
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

—
PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA MÉDICA.

Algunas observaciones sobre los abscesos de hígado.—Caractéres distintivos del pus hepático.—Frecuencia con que la fluctuacion se presenta en los espacios intercostales.—Ventajas de hacer la puncion á la mayor brevedad posible.

A fines de Enero del año de 1878, entraba á ocupar la cama núm. 5 de la sala de Clínica, Manuel Carreon, natural de México, de oficio herrero, y de 30 años de edad.

Aunque su padecimiento databa ya de siete meses, sin embargo, su estado general era aún bastante regular. De nada habia padecido, y si bien acostumbraba las bebidas fermentadas, aseguraba que los excesos no eran frecuentes. A fines de Mayo fué convidado por algunos amigos, y despues de comer abundantemente y beber pulque hasta embriagarse, le cayó un aguacero y se quedó largo tiempo con la ropa húmeda. Esa misma noche tuvo calofrio intenso y una punzada en el costado derecho; poco despues tos seca y fatiga, pero no hubo vómitos ni diarrea. La calentura fué muy intensa durante los ocho primeros dias, y no sabe si escupió sangre, ni recuerda las medicinas que le hicieron. La calentura fué disminuyendo poco á poco, pero la tos y la fatiga no han cesado. El dolor persistió tenazmente hasta hace dos meses, que solo le molesta cuando le oprimen el costado derecho. El apetito volvió poco á poco y sus digestiones no se han alterado. De tiempo en tiempo tiene calofrios nocturnos y ligera calentura, pero asegura que no hay sudores en las noches.

Al examinar á este enfermo, llamó nuestra atencion desde luego, el abultamiento é inmovilidad de todo el lado derecho del tórax. Hecha la medicion, habia cerca de cinco centímetros de diferencia en favor del lado derecho hácia la base, y un poco arriba de la línea mamária, á nivel del tercer espacio intercostal; la diferencia era de tres centímetros. Faltaban completamente las vibraciones to-

rácicas, excepto en la parte más alta y anterior del tórax. En la parte pósterosuperior las vibraciones eran muy débiles. La percusion daba un sonido mate en toda la parte posterior, y en la anterior habia sonido timpanitico en el primer espacio intercostal. La auscultacion era muda en todo ese lado del tórax, y si se exceptúa un ligero soplo en el vértice, sobre todo hácia adelante, no se percibia ningun otro ruido. La palpacion del vientre hacia ver que el borde del hígado descendia hasta cerca del ombligo, y que se despertaba algun dolor cuando se oprimia sobre la referida glándula. El corazon estaba desviado hácia el lado izquierdo, y su punta latia en el sexto espacio intercostal, dos dedos afuera de la tetilla. La temperatura era la normal, y el enfermo aseguraba que hacia ya algunos dias que no tenia calentura; el apetito era bueno; las digestiones se hacian bien, y á no ser por la disnea, por la tos y por la imposibilidad de acostarse sobre el lado izquierdo, el enfermo se creeria enteramente sano.

No habia duda de que la pleura derecha estuviere llena de un liquido, y esta suposicion adquiria tantas más probabilidades, cuanto que los espacios intercostales, además de estar abovedados eran francamente fluctuantes. En cuanto á la naturaleza del liquido existian algunas dudas; porque si bien la agudeza del mal al principio, la calentura prolongada y los sudores que algunas veces habia tenido el enfermo, hacian presumir que se tratase de pus; la falta de calentura ese mismo dia; la circunstancia de no presentarse ya los calofrios y sudores nocturnos, así como el bienestar relativo que el enfermo decia tener, hacian vacilar un tanto en la suposicion referida. Para aclarar este punto, para averiguar si el pulmon estaba ó no adherido y para mejorar el estado de disnea, resolví practicar inmediatamente una puncion por medio del aspirador de Potain. Practicada ésta en el quinto espacio intercostal y en la linea axilar, obtuvimos unos 700 gramos de pus rojizo, muy semejante al pus hepático. La salida de esta cantidad de liquido no modificó sino en muy poco el cuadro de sintomas ántes descrito. La diferencia de la área torácica fué un poco menor (cuatro centímetros en la base y dos y medio á nivel del tercer espacio intercostal); la matitez quedó tan marcada como ántes, y solo pareció que el soplo se extendia un poco más abajo. La disnea disminuyó perceptiblemente, y el enfermo se creyó mejorado. Tomada la temperatura cuidadosamente en la mañana y en la noche nunca pasó de la normal. Examinado el pus con el microscopio, se encontró formado de muy pocos leucocitos y de una gran cantidad de granulaciones y de grasa en glóbulos más ó ménos grandes.

En vista de este resultado, se presentaban varias dudas, atendiendo sobre todo al aspecto del pus. ¿Se habia caído en un absceso hepático, y habia además un derrame pleurítico, permaneciendo en ese caso las mismas dudas sobre la naturaleza del liquido pleural y sobre el estado que guardaba el pulmon? ¿O habiamos llegado á la cavidad, y el liquido allí existente era purulento, y el pulmon estaba aprisionado por bridas, é incapaz de distenderse? Los anteceden-

tes del enfermo parecían referirse más bien á un una pleuresia, aunque en todo rigor pudo haberse tratado de una hepatitis aguda complicada de pleuresia ó haberse abierto un absceso del higado en la cavidad de la pleura. Esperé unos ocho dias, y el 5 de Febrero practiqué otra puncion en la parte anterior del tórax y á nivel del tercer espacio intercostal. El resultado fué semejante al que se tuvo en la puncion anterior: salieron 800 gramos de pus con los mismos caractéres organolépticos y microscópicos que el anterior. Los signos físicos permanecieron como ántes, y solo la disnea disminuyó un tanto. La temperatura siguió siendo la normal; no habia sudores nocturnos; el apetito se conservaba bien, y las digestiones eran normales.

Atendiendo á que en los abscesos hepáticos, la viscera nunca sube hasta la altura en que en esta vez se hizo la puncion, no cabia ya duda de que la pleura estaba llena de pus y que el derrame era *necesario*, pues que el pulmon no podia desenvolverse, y no pudiendo haber vacio, la gran cavidad deberia estar llena de líquido ó de aire atmosférico. ¿Pero ese pus, que tanta semejanza tenia con el pus hepático, venia realmente de la glándula habiendo perforado el diafragma? ¿ó el color rojizo venia de alguna hemorragia por ruptura de uno de los vasos de nueva formacion en las neo-membranas? Para admitir la primera hipótesis, me faltaban en la historia del enfermo los sintomas de la pleuresia sobreaguda, que debió desarrollarse en el momento de verificarse el derrame. Yo recordaba un caso que observé en el hospital de San Pablo en el curso del año de 1865: se trataba de una mujer afectada de intermitentes rebeldes, y un dia repentinamente fué presa de un dolor intensísimo en el costado izquierdo: gran disnea, opresion exagerada, pulso frequentísimo, descomposicion de las facciones, y por último, la muerte ocho horas despues de la aparicion de estos sintomas. La autopsia nos hizo ver que se habia formado un pequeño absceso en la parte más alta del bazo; que la supuracion habia ido poco á poco perforando el diafragma hasta llegarse á derramar en la cavidad de la pleura izquierda: en esa serosa se veian todas las señales de la pleuresia sobreaguda que tan pronto habia dado cuenta con la vida de mi paciente. Nada que pudiera asemejarse á este cuadro se habia verificado en la enfermedad de Carreon; y si á este dato se agregaba la consideracion de que los abscesos hepáticos que tienen tendencia á dirigirse hácia el tórax, los vemos todos los dias determinar adherencias entre las dos hojas pleurales, atravesar una porcion más ó ménos grande del parénquima pulmonar, y venir á abrirse en un bronquio, llegaba uno á la persuasion que de la hipótesis que venimos estudiando tenia pocas probabilidades de ser cierta.

La segunda suposicion, tenia á mi modo de ver ciertos grados de probabilidad: yo habia visto que el pus blanco, mezclándose con alguna sangre llegaba á tomar todos los caractéres del que proviene de los abscesos hepáticos. A principios del año de 77, ocupaba la misma cama núm. 5 de la Clinica, un enfermo

atacado de tuberculosis en su tercer periodo, y en el curso de ella tuvo una hemoptisis abundantísima. Durante los cuatro ó cinco primeros días, los esputos eran rojizos, pero poco á poco fueron tomando un color más ó ménos oscuro y semejándose de tal manera al color del pus hepático, que algunos de los estudiantes que entónces cursaban la Clínica, tuvieron á aquel enfermo como afectado de un absceso de hígado abierto en los bronquios. Pero hubo más: verificóse por aquellos días un exámen general, y habiéndose escogido este enfermo para ser estudiado por el candidato, tanto éste como el Profesor sinodal, diagnosticaron un absceso de hígado abierto en los bronquios; tan grande así era la semejanza de aquel esputo con el pus que viene del hígado. La autopsia, más tarde, vino á confirmar lo que ya yo habia observado durante la marcha de la enfermedad.

Por todas estas razones, yo me incliné entónces á creer, que se trataba de un derrame purulento en la cavidad de la pleura, consecutivo á una pleuresia aguda; y que el aspecto del pus, era debido probablemente á la ruptura antigua de alguno de los vasos de nueva formacion de las neo-membranas. Los caracteres microscópicos me llamaban fuertemente la atencion, y no habiendo yo visto ántes nada semejante, ni encontrando en los autores algo que me aclarara la situacion, me preguntaba á mi mismo, si ese aspecto del pus era debido á su antigüedad y á la regresion grasosa que sufren los leucocitos en los casos en que el pus tiende á reabsorberse. Cuestion era esta digna de estudio, y solo la observacion podia aclararme este punto.

El enfermo siguió con alternativas; épocas habia en que se encendia la calentura con exacerbaciones nocturnas y sudores más ó ménos copiosos, y épocas en que desaparecia el movimiento febril. De tiempo en tiempo venia diarrea, para desaparecer en seguida. El tratamiento se redujo á desarrollar un plau tónico analéptico; á combatir las complicaciones, y á puncionar el tórax cuando la disnea señalaba un exceso de pus en aquella cavidad pleural.

En todas las punciones escurria una cantidad de pus más ó ménos grande; pero la consistencia, el color y el aspecto microscópico no variaba. Esta circunstancia me impresionaba cada día más y más, y vino á conmover fuertemente las opiniones que ántes habia yo formado. En efecto, no era ya probable que la coloracion del pus fuese debida á la causa que yo le habia asignado, puesto que el matiz era siempre el mismo, y en casos de hemorragias intrapleurales, la coloracion deberia haber variado desde el rojo vivo hasta el color amarillo sucio que tiene el pus normalmente. Por otra parte, el aspecto microscópico del pus era siempre el mismo; y si era cierto que la cavidad pleural no se vaciaba completamente, tambien lo era que la frecuencia con que á veces se hacian las punciones, deberia haber hecho que el pus se hubiese renovado en su totalidad: por otra parte, el movimiento febril, que ya entónces era de casi todos los dias, indicaba que habia un trabajo más ó ménos activo de formacion

de pus, ó cuando ménos hacia ver que aquella masa purulenta no era ya indiferente al organismo. En consecuencia, no podia ya sostenerse que el aspecto que ese liquido tenia cuando se examinaba con el microscopio, fuese debido á la regresion grasosa de un pus envejecido y separado del organismo por enquistamiento. Forzosamente tenia que admitirse que aquel pus era primitivamente de color rojizo y formado por una emulsion gránulo-grasosa.

Con ansia buscaba yo un absceso hepático para estudiar su pus al microscopio; y entónces comprendia yo con cuánta razon mi ilustre antecesor, el Sr. D. Miguel Jimenez, buscaba con tanto ahinco alguna manera de distinguir el pus hepático, del que se obtiene de cualquiera otro punto del organismo. Yo recuerdo el empeño con que buscaba con los reactivos quimicos la colessterina, las materias colorantes de la bilis, la glicososis, etc. Todos sus esfuerzos fueron inútiles, y la muerte nos lo arrebató antes de que consiguiese su objeto.

¿Será este un absceso de hígado vaciado en la cavidad de la pleura, me decia yo á mí mismo, y ese aspecto de emulsion gránulo-grasosa, será el carácter distintivo del pus hepático? Cuestiones eran estas que solo el tiempo podia revelarnos, y desgraciadamente el tiempo volaba sin que tropezáramos con algun caso de hepatitis supurada. Miétras tanto mi enfermo se agotaba por la calentura éctica y por la diarrea que venia de tiempo en tiempo. A mediados de Agosto empezó á arrojar en el esputo un pus enteramente igual al que obteniamos por medio de las punciones, y el 5 de Setiembre sucumbió, despues de tan largos padecimientos. La autopsia se practicó al dia siguiente, y encontramos una inmensa cavidad llena de pus, que tanto habiamos estudiado. El pulmon atelectasiado estaba adherido á la canaladura costo-vertebral y á la parte más alta de la cavidad pleural: la serosa estaba sumamente espesada, y el diafragma destruido en una grande extension, hacia comunicar ampliamente la cavidad de la pleura con una enorme cavidad que existia en el lóbulo derecho del hígado. Las paredes del absceso hepático estaban forradas por una membrana celulosa bastante espesa, como suele verse en los abscesos antiguos de dicha glándula.

En el año siguiente, afortunadamente he tenido ocasion de estudiar varios casos de hepatitis supurada, y de confirmar en todos ellos el punto principal que nos ha venido preocupando en la observacion anterior, á saber: que el carácter distintivo del pus hepático, es el de presentarse al microscopio bajo la forma de una emulsion gránulo-grasosa, conteniendo un número más ó ménos grande de leucocitos. El aspecto es de tal manera característico, que habiéndolo visto una sola vez no es fácil despues confundirlo.

Permitame la Academia, que aunque de una manera compendiada, relate las nuevas observaciones, que en su mayor parte han pasado á la vista de los alumnos cursantes de Clinica, y que vienen en confirmacion de mi aserto.

OBSERVACION 2.^a—El 22 de Febrero de 1879, ocupó la cama núm. 3 de la sala de Clinica, Graciano Sanchez, de 42 años de edad, viudo, mesero y acos-

tumbrado al uso de los alcohólicos. Un mes hacia que sin causa conocida, fué atacado de un dolor intenso en el hipocondrio derecho, acompañado de calentura y malestar general, pero sin ningun trastorno digestivo. Algun tiempo despues empezó á sentir calofrios en la noche y sudores en el tronco. Las fuerzas le fueron faltando, y resolvió entónces venirse al hospital. Examinado el enfermo convenientemente, se encontró fluctuante el octavo espacio intercostal por el costado derecho. Se practicó una puncion en ese punto, y salió una buena cantidad de pus rojizo, color de *champurrado*. Examinado con el microscopio, le encontramos los mismos caractéres que tenia el del enfermo objeto de la observacion anterior. Ocho dias despues nos propusimos hacer una seguda puncion; mas el enfermo la rehusó y pidió su alta.

OBSERVACION 3.^a—Amado Núñez, de 22 años de edad, natural de México, casado, carpintero, acostumbra los alcohólicos. Habia sido siempre sano; pero hace tres meses, que despues de haber comido y bebido abundantemente tuvo una indigestion, seguida de calentura, dolor en el hipocondrio derecho, sudores nocturnos y grande enflaquecimiento. El dia 13 de Marzo vino al hospital á ocupar la cama núm. 0-13 de la sala de Clínica. Lo encontramos bastante enflaquecido, su tinte era pajizo y su temperatura de 38°: el hipocondrio derecho abultado, era sensible á la presion; el higado se elevaba hasta la cuarta costilla y descendia hasta el ombligo. En el sexto espacio intercostal de ese lado habia fluctuacion manifiesta, por lo que se hizo una puncion en ese punto. Escurrieron 1,500 gramos de pus rojizo y de aspecto gránulo-grasoso examinado con el microscopio. Cinco dias despues se hizo una segunda puncion, que dió otra cantidad igual á la anterior y con los mismos caractéres. La calentura continuaba casi sin remision, y el agotamiento hacia rápidos progresos. Desgraciadamente el enfermo pidió su alta, y no fué posible convencerlo de lo contrario.

OBSERVACION 4.^a—A mediados del mismo mes de Marzo, entró á ocupar la cama núm. 21 del departamento de Clínica, Francisco Rosales, de 23 años, natural de México, soltero, zapatero. Tomándole su conmemorativo, nos dijo que acostumbraba los alcohólicos con moderacion, y que en el mes de Enero, sin causa apreciable, sintió un dolor en el hipocondrio derecho, que se hacia sentir tambien en el hombro del mismo lado: casi al mismo tiempo se sintió con calentura, pero no tuvo tos ni fatiga. Algunos dias despues sobrevinieron calenturas nocturnas, y repentinamente tos, empezando á arrojar un esputo rojizo y de tal manera abundante, que muy pronto llenaba una taza: un poco más tarde vinieron deposiciones, y notando que en ellas arrojaba sangre, determinó venirse al hospital. Cuando reconocimos á este enfermo nos llamó la atencion la semejanza que habia entre la deposicion y el esputo. Quisimos examinar ambos productos con el microscopio, pero desgraciadamente no pudimos haber este instrumento, sino hasta tres ó cuatro dias despues, pues la persona que lo guardaba estaba enferma. Cuando tuvimos el microscopio á

nuestra disposicion habian ya desaparecido las evacuaciones, y las que entónces se observaban eran francamente excrementicias. El esputo, que era todavia muy abundante, presentaba todos los caractéres del pus hepático, y no se veía otra cosa sino la emulsion gránulo-grasosa característica: no habia glóbulos de sangre, y si uno que otro leucocito. El hígado no estaba aumentado de volúmen, y solo revelaba alguna sensibilidad á la presion. En los pulmones nada notable se encontraba, y solo se oían en el lado derecho algunos estertores mucosos, gruesos. Al tocar el pulso se encontraron los latidos intermitentes, pero en los centros circulatorios solo se notaba alguna impulsión, pero no se percibia soplo en ningun punto. Poco á poco fué disminuyendo la cantidad del esputo, hasta que á principios de Mayo desapareció completamente; pero su aspecto fisico y sus caractéres microscópicos permanecieron los mismos hasta el último. El enfermo salió á mediados de Mayo perfectamente curado. El 7 de Julio volvió á entrar al hospital á ocupar la cama núm. 28. En esta vez se quejaba de que desde el mes de Junio se le empezó á hinchar la cara y poco despues las piernas. La tos y el esputo que ántes habia tenido no habian vuelto á aparecer, y sus vias digestivas estaban perfectamente sanas. La intermitencia del pulso y la impulsión cardiaca habian desaparecido completamente. Las orinas eran escasas y rojizas; con el microscopio se encontraba en ellas una gran cantidad de celdillas epiteliales gránulo-grasosas, alguna grasa libre y pocos tubos hyalinos. Con los reactivos se descubria la albumina; pero esta sustancia presentaba caractéres particulares, de los que no nos ocuparémós en esta vez por no venir al caso. El 15 de Agosto salió de alta por segunda vez: las hinchazones habian desaparecido, pero la orina precipitaba todavia alguna albumina.

OBSERVACION 5.^a—El dia 4 de Agosto de 1879, entró Jesus Reyna á ocupar la cama número 29 de la sala de Clínica. Es un hombre de 40 años de edad, natural de México, vaquero y dado á las bebidas espirituosas. No ha padecido más enfermedad que la presente, y hace veinte años calenturas intermitentes. Sin causa conocida, hace tres meses se empezó á sentir con un dolor en el costado derecho, seguido poco tiempo despues de calofrios y calenturas nocturnas: el dolor se irradiaba al hombro del mismo lado, y nunca habia habido vómitos ni diarrea ni ningun otro fenómeno dispéptico. Suele haber sudores nocturnos, pero no se fija la época en que aparecieron. Se nota bastante pálido y enflaquecimiento. El hipocondrio derecho está abultado, y á la simple vista se nota el borde del hígado á una distancia média, entre el borde costal y el ombligo: hay poca sensibilidad á la presion, y la matítez se extiende desde la quinta costilla hasta el punto en que la vista señalaba el borde hepático. En el noveno espacio intercostal, y por el costado, parecia percibirse fluctuacion, pero no habia dolor en este punto. La temperatura estaba á 37°5, pero la vispera en la noche habia tenido 40°. Se hizo en el lugar más fluctuante una puncion exploradora, con un trócar muy delgado, y se obtuvo una pequeña cantidad de pus rojizo, con los

mismos caracteres microscópicos que ántes hemos descrito. Al dia siguiente pareció más fluctuante el décimo espacio intercostal, y allí se hizo otra puncion con un trocar más grueso: escurrieron 1,535 gramos de pus del mismo aspecto del que obtuvimos la vispera. Era de notarse que desde esa primera puncion, el pus contenia una gran cantidad de bacterias, y sin embargo no se percibia ningun mal olor. Tomando cada gramo de pus por un centimetro cúbico, deduje por el volúmen, el diámetro que tendria una esfera de esa capacidad, para asi poder calcular la magnitud del absceso, resultando que éste deberia ser de 14 centímetros de diámetro aproximativamente. Yo bien sé que el cálculo no puede ser exacto, supuesto que el pus pesa más que el agua destilada; pero teniendo en cuenta la cantidad que siempre se pierde, y la imposibilidad de vaciar completamente el pus, creo que se puede admitir el resultado como aproximativo. Si en el cálculo se tuviera en cuenta la densidad del pus, el resultado seria riguroso. Despues de la puncion el hígado se retrajo de una manera perceptible, pues la matitez existia desde el sexto espacio intercostal hasta un dedo abajo del borde costal. La temperatura cayó desde ese mismo dia, y no volvió á subir á 38° sino el 12 de Agosto, motivo por el cual se practicó otra puncion. Con ella se sacaron 800 gramos de pus, correspondientes á una esfera de 11 $\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro. El pus fué entónces más rojo, y con el microscopio se veia, además de la emulsion gránulo-grasosa, un mayor número de leucocitos y de glóbulos sanguíneos. Guiados por la temperatura, se hizo otra puncion el 19 de Agosto, obteniéndose 325 gramos de pus, que podrian contenerse en una esfera de 8 $\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro: el 26 de Agosto nueva puncion, pero nada se obtuvo: el 2 de Setiembre se practicó la última, escurriendo solo 167 gramos de supuracion, que podian contenerse en una esfera de poco ménos de 7 centímetros (6,83) de diámetro. Es de notarse, que á medida que se repetian las punciones, abundaban más los leucocitos y los glóbulos sanguíneos, pero no faltaban los elementos gránulo-grasosos. Despues de esta puncion, la temperatura no volvió á levantarse; el hígado conservaba su volúmen normal y el paciente se reponia de dia en dia. Durante dos meses se le detuvo en observacion, y viendo que seguia bien se le dió su alta á fines de Octubre.

OBSERVACION 6.^a—El dia 4 de Setiembre de 1879, encontramos en la cama núm. 27 de la sala de Clínica á José Velazquez, de 28 años de edad, de buena constitucion; acostumbra los alcohólicos aunque no en exceso, segun dice él. Hace veinte dias empezó á sentir un dolor en el hipocondrio derecho, sin ningun trastorno digestivo ni calofrío, calenturas ó sudores; pero viendo que el dolor, aunque no muy fuerte, persiste con tenacidad, se determinó á venir al hospital, y fué colocado en el servicio del Dr. Lavista. Ayer fué remitido á la sala de Clínica, y hoy encontramos que anoche habia tenido una temperatura de 38°5, pero que hoy no pasa de la normal. El estado general del enfermo no revela un padecimiento grave; tiene buen color y no está enflaquecido; hay buen

apetito, buenas digestiones y solo el dolor es el que le molesta un poco. El hígado está ligeramente abultado, y un poco sensible á la presión. En el octavo espacio intercostal, por el costado y cerca de la parte posterior, hay un punto, que aunque no es doloroso, pero sí parece fluctuante. Aunque los antecedentes no son bien marcados, y los síntomas actuales poco manifiestos, sin embargo, fundados en la elevación de temperatura que se notó anoche, y sobre todo en la fluctuación que encontramos en el octavo espacio intercostal, hicimos una punción en ese punto, y obtuvimos unos 120 gramos de pus blanco, cremoso, espeso. A pesar de que no tenía el color característico, el microscopio revelaba la emulsión gránulo-grasosa ya mencionada. Después de esta punción no volvió á levantarse la temperatura ni á haber fluctuación; el dolor desapareció y la viscera volvió á su tamaño normal. Se detuvo al paciente mes y medio en observación, y viendo que seguía muy bien se le dió su alta.

OBSERVACION 7.^a—El día 18 de Setiembre de 1879 entró al servicio del Dr. Bandera, Florentino Olmo, natural de San Angel, de 33 años de edad, herrero. Dice que su padecimiento empezó hace seis meses, á consecuencia de abusos en las bebidas alcohólicas. Lo primero que sintió fué un dolor agudo en el costado derecho, acompañado de gran malestar y fatiga; casi inmediatamente vino calentura que no lo ha dejado hasta hoy. En su casa estuvo curándose: le pusieron un vejigatorio en el costado derecho, cuyo vestigio se ve ahora perfectamente bien; tomó muchas píldoras y otras medicinas. Al principio no tuvo trastornos digestivos, pero de poco tiempo acá ha aparecido diarrea. Hoy, 4 de Octubre, y ocupando la cama núm. 6 de la sala de Clínica, se le encuentra muy enflaquecido, sus fuerzas muy postradas, y tiene un tinte pajizo particular. Llama la atención el grande abultamiento que presenta el epigastrio y todo el flanco derecho; la matitez se extiende desde el cuarto espacio intercostal hasta el ombligo; su límite superior sigue hácia atrás al mismo nivel, aunque haciéndose un poco inferior; la sensibilidad es viva en casi toda la extensión de dicho abultamiento. En el sexto espacio intercostal, por el costado, se encuentra el punto más fluctuante, y en ese lugar se hizo una punción, obteniéndose 1,450 gramos de pus rojizo, color de champurrado, y formado totalmente de una emulsión gránulo-grasosa. El diámetro de la esfera en que podía contenerse esa cantidad de líquido es de 14 centímetros poco más ó menos. El 8 de Octubre se hizo una segunda punción sacándose 1,125 gramos de pus. El 29 de Octubre tercera punción, dando 1,770 gramos de supuración y el 6 de Noviembre la cuarta, obteniéndose 1.060 gramos. El movimiento febril no desapareció y la diarrea continuaba. En tal estado de cosas el paciente pedía con grande empeño ir á morir á su casa, y no pudiendo convencerlo de lo contrario se le dió su alta el 11 de Noviembre.

OBSERVACION 8.^a—El día 5 de Octubre de 1879, fui llamado á ver al Sr. D. E. O., empleado, de 30 años de edad, y que habia gozado de muy buena sa-

lud. Hace 4 ó 5 años, que estando en la frontera, abusó algo de las bebidas espirituosas; pero de tres años acá, asegura que no toma vino sino en las comidas, y con mucha moderacion. Hace quince ó veinte dias, que sin causa conocida empezó á sentir un dolor en el hipocondrio derecho, sin ningun trastorno digestivo, pero que lo ha ido consumiendo poco á poco, y produciéndole fatiga al andar y al subir las escaleras. Cree no haber tenido calentura ni sudores nocturnos. El médico que lo asistia le administró algunas preparaciones mercuriales, y le aplicó la tintura de iodo en el hipocondrio derecho. Hoy lo encuentro sumamente pálido y enflaquecido; se marcan mucho los arcos zigomáticos. Anda con mucha pena; ha perdido el apetito, pero las digestiones se hacen bien. El termómetro marca 38°.—El hipocondrio derecho está sumamente abultado, y la matitez se extiende desde el cuarto espacio intercostal hasta cerca del ombligo. La viscera toda está sensible, pero hay un punto doloroso en el epigastrio y otro en el sétimo espacio intercostal, por el costado. Acompañado de los Sres. Dres. Urueta, de Chihuahua, Treviño, de Nuevo Leon, y Salinas, de Oaxaca, hice una puncion en el sétimo espacio intercostal, obteniendo solamente 80 gramos de pus blanco, cremoso, espeso, pero formado de la emulsion gránulo-grasosa ya descrita. Esa misma noche subió la temperatura á 39°, y al dia siguiente en la mañana marcaba el termómetro 37°8. Se le prescribió la solucion de ioduro de potasio de Magendie, á dosis progresivamente crecientes: agua de Vichy en las comidas y unas pildoras béquicas y narcóticas, por molestarle mucho la tos. El dia 12 de Octubre, en compañía del estudiante D. José Ramos, le hice otra puncion en el mismo espacio intercostal, obteniendo 150 gramos de pus rojizo, con todo el aspecto del pus hepático y dando al microscopio los caracteres que tan repetidas veces venimos indicando. El volúmen del higado y la temperatura disminuyeron un poco, pero el movimiento febril no llegó á desaparecer completamente. En el caso de la observacion 5.^a se obtuvo la curacion por medio de las punciones sucesivas, y la indicacion de su oportunidad la sacaba yo de la calentura. Como se recordará, en ese caso la temperatura cayó inmediatamente despues de la puncion, y miéntras no pasaba de 37° me abstenia de repetirla; pero tan pronto como se notaba que el termómetro pasaba de la normal, procedia á vaciar de nuevo el foco. En este caso, viendo que la temperatura alta no desaparecia ni el mismo dia de la puncion, me resolví á canalizar el foco, y así lo hice el dia 26 de Octubre. Salió una buena cantidad de pus rojizo, y por el tubo siguió escurriendo en tanta cantidad, que era preciso cambiar el apósito dos ó tres veces al dia, porque tanto el mollar de hilas, como la venda se impregnaban prontamente de la supuracion. Poco á poco fué disminuyendo la cantidad del pus, y perdiendo su coloracion rojiza. A principios de Diciembre la coloracion era enteramente blanca, y su cantidad tan poca, que apenas manchaba ya la planchuela. Es de notarse que la calentura cayó completamente dos ó tres dias despues de haber canalizado el

foco. El día 21 de Diciembre, viendo que el hígado tenia su volúmen normal, y que la cantidad de pus era insignificante, saqué el tubo definitivamente. El enfermo, mientras tanto, se reponia, adquiria buen color, buen apetito y bastante agilidad en sus movimientos, y hasta hoy 28 de Enero de 1880, está perfectamente bien; de manera que se puede considerar la curacion como enteramente consolidada.

OBSERVACION 9.^a—D. I. P., de 45 años de edad, dependiente de uno de nuestros comprofesores, es afecto à tomar abundantemente las bebidas espirituosas, pero no al grado de perder el conocimiento. Desde el mes de Octubre de 1879 tuvo una enfermedad que fué reputada por la forma remitente del envenenamiento palustre, y se le propinaron dósis abundantes de sulfato de quinina. Despues de algun tiempo mejoró un poco, pero la calentura en las noches nunca ha llegado à desaparecer. Poco à poco se le fué abultando el hipocondrio derecho y à hacerse sensible: los sudores parciales fueron copiosos y el agotamiento hacia rápidos progresos. Notando que léjos de mejorar, su estado iba de mal en peor, resolvió cambiar de médico, y ocurrió entónces al Sr. Fénélon: este señor luego que lo vió, comprendió que se trataba de una hepatitis supurada, y con objeto de fijar el plan de conducta que deberia seguirse, solicitó una consulta conmigo. Nos reunimos el día 17 de Diciembre próximo pasado, y encontramos al enfermo en el estado siguiente. Tinte pajizo, demacracion extrema, movimiento febril con exacerbaciones nocturnas y sudores parciales abundantes: enorme abultamiento en el hipocondrio derecho y epigastrio; matitez desde la cuarta costilla hasta cerca del ombligo; sensibilidad viva à la presion, y fluctuacion por el costado en el quinto espacio intercostal. Convenimos en hacer una puncion, y al dia siguiente nos reunimos. Explorando entónces con más detencion, encontramos fluctuante el quinto espacio intercostal, en el mismo punto que marcamos ayer, pero en un plano mucho más posterior, y en el sexto espacio intercostal notamos otro punto fluctuante. Considerando este lugar como más declive, propuse hacer la puncion en él, y efectivamente se hizo allí, escurriendo 280 gramos de pus rojizo: mientras se lavaba el aspirador, yo me quedé examinando al enfermo, y me llamó la atencion la circunstancia de que el abultamiento apenas habia disminuido, y el hecho de que la viscera no se hubiese retraido: noté además, que el quinto espacio intercostal era todavia fluctuante en el mismo punto señalado la vispera, y esto me determinó à proponer al Sr. Fénélon el hacer otra puncion en ese lugar: este señor accedió à ello, y hecha que fué la puncion obtuvimos 2,250 gramos de pus con los mismos caracteres que el que ántes habiamos tenido. El microscopio reveló en el uno y en el otro la gran cantidad de elementos gránulo-grasosos y el muy corto número de leucocitos. Se trataba, pues, de dos focos, el uno anterior y superior de 16 centímetros de diámetro, y el otro inferior y posterior de 8 centímetros de diámetro: en consecuencia, la viscera estaba sumamente comprometida y el lóbulo de-

recho destruido en una extension muy considerable. Creimos por lo mismo dar un pronóstico excesivamente grave. El 28 de Diciembre nos reunimos de nuevo, y supe entónces por el Sr. Fénélon, que el dia 21 se habia elevado la temperatura de una manera notable; vino dolor pungitivo en el costado derecho, y esputos sanguineos; la matitez se elevó en la parte póstero-derecha del tórax, y apareció el soplo tubario en una faja bien limitada de la base del pulmon. El dia 25 tuvo el esputo una gran semejanza con el pus hepático, y me dijo el Sr. Fénélon que la cantidad habia sido bastante abundante: el dia 26 disminuyó la cantidad, y el dia 27 habia estado el esputo casi limpio. Hoy ha vuelto á tomar el color rojizo, pero la cantidad es poco abundante: en la parte posterior existe todavia la faja en la que se percibe el soplo tubario y la broncofonía. Examinado el esputo con el microscopio, se encontró formado de moco en su mayor parte, de muchas celdillas epiteliales brónquicas, y de algunas granulaciones grasosas; no se veian ni leucocitos ni glóbulos sanguineos. Era evidente que la flegmasia habia ganado al parénquima pulmonar, y el pus despues de perforar el diafragma, habia venido á hacerse paso al exterior por un bronquio. Considerando, que si bien los abscesos pequeños que se abren en los bronquios, suelen curar, como se verificó en el enfermo de quien nos ocupamos en la observacion 4.^a, no sucede lo mismo con las grandes colecciones, en las que quizá por estar la abertura en la parte superior, y no en un punto declive, las supuraciones se hacen inagotables, y los enfermos se consumen en el marasmo, como he tenido ocasion de observarlo en varios hechos; propuse al Sr. Fénélon practicar otra nueva puncion, con objeto de vaciar el foco y dar asi lugar á que la cicatriz del pulmon se verificase. Despues de una ligera discusion accedió el Sr. Fénélon, y hecha la puncion, cerca del punto en que se practicó la primera vez en el quinto espacio intercostal, tuvimos 700 gramos de pus rojo y con los mismos caractéres que hemos venido señalando: el diámetro de la cavidad seria hoy de 11 centímetros. Hicimos otra puncion á nivel del foco inferior, y el resultado fué totalmente negativo. El dia 7 de Enero nos reunimos de nuevo, y supe que en el tiempo trascurrido la temperatura no habia llegado á 38°: el estado general ha mejorado relativamente y el enfermo ha podido levantarse de la cama: el esputo ha presentado alternativas; unas veces ha estado limpio y otras color de champurrado; pero desde hace tres ó cuatro dias ha sido ya limpio constantemente: la matitez hepática se extiende desde la tetilla hasta cuatro dedos abajo del borde costal: todavia existe, aunque débilmente en la base del pulmon, el soplo y la broncofonía. Con un trocar grueso se hizo otra nueva puncion en el sexto espacio intercostal, y se pasó un tubo de canalizacion; pero inadvertidamente al hacer la puncion, desvié yo la piel como se hace en las punciones simples, con objeto de que perdiéndose el paralelismo, se evite con más seguridad la entrada del aire. Esta circunstancia hizo que una vez libre la piel, el tubo siguiera un trayecto sinuoso, y se dificultara la salida libre

del pus. Por el tubo escurrieron á lo más unos 400 gramos de supuración. El día 14 supe que durante los dos primeros días salió el pus con alguna libertad, pero que despues habia dejado de salir y no volvió á escurrir sino hasta ántes de ayer, saliendo más de una bacinica. Hoy la matitez hepática ha disminuido notablemente, pues se extiende del quinto espacio intercostal hasta un dedo abajo del borde costal; el abultamiento de la region ha desaparecido por completo; la temperatura no ha llegado á 38°; el apetito es bueno y no hay diarrea. Ese día se le quitó el tubo, que era demasiado largo y se doblaba varias veces sobre sí mismo, y se le puso otro más pequeño que entrara solamente al foco. El día 21 nos volvimos á reunir, y supe que el día 19, viendo el Sr. Fénélon que ya no salia pus, le habia sacado el tubo. La matitez se habia vuelto á extender, pues empezaba en el cuarto espacio intercostal y terminaba á dos ó tres dedos arriba del ombligo; la temperatura habia subido á más de 38°, y los sudores nocturnos eran todavía abundantes. En vista de este resultado, nos propusimos volver á colocar el tubo, y para ello nos reunimos el día 22. Hicimos una puncion en el sétimo espacio intercostal, en la parte más posterior, porque nos pareció que habia fluctuacion, pero no tuvimos sino alguna cantidad de sangre pura. Hicimos otra en el sexto espacio, en la parte más anterior del costado, y obtuvimos unos 200 ó 250 gramos de un pus casi blanco: colocamos de nuevo el tubo y lo sujetamos como de costumbre. El enfermo sintió un gran trastorno despues de la puncion; pero al retirarnos lo dejamos en un estado bastante satisfactorio. Es de notarse que examinado este pus con el microscopio presentó los caractéres del pus comun: estaba formado casi enteramente de leucocitos, y apénas si se veian una ú otra granulacion grasosa. Ayer 27 lo vi por última vez, y me dijo que el día de la puncion habia seguido con un malestar indecible; que el 22 y 23 no habia podido levantarse, pero que desde el 24 habia podido hacerlo, y desde entónces habia desaparecido la calentura y se sentia mucho mejor. Tiene buen apetito y sus digestiones son buenas: á las cuatro de la tarde tenia 36°8 de temperatura; su semblante ha mejorado notablemente y las fuerzas vuelven. El pus que escurre por el tubo es rojizo (no pude examinarlo con el microscopio) y su cantidad muy poco abundante: la region hepática poco sensible, y la matitez se extiende desde el quinto espacio hasta un dedo abajo del reborde costal.

Por desgracia no puede saberse de una manera cierta cuál será el resultado de esta interesante observacion; pero atendiendo á la escasez de la supuracion, á la desaparicion del movimiento febril, á la reduccion tan notable del volúmen del higado y á la rapidez con que mejora el estado general, es de presumirse que el resultado sea favorable.*

* Hoy, 10 de Marzo, día en que se corrigen estas pruebas, el enfermo está tan aliviado, que puede considerarse ya como segura su curacion.

Quiero terminar las observaciones con una que encuentro consignada en la obra de Anatomía Patológica de Laboulbène, publicada en el año de 1879, página 281.

OBSERVACION 10.^a—« Hombre de 31 años, acabado de llegar de Cochinchina y que ha vivido en Madagascar, sucumbió en el hospital Saint-Antoine. « Abierto el abdómen, encontré adherencias peritoneales en las inmediaciones « del hígado. Éste es voluminoso y pesa 2,^k 17^c; exteriormente parece conges- « tionado con jaspes de los cuales muchos son manifiestamente equimóticos. « Algunas manchas amarillas, en número de ocho á diez, son apreciables bajo « la cápsula de Glisson. Dividiendo el hígado con precaucion, encontramos « tres abscesos principales, uno muy grande, y otros dos más pequeños. El pri- « mero está situado en el lóbulo derecho, separado de la superficie por una capa « de tejido hepático del grueso de tres centímetros; está lleno de un pus verdo- « so y sanioso; su cavidad puede contener fácilmente el puño cerrado; los otros « dos tienen el volúmen de una nuez, y se sitúan, el uno arriba de la eminén- « cia porta-anterior, y el otro en medio del lóbulo izquierdo.

« El pus encerrado en las cavidades es granuloso; las paredes del absceso es- « tán tapizadas en diversos puntos por prolongaciones, filamentosas y vellosas. « En otros, una superficie bastante lisa ofrece un aspecto membraniforme; su- « mergidos en agua, se observan líneas vasculares que parecen de formacion « reciente. El color es gris, con porciones de amarillo más ó ménos subido y « otras verdosas.

« El pus, examinado con el microscopio, deja ver leucocitos bastante nu- « merosos, en los cuales se ven núcleos por la accion del ácido acético: mu- « chos son granulosos; *hay además una gran cantidad de grasa y de granu- « laciones finas y que refractan fuertemente la luz, solubles en el éter, pero « las más pequeñas resisten á su accion.*

« El tejido del hígado, examinado en cortes delgados y en glicosina, con di- « versos aumentos, ha conservado su arreglo ordinario, pero las venitas cen- « trales de los lóbulos están agrandadas. Contra las paredes del absceso, los « lóbulos tienen una mayor cantidad de tejido conjuntivo ó laminoso, bien per- « ceptible alrededor de ellos (inflamacion cirrótica.)

« Las paredes de las divisiones de diverso calibre de la vena porta, están es- « pesadas en la proximidad de los abscesos; las venas, hendidas y seguidas con « cuidado, no ofrecen inflamacion notable. « La vesicula y los canales biliares, « no contienen ni cálculos ni concreciones de ninguna especie.

« Dividido el intestino delgado, no presenta alteraciones, pero el intestino « grueso ofrece lesiones reconocibles de enteritis crónica. El enfermo dijo que « no habia tenido disenteria. »

He querido copiar textualmente esta única observacion de absceso hepático, que encuentro en la ya citada obra de Laboulbène, por tratarse de un individuo

que habia vivido en climas calientes, y en la que si bien el pus no era de color rojizo como habitualmente lo vemos aquí, sí se marca bien con el microscopio la abundancia de elementos gránulo-grasosos, que desde 1878 vengo yo considerando como un carácter distintivo del pus hepático.

En las nueve observaciones que he mencionado, y en la de Mr. Laboulbène, se ha presentado ese carácter de una manera constante, ya sea el pus rojizo, ya blanco ó amarillento-verdoso. Es de notarse, que en los casos en que se han hecho varias punciones, los leucocitos aumentan en proporcion del número de ellas, como se ve claramente en la observacion 5.^a En la observacion 9.^a se ve que despues de tres punciones y despues de haber dejado el tubo permanentemente por algunos dias, el que escurrió en la última puncion estaba formado casi exclusivamente de leucocitos y apénas existian los elementos gránulo-grasosos.

De tiempo atrás, Zimmerman profesaba la opinion de que el pus venia directamente del torrente circulatorio, y todo el mundo sabe que en estos últimos tiempos ha venido la teoria de Conheim á destronar la teoria celular que poco ántes reinaba en la ciencia. Hasta qué punto este descubrimiento de los caracteres especiales del pus hepático venga á conmover la teoria de Conheim, es una cuestion que no hago sino indicar. Ocuparme de ella seria separarme de mi objeto.

Antes de terminar, no quiero dejar de señalar dos hechos que se desprenden de la lectura de las observaciones que acabo de consignar. El primero es relativo á la frecuencia con que en los abscesos del hígado se presenta la fluctuacion en los espacios intercostales por el costado derecho. En efecto, si exceptuamos la 1.^a observacion, en la que el absceso se abrió en la pleura; la 4.^a en la cual el absceso se abrió en un bronquio, y acaso en el cólon tambien; y por último, la que he tomado de Laboulbène; en todas las otras siete, la fluctuacion se ha presentado por el costado derecho, en uno de los espacios intercostales.

El segundo hecho que quiero dejar consignado, es el de la ventaja que hay en puncionar los abscesos á la mayor brevedad posible; obrando de esta manera acaso sean frecuentes los hechos parecidos al de la observacion 6.^a, en que bastó una sola puncion para obtener la curacion del enfermo. Debido quizá á esta violencia de obrar, los resultados que he obtenido han sido tan ventajosos, pues de siete casos que he tratado por las punciones he tenido tres curaciones completas (observaciones 5.^a, 6.^a y 8.^a), y el de la observacion 9.^a que tiene muchas probabilidades de éxito.

Me atreveré, pues, á establecer como regla de conducta en los casos de hepatitis en que se sospeche la terminacion por supuracion, el examinar todos los dias y con la mayor escrupulosidad los espacios intercostales, y á la menor señal de fluctuacion, hacer inmediatamente una puncion con un trócar explorador. Si la puncion no diese resultado, generalmente hablando, las consecuen-

cias son malas; y siempre será menor mal hacer dos ó tres punciones exploradoras, que dejar de dar salida al pus, una vez que se haya coleccionado. Si la puncion diese el resultado de caer sobre el foco, aconsejaré observar la práctica siguiente. Si la temperatura cayera despues de la puncion, se debe esperar á que vuelva á levantarse para repetirla, y hacer esto tantas veces cuantas fuese necesario. Si despues de alguna de las punciones, el movimiento febril continúa, lo mejor será canalizar el foco; mas si pasados dos ó tres dias de la canalizacion, el movimiento febril continuare, así como los sudores nocturnos, entónces lo más probable será que exista otro foco, en cuyo caso habrá necesidad de buscarlo con el mayor esmero y tratarlo como queda dicho.

Despues de escrito lo anterior, he visto en la tésis del Sr. D. Eduardo Vargas la siguiente observacion:

« Pioquintó Rocha, ocupó la cama núm. 28 de Medicina; entró al hospital con una hepatitis supurada.

« Se hizo la primera puncion al mes y medio de los primeros sintomas, ya entónces el higado se habia adherido á las paredes del vientre, y por este punto se penetró á la cavidad del absceso. Examinado el pus al microscopio se notaron: una emulsion gránulo-grasosa, ocupando todo el campo del microscopio, abundantes glóbulos rojos, muy pocos de pus. En todas las otras punciones que se hicieron, se observó lo mismo al microscopio.

« Tuvo que abrirse ampliamente este absceso por el epigastrio, y con el tiempo aparecieron en el pus hepático mayor número de glóbulos blancos, pero esto era debido á que tomaban parte en el trabajo supurativo las paredes del vientre. El enfermo murió agotado.»

Hoy mismo he recibido una carta del Sr. Dr. D. Juan de D. Treviño, Profesor de Clínica de la Escuela de Medicina de Monterey, y entre otras cosas me dice lo siguiente:

« El mismo dia que yo, llegaron mis instrumentos, y Dios que todo lo prevé, puso á mi cuidado á una pobre enferma con un absceso de higado que puncioné con el aspirador: practicada la puncion salieron 500 gramos de pus, y el microscopio comprobó los caractéres del pus hepático (conquista de la Escuela Mexicana), y que vd. tuvo la amabilidad de enseñarme.»

Reunidos estos dos hechos nuevos á los diez que habia mencionado ántes, llegarán ya á doce los casos de abscesos de higado, sin que falte en uno solo de ellos el aspecto gránulo-grasoso del pus que encierran.