se practicó la puncion explorativa: no se obtuvo por su medio líquido de ninguna especie; como de costumbre se cubrió el piquete, y el enfermo no sufrió por ello el mas leve accidente. Mas tarde sucumbió por los avances de la enfermedad.

Sea cual fuere el aspecto bajo el cual se considere la cuestion, puede desde luego asegurarse que la puncion intercostal está llamada á ocupar el primer lugar

(1) A. GUÉRIN, *Traité de Medecine opératoire.*

entre los métodos que pudieran ser empleados para evacuar las colecciones líquidas del hígado. Yo deploro todavía que no lo hubiera sido empleada como propuse en el caso que referí en la pág. 451, observacion octava, porque entonces habria podido presentar de bulto la prueba de la excelencia de su aplicacion en semejantes casos.

La fluctuacion se reconoce, por lo comun, desde el sétimo al décimo espacios intercostales: el trócar se introduce comunmente por cualquiera de los tres últimos.

Lo que mas interesa en estos casos es asegurarse de cuál es el punto en donde se muestra con mas claridad el signo de la fluctuacion. Ademas, ese punto es casi siempre el sitio de otro fenómeno que determina la presion que se ejerce con el extremo del dedo para apreciar la fluctuacion: este último fenómeno es un dolor, ordinariamente muy vivo, que cuando no es muy clara la fluctuacion sirve de prueba casi decisiva á favor de su existencia. Debo hacer notar, que en el caso de la observacion octava la presion revelaba igualmente este dolor en el punto donde se sentia la fluctuacion.

La operacion en sí misma es muy sencilla, y semejante á la de la toracentesis: consiste en introducir un trócar en un punto elegido de antemano; la sensacion que produce una resistencia luego que ha sido vencida, y la facilidad con que se mueve la estremidad del instrumento, indican que se ha penetrado ya dentro del foco. El único cuidado que debe tenerse es, no introducir siempre el trócar directamente, sino inclinándolo á uno ú otro lado siempre en direccion al punto donde el operador presume se encuentra el absceso, conforme á los resultados que le haya dado el exámen que previamente hubiere hecho. Sucede, en efecto, que introduciendo el trócar y extrayendo el punzon no sale líquido alguno por la cánula, aun en aquellos casos en los cuales se tiene certeza absoluta de la existencia de un absceso. Esto puede ser debido, segun acabo de indicar, á que el instrumento no haya sido introducido en la direccion conveniente, pero en tal caso se introducirá de nuevo el punzon en la cánula, y se cambiará la direccion en el sentido del absceso.

Otras ocasiones el foco es muy profundo, y la longitud del trócar comun no alcanza para llegar hasta él. En tal caso, y careciendo absolutamente de trócar mas largo, hay que esperar á que el foco se aproxime (1), aunque pudiera ser muy bien que se tratase entonces de un error de diagnóstico, como ya lo he dicho; pero si asi fuese, la operacion proporcionaria al operador un signo negativo de grande importancia.

(1) No me parece prudente el consejo de Ramirez. Creo que sería mucho mejor buscar el foco, segun los casos, por medio de un trócar recto ó curvo, pero que tuvieran suficiente longitud para poder alcanzarlo. Tal es el consejo que dá el Sr. Jimenez, en la pág. 9^ª de su opúsculo citado.

(Nota del traductor.)

Primitivamente el Sr. Jimenez practicaba la operacion extrayendo la cánula despues de que el pus habia sido evacuado, y la repetia despues tantas veces cuantas eran necesarias para obtener la terminacion del mal; entonces, tambien, tomaba un pliegue de la piel y le tiraba en cierta direccion con el objeto de evitar el paralelismo entre las heridas del tegumento y del hígado, haciendo de esa suerte la puncion subcutánea. Posteriormente, por el año de 1859, temiendo el Sr. Jimenez que la puncion repetida muchas veces pudiera tener sus inconvenientes, modificó su método operatorio, y comenzó á dejar permanentemente la cánula del trócar, sirviéndose de ella para hacer inyecciones. Esta modificacion le dió buenos resultados.

Sin embargo, todavia era susceptible de algun perfeccionamiento, y llegó la vez de que esto sucediera.

El año de 1865, el Sr. Vértiz introdujo en el procedimiento una modificacion muy importante, la cual, entre otros resultados, hace continuo el escurrimiento del pus. Este eminente práctico, despues de haber introducido el trócar y de evacuar una parte del contenido del absceso, coloca por dentro de la misma cánula un tubo de Chassaignac, del cual deja fuera una porcion que fija á la pared costal por medio de un hilo y de algunas tiritas de tela emplástica. Con el auxilio de esta modificacion se ha conseguido el escurrimiento constante del pus, á la vez que el mismo tubo sirve para hacer inyecciones, si estas se juzgaren oportunas. Esta modificacion es hija de un pensamiento feliz, y ella ha hecho avanzar rápidamente al método de la puncion intercostal.

Entre los medios que se emplean ventajosamente como adyuvantes despues de hecha la puncion, mencionaré únicamente el vendaje apretado de cuerpo; este vendaje se usa con el objeto de favorecer la evacuacion del pus, y de contribuir si fuese posible á la aproximacion de las paredes del foco para auxiliar la disminucion de la cavidad y su cicatrizacion. (1)

V.

Naturaleza de los abscesos de hígado.

Aquí deberia terminar esta memoria, puesto que he dejado consignados ya los datos mas esenciales relativos al nuevo tratamiento de los abscesos de hígado. Sin embargo, antes de poner fin á mi trabajo me ha parecido conveniente insistir al-

(1) Ademas del vendaje de cuerpo suficientemente apretado, aplicado al nivel de la base del thorax, se debe recomendar á los enfermos hagan un ejercicio moderado, pues por este medio, que recomieuda mucho el Sr. Jimenez, el pus sale mas fácilmente y en mayor cantidad, á la vez que sirve para mejorar el estado general. El tratamiento exige tambien una alimentacion moderadamente reparadora. *(Nota del traductor.)*

go mas en el estudio de la naturaleza de los abscesos de hígado, sobre lo cual dije al principio alguna cosa.

Cuando la supuracion tanto por su duracion como por su abundancia arrastra á un término fatal á los enfermos, la muerte es ocasionada por las pérdidas que acarrea á la economía, y porque desenvuelve un estado general, llamado infeccion pútrida, que inmediatamente precede á la colicucion, ó sea la destruccion mas ó menos rápida del organismo. Todos los prácticos convienen en que este hecho general es aplicable á la supuracion del hígado.

Cuando en un órgano importante se desarrolla un foco de supuracion desde luego se nota que el enfermo se destruye, sobre todo si la supuracion es abundante, se prolonga durante mucho tiempo, y si á poco sobreviene la diarrea colicucativa, como de ordinario sucede. Por tanto, es muy natural creer que dichos hechos estén ligados íntimamente con la infeccion general, y que este accidente sea el que mediatamente ocasione la muerte en tales casos.

No obstante que esta es la opinion de la generalidad de los médicos, tiempo ha que tenia yo la idea de que aunque realmente sucedia así en algunos casos de abscesos de hígado, no era ciertamente en el mayor número; y por esa razon buscaba en otra parte una causa que fuese, por decirlo así, mas inmediata y tal vez mas frecuente de la muerte de los enfermos, en las circunstancias arriba mencionadas.

El Sr. Jimenez habia hecho la misma investigacion, y es él quien en mi concepto encontró primero la solucion del problema. El estudio de cuantas observaciones se han publicado, y de los hechos que han pasado á mi vista, me habian hecho fijar mucho la atencion sobre este punto, y acababa de ser nuevamente impresionado por otro hecho, cuando las ideas del Sr. Jimenez vinieron á robustecer y confirmar al fin el concepto que habia formado acerca de este fenómeno tan interesante.

He aquí la observacion del Sr. Jimenez y las reflexiones que la acompañan:

OBSERVACION UNDECIMA.

Lugo, treinta y siete años de edad; constitucion linfática.—Absceso de hígado abierto por la puncion.—Espesamiento de la supuracion.—Escurrimiento de bilis.—Cicatrizacion.—Diarrea.—Muerte del enfermo.

(Cuarta observacion del Sr. Jimenez.) «Lugo, de treinta y siete años de edad, de una constitucion débil y linfática, perdió desde niño el ojo derecho á consecuencia de una úlcera de la cornea; dice que su enfermedad de hígado comenzó á principios de Febrero, época en la que sin causa bien precisa comenzó á sentir dolores en esa region, á perder el apetito, y á sentirse incapaz de poder trabajar.

No puede fijar la época en que comenzó á sudar de noche, pero ciertamente

esto databa desde semanas atras; tenia, ademas, frecuentes calosfrios. Durante este período perdió las fuerzas de un modo muy notable.

Lo examiné por la primera vez el dia 14 de Abril, habiéndolo encontrado muy abatido, flaco y extraordinariamente pálido, sin apetito, con una poca de sed y de mal gusto en la boca, náuseas y algunas evacuaciones líquidas. El dolor ocupaba todo el hipocondrio derecho; era sordo, profundo, molestaba un tanto la respiracion y no se repercutia en el hombro. Dicha region estaba muy voluminosa, abovedada, y los espacios intercostales mas separados, mas resistentes y abultados. Faltaba la resonancia desde la mama hasta tres pulgadas debajo del borde costal, en cuyo lugar se palpaba el del hígado, duro y doloroso. Entre la octava y novena costillas, punto el mas sensible, se percibia la fluctuacion. La piel y las orinas no estaban ictéricas. El pulso era frecuente y muy pequeño.

El dia 17 se hizo una puncion intercostal por medio del trócar, y salieron casi veintiocho onzas de pus. Se introdujo por la cánula un tubo de Chassaignac, que se fijó como de costumbre. Se aplicó un vendaje de cuerpo, y se sometió al enfermo á un régimen analéptico moderado.

Desde ese dia el pus siguió saliendo sin dificultad; en seguida fué disminuyendo gradualmente y perdió sus caracteres, de modo que en los primeros dias de Junio su situacion era la siguiente: estaba mas consumido; continuaba la diarrea; el hígado se habia reducido á tal punto, que la resonancia pulmonar descendia hasta la quinta costilla, y la intestinal subia hasta cerca de tres dedos desde el borde costal, dejando entre esos límites una zona de cuatro dedos de ancho, donde faltaba completamente la resonancia. El líquido que salia diariamente por el tubo pesaria cuando mucho dos onzas; tenia un color amarillo subido, era glutinoso y casi trasparente, manchaba de amarillo azufrado la ropa del enfermo, no tenia la apariencia del pus, y examinándolo atentamente ví que estaba compuesto de moco y de bilis, esta última en proporcion considerable.

Hice practicar inyecciones ioduradas durante seis dias consecutivos, recomendando se procurase llegaran hasta el foco, y á pesar de eso el escurrimiento no se modificó en manera alguna: entonces quité definitivamente el tubo. El trayecto se cerró á poco, y nada indicaba ya que padeciera el hígado. No obstante, el enfermo no mejoraba; la diarrea, con algunas alternativas de poca importancia, se resistió tenazmente á la medicacion y al régimen, que fueron muy variados.

Lugo sucumbió el dia 12 de Julio.

Autopsia, veinticuatro horas despues de la muerte. Marasmo completo; el hígado, escesivamente pequeño, tenia el lóbulo derecho casi del mismo volumen que el izquierdo, y equivalia á cerca de tres veces el del bazo, cuyo color tenia anteriormente, pero sin que se advirtiera en el parenquima modificacion alguna notable: estaba perfectamente libre, y adheria á la pared costal únicamente por una

especie de ligamento resistente, que tenia algunos milímetros de diámetro al nivel del punto mismo donde se practicó la puncion: estaba como fruncido, y era opaco, denso y resistente. Habiéndolo dividido en aquel punto, se encontró una cavidad que podria contener apenas un garbanzo, donde habia algunas gotas de pus concreto en forma de pulpa amarillenta. En el fondo se abria un canal biliar. El foco estaba constituido de la manera siguiente: sus paredes eran fibrosas, resistentes; el parenquima estaba infiltrado del elemento fibro-plástico, y sus vestigios amarillo-blanquicos se encontraban tanto menos condensados cuanto mas distantes se hallaban del centro del foco, hasta dos pulgadas de distancia. El colon tenia algunas ulceritas de varios tamaños. La base del lóbulo superior del pulmon derecho estaba densa, casi impermeable al aire, dura y muy resistente, en una estension de casi tres pulgadas cuadradas. El corte presentaba una superficie lisa, veteada, de un color blanco sucio: cuando se esprimió, salió un pus parecido al del tercer grado de la pneumonia, y dejaba entre los dedos una trama fibrosa. En la pleura izquierda se notaban algunos vestigios de una pleuresía muy antigua.

Aunque el caso que acabo de referir suscita numerosas reflexiones de un interes práctico, solo me detendré en dos de sus circunstancias.

Es la primera vez que observo que una vez agotado el escurrimiento del pus sea reemplazado por el de otro líquido cualquiera, y mucho menos por la bilis pura. Esta última particularidad pudiera haber hecho temer que el trócar, y despues el tubo, hubieran llegado hasta la vesícula; pero semejante suposicion era totalmente inadmisibile, puesto que la puncion se practicó entre la octava y novena costillas cuando el borde del hígado llegaba á la region umbilical; es decir, cuando el punto operado distaba casi seis pulgadas del lugar en que se encontraba la vesícula. Era mas natural suponer que uno de los canales biliares habia sido dividido con el trócar, ya en el foco mismo, ó en alguno de los puntos del trayecto que recorrió el instrumento, como lo demostró despues la autopsia.

No puede uno menos de ser presa del mayor desaliento, cuando como en el presente caso se llega á un resultado final adverso, despues de una lucha tan encarnizada y de tanto esfuerzo vigoroso coronado de un resultado inmediato tan favorable. Me parece conveniente decir, que desde el primer dia de observacion temí, y los hechos vinieron al fin á confirmar ese temor, que la debilidad y el deterioro de la constitucion del enfermo, su poca energía moral, la antigüedad del mal, el tamaño del foco y el mal estado de las vias digestivas, no le dejasen salir felizmente de los peligros ordinarios de una supuracion interior, tan comunmente mortal, y mucho menos si la cicatrizacion habia de llegar á un punto en que el hígado se redujera á un volúmen menor que el natural. Cualquiera que haya sido el motivo de la muerte en este caso, es incontestable que la consuncion extrema fué la causa inmediata; y ademas se podria sostener con ventaja, que dicha con-

suncion fué á su vez efecto de la diarrea. Bueno seria saber, por otra parte, ¿qué conexión pudieron haber tenido entre sí aquellas ulceraciones intestinales atónicas que se resistieron á cuantos medios racionales se les opusieron, y la infeccion general del organismo producida por la supuracion? Además, la diarrea no fué abundante, ni tampoco tuvo un carácter colicuativo sino en los últimos dias. Pero si se atiende á que la supuracion devoró una gran parte del lóbulo derecho del hígado, reduciéndolo casi al volúmen del izquierdo, naturalmente ocurre preguntar ¿qué influencia podrá tener sobre la nutricion la falta de una porcion considerable del hígado? O en otros términos: logrando obtener una vez la cicatrizacion perfecta de un vasto foco purulento del hígado, ¿la parte que quede bastará para satisfacer por una parte las necesidades de la digestion, y por otra las de la hematosi que le están confiadas?

Por ahora dejo únicamente planteado el problema, esperando que nuevas observaciones vengán á resolverlo.»

La lectura de lo que precede manifiesta claramente las ideas que habian surgido en el espíritu del Sr. Jimenez, con respecto á la causa que probablemente determina la muerte en las personas que han padecido de absceso de hígado. Bien conocidas son, por otra parte, las ideas de aquellos que creen que la muerte en tales casos es un efecto necesario de la abundancia de la supuracion mas ó menos prolongada, y de un lento envenenamiento de la economía revelado por ciertos signos.

Mis opiniones estaban completamente de acuerdo con esta idea; pero un nuevo estudio de las observaciones y de los hechos las modificaron en parte, haciéndolas girar cuando menos en un círculo mucho mas amplio. Esta modificacion, ó mejor dicho, esta nueva idea, es la que acabo de esponer. Espero que las observaciones y los hechos posteriores perfeccionarán y confirmarán dicho juicio.

Al principio de este trabajo traté de fijar los puntos de comparacion entre la hepatitis *simple* y la *supurativa*; es decir, aquella afeccion del hígado que termina fatalmente por supuracion. Revelándose esta última por la influencia de ciertas condiciones climatéricas, á las cuales está estrechamente ligada su mayor frecuencia en ciertos países, he referido como un hecho digno de ser meditado un caso de hepatitis aguda provocado por el envenenamiento con el fósforo, hecho que es preciso estudiar experimentalmente para poder apreciar las lesiones que dicha sustancia produce en el hígado. Su influencia especial sobre la funcion hepática ha sido notoria, no solamente en el caso referido, sino aun en los descritos por varios autores, y es muy sabido además, que en los casos menos graves su absorcion se revela, entre otros síntomas, por la ictericia. Por esta razon importa mucho asegurarse de si otras sustancias, y entre ellas los productos mismos de la digestion gastro-intestinal, en determinadas circunstancias podrán adquirir propieda-

des venenosas, y si su absorcion por el sistema hepático será capaz de producir un resultado semejante al que el fósforo produce.

No insistiré ya mas sobre la notable diferencia que existe entre la hepatitis aguda y la que convencionalmente llamaré *supurativa* (sin que tal nombre prejuzgue nada acerca de su verdadera naturaleza); me conformaré nada mas con fijar sus caracteres diferenciales, es decir, la existencia de la primera en todos los países y en todos los climas; la rareza de la segunda en unos, y su frecuencia en otros; la rapidez con que aparece aquella, algunas veces, sin que exista causa conocida determinante; el conjunto de fenómenos que ordinariamente la caracterizan; su marcha constante hácia una pronta terminacion; su término ordinario, la resolucion; lo raro de la supuracion; y por último, la accion tan manifiesta que sobre ella tienen los medios terapéuticos: mientras que ésta (la supurativa), en la generalidad de casos viene precedida de un período demasiado largo, durante el cual la salud se trastorna; que si alguna causa tiene, no es en realidad eficiente; sus síntomas, aunque algunas veces los mismos, no son completamente idénticos en sus caracteres; su marcha, tan opuesta á la que ordinariamente tiene la hepatitis simple, puesto que casi siempre termina por la supuracion y por la muerte. Además de estos caracteres tan diversos, y que tan bien diferencian á una de la otra, debe buscarse con solicitud la causa del término fatal en algo que no sea la abundancia de la supuracion, ni en la infeccion pútrida.

Uno de los hechos que mas vivamente ha llamado mi atencion es, que en los casos de hepatitis supurativa se encuentre casi constantemente un largo período de grandes trastornos de las funciones digestivas, aun desde antes que el sufrimiento hepático se revele por sus fenómenos locales propios, y obligue al enfermo á guardar cama.

Esto queda comprobado suficientemente por las observaciones que dejo consignadas, y por muchas que no he mencionado en obsequio de la brevedad.

Dicho período está caracterizado por una disminucion mayor ó menor del apetito; por una poca de sed; ligera sequedad y mal gusto de la boca, el cual algunas veces es amargo; la ingestion de los alimentos se acompaña de un sentimiento de pesadez y de incomodidad en la region del estómago; algunas ocasiones sobreviene desarrollo de gases despues de las comidas, ó durante la noche hay una ligera timpanitis que aumenta aquella incomodidad; hay erutos y regüeldos; en cierta época, vómitos á diversas horas, unas veces acuosos, acres ó amargos, mezclados con mucosidades y bilis; otras veces los vómitos tienen lugar en el momento mismo en que comienzan á ser absorbidos los alimentos, que entonces son espulsados solos, ó mezclados á las sustancias antes dichas; sobreviene la diarrea; las evacuaciones son mas ó menos numerosas, líquidas, blanquecinas en ciertos casos; no es raro que la irritacion intestinal tome la forma disentérica, siendo ésta mas ó me-

nos transitoria; entonces las evacuaciones son cortas, mucosas, contienen una poca de sangre y se acompañan de tenesmo. Estos trastornos gastro-intestinales son alternativos, aparecen y desaparecen; el individuo se debilita y se aniquila mas y mas cada dia.

Despues comienza á hacerse sentir en el hipocondrio una incomodidad indolente ó dolorosa; hay una sensacion de pesadez en ese punto, la cual mas tarde adquiere mayores proporciones y se acompaña tambien de nuevos fenómenos.

Cuando el mal ha adquirido ya proporciones considerables, sea en virtud de su marcha natural, ó por una causa mas ó menos aparente, hay una exacerbacion; los trastornos digestivos adquieren mayor intensidad, y los fenómenos hepáticos se presentan con toda claridad. La palidez del enfermo se convierte en un tinte amarillo, lo cual depende de la mezcla de la bilis con la sangre; sobreviene la ictericia general, que comunmente es intensa, y aparecen por último los fenómenos generales.

En esta época, generalmente, es en la que el enfermo fija el punto de partida de su mal, y regularmente atribuye éste al último accidente que precedió á la gravedad.

No pudiéndome ocupar en esta memoria de todos los detalles de la enfermedad, me bastará decir que casi siempre marcha rápidamente á la supuracion, y que ésta ordinariamente existe algun tiempo antes de que los enfermos demanden los socorros del arte. Algunas veces se efectúa de una manera tan solapada, que independientemente de los trastornos digestivos que la preceden y la acompañan, pero que suelen dejar á los enfermos en aptitud de poderse dedicar á los trabajos mas penosos, ellos demandan simplemente un remedio con que aliviar el malestar de las vias digestivas. Esto pasó, por ejemplo, con un cochero que consultó con el Sr. Jimenez, quien desde luego reconoció que el paciente tenia un absceso de hígado. Ocho dias despues de esta entrevista volvió á buscar al Sr. Jimenez, y de nuevo le recomendó entrarse luego al hospital, pues se trataba de un mal sumamente grave. De regreso á su casa fué acometido por un dolor excesivamente agudo, y sucumbió algunos instantes despues. *El absceso se habia abierto en el pericardio.*

La observacion octava ofrece un ejemplo de la manera lenta con que el hígado se supura, sin que este grave accidente se acompañe por eso de grandes trastornos. Estos casos no son muy raros.

La ictericia aparece desde mucho tiempo antes que haya motivo para sospechar que existe la supuracion: desaparece gradualmente, y falta del todo tan luego como se forma el pus. No recuerdo caso alguno en el cual se haya señalado la reaparicion de la ictericia durante el curso posterior de la enfermedad.

Una vez que se ha evacuado el pus, ya natural ó artificialmente, hay un mo-

mento de alivio, y el estado general del enfermo se mejora. En general, la supuración va disminuyendo, y la disminución se reconoce perfectamente cuando el foco ha sido abierto por el operador, porque éste puede entonces apreciar cada día la cantidad y calidad del escurrimiento.

Sin embargo, á pesar de estos cambios favorables en el foco continúa la alteración de las funciones del aparato digestivo, aunque no de un modo permanente. Los fenómenos que he señalado se hacen cada vez mas tenaces, y á proporcion que la supuración va disminuyendo, los trastornos gastro-intestinales adquieren mayor intensidad; el enfermo se agota, y al fin sucumbe.

Voy á trascribir una observación que, aunque incompleta, es un ejemplo muy exacto de la descripción que precede.

OBSERVACION DUODECIMA.

A. . . . , de treinta y tres años.—Absceso de hígado desarrollado de un modo insidioso; perforación del pulmón y evacuación del foco.

(Quinta observación de Ramirez.) A. . . . , jóven de treinta y tres años, que parece haber tenido siempre buena constitución, y que ha estado dedicado constantemente á las labores del campo, cuenta haber tenido como enfermedad única, hace mucho tiempo, un bubón, y hace cinco años, un hydrocele, que fué puncionado. Este accidente reapareció un año despues, y entonces, además de la punción, se le hizo una inyección alcohólica, con lo que curó radicalmente. Le es imposible acordarse con exactitud desde cuando datan sus accidentes, aunque hace remontar á algunos años el dolor de vientre, sin poder ser mas preciso en los demas detalles.

Lo único que he podido poner en claro es, que hace año y medio sufre de un dolor en la región hepática, y que la digestión se efectúa con dificultad, acompañándose de molestia en el vientre, en cuya región se presenta un tumor que ocupa la región del hígado; ha tenido vómitos, diarrea, y algun tiempo despues ictericia.

Conforme mis cálculos, hácia el mes de Junio del año de 1866 el mal adquirió mayor gravedad, lo que obligó al enfermo á guardar cama: tenia calentura; el tumor del vientre tomó grandes proporciones; el dolor en este punto, así como en la base del pecho y en los espacios intercostales, era muy vivo é impedía la respiración, lo cual ocasionaba la angustia y la sufocación estremas. En esta época los vómitos eran frecuentes, las materias fecales blanquizcas, y la diarrea venia de tiempo en tiempo.

El mal continuó agravándose: el enfermo estaba en cama hacia tres meses, cuando súbitamente le sobrevino un acceso fuerte de tos que le hizo espulsar una gran cantidad de materia purulenta, la cual, según el mismo enfermo dice, tenía el color gris. Desde entonces persisten la tos y la expectoración, que algunas veces tiene una poca de sangre, pero que generalmente es amarillenta.

Inmediatamente después el enfermo sintió un grande alivio; la respiración se hacía más libremente; las funciones digestivas mejoraron; la ictericia y los edemas desaparecieron; y aunque todavía tenía calentura y sudores irregulares, pudo volver á sus trabajos en la primavera subsecuente.

Sin embargo del alivio, la tos y la expectoración continuaron; el tumor, aunque había disminuido, no desaparecía completamente; la diarrea continuó con las mismas alternativas, y posteriormente reaparecieron la calentura y los sudores.

El enfermo, en este estado, se decidió á entrar al hospital central de Sevilla, el día 1º de Setiembre de 1867.

Día 2 de Setiembre.—El enfermo está acostado sobre el dorso; está pálido, muy flaco; no puede acostarse sobre el lado izquierdo, así como tampoco sobre el derecho, porque en estas posiciones sobreviene la tos y aparece un dolor en las últimas costillas. Descubierto el vientre, se nota una eminencia arredondada y lisa que nace debajo de las costillas del lado derecho, que se prolonga en la dirección del epigastrio, y desaparece cerca del ombligo. La palpación y la presión provocan dolor en esos puntos: el tumor se desaloja lateralmente; las paredes del vientre deslizan sobre su superficie; su consistencia es dura en las porciones más exéntricas, presentándose en el resto hasta el borde costal cierta blandura que no es la de la fluctuación. La percusión dá un sonido oscuro en la región epigástrica, pasando de la línea mediana hasta cerca del hipocondrio izquierdo. Dicho sonido sigue la dirección de una línea convexa que desciende hasta muy cerca de la cicatriz umbilical, y desde allí se extiende á todo el hipocondrio derecho, se continúa en la cavidad del pecho, y sube un poco más arriba de la mama; el costado derecho no está muy aumentado. Los espacios intercostales tienen la latitud casi normal, excepto el sétimo que está más dilatado: la presión provoca allí un dolor vivo, y se percibe además una fluctuación dudosa. En las paredes del pecho se advierte una red venosa subcutánea, que sube del epigastrio. Hay un derrame en la cavidad del vientre, y un ligero edema en los miembros inferiores. La percusión en la parte posterior del pecho dá un sonido oscuro; desde el ángulo del omóplato, en todo el costado derecho, se percibe claramente la respiración en la parte superior, pero abajo falta el murmullo respiratorio, y se perciben además numerosos estertores sub-crepitantes. La voz resuena mucho en este punto. Hacia adelante falta la respiración interiormente, y de tiempo en tiempo se percibe un soplo huccho. Como por detrás, la voz resuena y hay estertores. En el lado

izquierdo nada hay de notable. La expectoracion hoy es relativamente escasa, y está compuesta de una materia amarilla-verdosa, uniforme, purulenta, espesa; los esputos no tienen una forma determinada. El pulso es blando, febril, y este estado tiene exacerbaciones: hay sudores por la noche. El apetito es bueno: ayer ha hecho cuatro evacuaciones líquidas.

4 de Setiembre.—Continúa la diarrea: las evacuaciones son líquidas y blanquecinas.

5 de Setiembre.—La diarrea sigue; los alimentos determinan malestar en el vientre; hay meteorismo, erutos y pyrosis. La tos es poco frecuente, y la expectoracion muy abundante.

9 de Setiembre.—Durante el día de ayer estuvo mas alta la calentura: prosigue la diarrea; la tos es frecuente, pero la expectoracion es rara, relativamente: no hay modificacion en el tumor del vientre, pero la macidez en el pecho se eleva á cinco centímetros arriba de la mama, hasta cuyo punto falta igualmente la respiracion.

13 de Setiembre.—Las alternativas de la diarrea continúan, y las evacuaciones tienen algunas mucosidades. La expectoracion ha sido abundante.

21 de Setiembre.—Durante la semana pasada, el sonido oscuro que superiormente habia disminuido, ha aumentado, y sube hasta la tercera costilla. El volumen del tumor del vientre se ha estendido mas al epigastrio. La expectoracion ha sido mas abundante en estos últimos días. Por la auscultacion se reconoce la ausencia del murmullo respiratorio, como dije arriba, y en diferentes puntos hácia adelante se perciben frotamientos ligeros, producidos seguramente por las adherencias que se establecen. Las vias digestivas se hallan en mal estado, porque diariamente hay los fenómenos dispépticos ya señalados, y sobre todo los vómitos, que se repiten hasta cuatro ocasiones al día; la materia de los vómitos es líquida, ácida y amarga. La diarrea ha desaparecido hace dos días. El movimiento febril, ligero durante el día, aumenta y se acompaña de sudores por la noche. El enfermo ha enflaquecido desde que entró al hospital, aunque no desmaya porque afortunadamente está dotado de una gran energía moral.

28 de Setiembre.—Casi toda la semana ha estado mal; los vómitos han continuado con irregularidad; ha disminuido el apetito; durante los últimos días la diarrea ha sido mucho mayor. El tumor no presenta modificacion notable: la calentura lenta continúa. La percusion permite reconocer un fenómeno que no es muy frecuente encontrar. Al nivel de la cuarta costilla, adentro de la mama y en un espacio limitado, produce el sonido de olla rajada, dilatándose la resonancia oscura, en el resto de la region, hasta la tercera costilla. Hay egophonía. Cuando se acuesta el enfermo sobre el lado izquierdo todos estos fenómenos desaparecen, y enton-

ces el sonido aparece claro hasta un poco arriba de la mama; en consecuencia, existe un derrame en la pleura. El enfermo se siente débil; su moral está abatida, y me temo que haya entrado en un período de declinacion rápida.

Hasta hoy se ha considerado la colicucion y la muerte de los individuos afectados de un absceso de hígado, como la consecuencia natural de la supuracion abundante, ó mas bien dicho, como el efecto de la lenta infeccion de la economia; pero ni se ha pensado en examinar si los trastornos gastro-intestinales dependian únicamente de esta infeccion, ni se ha meditado atentamente qué relacion guardan entre sí el estado de la supuracion y los trastornos digestivos. Sorprende en verdad ver disminuir progresivamente á aquel producto patológico, y por consecuencia, retraerse al foco, disminuirse y desaparecer enteramente, ó cuando menos destruirse sus propiedades scépticas con el auxilio de inyecciones apropiadas, y no obstante esto, en lugar de ver que mejore el estado de las vias digestivas, agravarse mas y mas hasta el grado de hacer sucumbir al individuo. La sorpresa es tanto mayor, cuando, como en el caso del Sr. Jimenez (observacion undécima), no solamente disminuye la supuracion, sino que aun desaparece por completo, se cicatriza el foco, y sin embargo el aparato digestivo persiste inhábil para llenar sus funciones, trastornadas hasta el mas alto puuto; de manera que aunque en apariencia se ve curar á un enfermo de su mal principal, en realidad continúa consumiéndose lentamente hasta el grado de sucumbir. En tales casos ya no hay supuracion que aumente las pérdidas del organismo; no existen tampoco productos que por su absorcion pueda envenenarlo: por consiguiente, la colicucion y la muerte no pueden ser el efecto de la infeccion pútrida.

Debo insistir, por último, en el período que precede á la manifestacion del padecimiento hepático, que casi de una manera invariable conduce siempre á la supuracion. Este período, generalmente largo, está esencialmente caracterizado por un conjunto de trastornos digestivos, notable no solamente por los fenómenos que lo constituyen, sino tambien por sus alternativas, por su irregularidad y por el aniquilamiento que produce en el individuo. Si se examinan debidamente estos trastornos gastro-intestinales, se ve que los fenómenos hepáticos que generalmente se creen el punto de partida de dichos trastornos no tienen en realidad influencia alguna sobre ellos, ya sea que la supuracion fuese abundante ó escasa, que el foco se retraiga, que las cualidades de la supuracion se modifiquen, que desaparezca del todo, y con ella tambien el foco de donde tomaba su origen. La alteracion de las funciones digestivas permanece siempre la misma, conservando siempre la uniformidad de caracteres que presentaba desde el principio del período oscuro, ó mejor dicho, encubierto, de la enfermedad.

Compárese en sus detalles ó en su conjunto el estado de un individuo que sucumbe por una colicucion debida á una supuracion abundante, con el de otro que

sea arrastrado al mismo fin por un absceso de hígado: si se quiere, habrá cierta semejanza, pero en medio de ella se notarán diferencias muy capitales; la muerte en este último caso tiene mas analogía con la que determina una inanición graduada, que con la que reconoce por causa una intoxicación general. No pudiendo digerir el enfermo, sucumbe por falta de nutrición: las materias mal digeridas determinan y mantienen este estado particular de los órganos, y los productos de una mala digestión determinan, avivan y mantienen el estado de irritación de los órganos gastro-intestinales.

El cuadro sintomatológico de la enfermedad, desde su período primitivo revela que se trata de una alteración profunda de las funciones hepáticas, y más directamente, puede ser, de la función biliar. Ignoramos todavía si dicha alteración tiene origen en las células hepáticas mismas ó en el sistema vascular; pero lo que sí es indudable, es que ella compromete la totalidad de la función, así como la estructura anatómica del órgano. Cuando por los progresos de la enfermedad se destruye una glándula, deben por consecuencia agravarse los accidentes; y aun cuando esa destrucción se limite exclusivamente á la pérdida material, debe persistir como desde su origen la alteración funcional, por cuya razón se ve, que á pesar de la cicatrización completa del foco continúan del mismo modo los trastornos digestivos.

Tal es el juicio que he podido formarme hasta hoy de los abscesos de hígado. Para el logro de mi objeto he creído deber insistir con tenacidad sobre el que creo debe hacerse acerca de los trastornos digestivos que les preceden, acompañan y siguen, así como también sobre el papel importante que dichos trastornos representan en el cuadro de la enfermedad. Me alienta la esperanza de que nuevas investigaciones hechas en este mismo sentido, conducirán alguna vez á los prácticos á un resultado favorable. Si llegásemos á conocer á tiempo los trastornos que surgen de una afección hepática, por decirlo así, incipiente; si una vez logrado eso, se pudiera combatir oportunamente por medio de un tratamiento racional, y al propio tiempo por un buen régimen, entonces conseguiríamos impedir, puede ser, que muchos de esos casos llegaran al período fatal en que desgraciadamente es inevitable la supuración, la cual por sí misma revela la profunda alteración del parenquima hepático. Todavía más: si por desgracia el enfermo llegase á nuestras manos en un período avanzado; es decir, cuando ya se ha formado la supuración, podremos evitar, aun no solo que el órgano se destruya de una manera más considerable, sino alejar también los accidentes más ó menos graves y aun mortales que

sobrevienen, solo con evacuarla á tiempo, á cuyo intento afortunadamente tenemos los medios mas eficaces para reconocerla. Al lado de los medios quirúrgicos, es necesario poner la dietética y los medicamentos internos, aunque desgraciadamente todavia no conocemos los mas convenientes y adecuados para estos casos. Sin duda que deberán ser escogidos entre aquellos que puedan volver al órgano su estado funcional normal, y entre los que hasta cierto punto puedan tambien reemplazar en la digestion al importante líquido que tan necesario es para la asimilacion completa de los alimentos.

LINO RAMIREZ.

Infarto pulmonar, por el Sr. Carmona.....	40
Leche, su uso, por el Sr. Jimenez (D. Lauro).....	140
Lesion orgánica del corazon, observacion, por el Sr. Brassetti.....	72
Mariscalería en México, por el Sr. Gomez.....	79
Metritis crónica como origen de neurosis sintomáticas, por el Sr. Liceaga.....	193
Monstruo humano diplogenéico, observacion, por el Sr. Rodriguez.....	145 y 161
Monstruosidad por inclusion.....	204
Myasis producida por la nueva especie de <i>Lucilia versicolor</i> , por el Sr. Jimenez (D. L.).....	27
Pio-torax en un niño de dos años, curada por la puncion y la canalizacion quirúrgica, observacion, por el Sr. B. Villagran.....	110
Pleuresía producida por un derrame purulento peritoneal que se embebió al traves del diafragma, por el Sr. Brassetti.....	64
Pleuresía purulenta. Extracto y juicio critico de la tesis del Dr. Damaschino sobre esta enfermedad, por el Sr. Liceaga.....	374 y 380
Pólipos de la laringe estirpados, por el Sr. Semeleder.....	84
Puas, su extraccion, por el Sr. Soriano.....	68
Quiste del ovario, observacion, por el Sr. Soriano.....	143
Ruptura de la vagina en un parto á término y paso del niño al vientre materno, observacion, por el Sr. Careaga.....	251
Sulfuro de mercurio en inhalaciones húmedas para curar el <i>croup</i> , por el Sr. Hidalgo y Carpio.....	14
Tiflitis estercoral curada por las inhalaciones de cloroformo, por el Sr. Carmona....	395
——— observaciones referidas por el Sr. Jimenez (D. Miguel)....	402
Tintura de iodo, su eficacia en las heridas del cráneo, por el Sr. Brassetti.....	156
Tumor biliar operado con éxito por puncion indirecta, por el Sr. Hidalgo y Carpio..	81
——— de naturaleza dudosa, saliendo por la vagina, por el Sr. Olvera.....	65
——— sifilítico de la lengua, de apariencia cancerosa, curado por el específico del Dr. Lopez, observacion, por el Sr. Hidalgo y Carpio.....	267
Vacuna animal, por el Sr. Carmona.....	1
——— por el Sr. Reyes (D. José María).....	54
——— por el Sr. Muñoz.....	285
——— ¿puede ser vehiculo de la sífilis? por el Sr. Dominguez.....	255 y 271
——— dictámen de la Comision de la Sociedad de Medicina de México.....	49
——— humana, su inocuidad, por el Sr. Rodriguez.....	17 y 33
Version, sus indicaciones en los partos, por el Sr. Rodriguez.....	282
Viruela y varioloides, por el Sr. Jimenez (D. Lauro).....	138

