
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA INTERNA.

ESTUDIO ACERCA DE LOS ABSCESOS DE HIGADO.

AUSENCIA DE ICTERIA.

DIAGNÓSTICO LOCAL.—TERMINACIONES NATURALES.—CONTRAINDICACIONES DE LA PUNCIÓN

POR EL DR. DEMETRIO MEJÍA.

Vuelvo á ocuparme de los abscesos de hígado, para referir á la Academia algunos otros hechos clínicos, observados últimamente, que me parecen de cierto interés, y se prestan á algunas consideraciones.

Sobre cuatro puntos debo ocuparme de preferencia que son:

- 1.º La ausencia de la icteria en los casos de absceso legítimo de hígado.
- 2.º El diagnóstico local del absceso.
- 3.º Curacion por la naturaleza: trasformacion del foco.
- 4.º Tratamiento quirúrgico y sus contraindicaciones.

1.ª CUESTION.—¿*Qué valor diagnóstico tiene la icteria en la hepatitis parenquimatosa aguda?*—Desde la primera vez que me ocupaba de este asunto, y despues de leida mi Memoria en Agosto de 82, consecuente con la oferta hecha á la Academia, he ido anotando los nuevos casos que se me han presentado, y además, habiendo recomendado á muchos de nuestros compañeros el mismo asunto, he tomado informes con ellos, siendo el resultado hasta hoy, favorable á la opinion primitiva.

El Dr. Garmendia me cuenta tres hechos de puncion del hígado con buen éxito, extraccion del pus, y ausencia de icteria. Los Dres. Bandera y Olvera no me fijan número, pero en sus nuevos casos tambien lo han observado. Aseguro que al referirlo por primera vez ante la Academia, no habia consultado ningun autor: vine á relatar sencillamente el resultado de mi propia observacion; pero los miembros de la ilustrada Comision que examinó mi trabajo y á quienes les

merezco una mencion honorifica que me satisface y halaga, señalan en su dictámen, que el hecho enunciado como yo lo hacia no es exacto, aunque si lo es, la rareza de ese sistema en las hepatitis supuradas. Citan en su apoyo algunas observaciones nacionales y algunos escritos extranjeros. Efectivamente, he querido instruirme sobre el particular, y hallo que desde ántes Broussais, Haspel, Dutrouleau, Rouis, lo han reconocido y dicen: «la icteria, sobre todo, se encuentra excepcionalmente en la hepatitis.» Asi lo han dicho algunos de nuestros médicos mexicanos, y asi lo asienta la Comision en su dictámen.

Pero debemos poner la cuestion bajo su verdadero punto de vista: no se menciona con toda la claridad apetecible, si en los pocos casos de coincidencia de icteria, ésta ha existido con focos bien formados ya, y no en vía de formacion. Para los que pueden comprenderse como coexistiendo aquel sintoma con el foco supurativo, no están precisados suficientemente los caractéres del pus hasta cerciorarse de la realidad de un absceso en pleno parenquima hepático.

La primera manifestacion de una hepatitis, es y debia ser la hiperhemia del órgano. ¿Quién ignora que la icteria no es nada rara en la congestion del hígado, y esta congestion no solo precede frecuentemente, sino que continúa durante algun tiempo, prolongando la permanencia sobre las escleróticas y á veces sobre toda la superficie, en el cuerpo, del signo que nos ocupa? Pero avanza la hepatitis, tiende á la supuracion, y el tinte mencionado va desapareciendo. Asi lo menciona el respetable Dr. Jimenez (Miguel), y su opinion en esto me favorece del todo.

No se crea, ni por un momento, que desconfio de las observaciones que se me citan; de ningun modo. Solo por interés científico deseo nos fijemos en este punto: el hígado es susceptible de padecimientos muy diversos, que pueden acompañarse de la inflamacion parcial ó total de la glándula. Supongamos uno de ellos, los quistes. El líquido más ó ménos seroso que contienen ¿no puede trasformarse á la larga en pus? ¿Este pus no se halla encerrado en el hígado mismo? Si evidentemente, y la icteria puede acompañarles. Pero qué diferencia para la glándula, y qué razon tan natural para que haya icteria. Los quistes se alojan en el hígado rechazando, comprimiendo y aun degenerando los elementos, como lo hacen las exuberancias del tejido intercelular, en las hepatitis intersticiales; mientras los abscesos *devoran el elemento hepático, sin determinar mayor compresion sobre las celdillas vecinas.*

Los abscesos peri-hepáticos se hallan en el caso de los quistes, y yo pregunto, ¿deben estos hechos nulificar nuestra conclusion?

A los casos de mi primera Memoria agrego ahora: observados sin icteria y recogido el pus por puncion ó autopsia:

Del Dr. Garmendia: puncionados	3
Del Sr. Chacon, puncionado con éxito en la calle de Victoria núm. 9, y acompañado por mí	1
Del Sr. Icaza, puncionado sin éxito la primera vez, acompa- ñándole yo, en la primera de Plateros núm. 2, el 3 de Mayo pasado, y con éxito pocos dias despues	1
Del Sr. Cordero en su servicio de San Andrés ¹ por puncion. .	1
Del Sr. Bandera. Confirmado por autopsia	1
Observados por mí y que describiré más adelante.	2
	—
Total.	9

El jueves 19 del presente creí haber hallado la primera excepcion y me apres-
taba ya á tomar todos los datos para referirlo en nuestra Sociedad con igual
franqueza y gusto que he referido los favorables á mi opinion. Pero hay fun-
damento suficiente para desechar esa idea como la Academia puede juzgar si
me presta un poco su atencion.

El dia citado me suplicó el Dr. Nava le acompañase á la Escuela Nacional de
Agricultura para darle mi opinion acerca de un alumno que asistia, con motivo
de una afeccion hepática. Examiné con mucha atencion al enfermo: jóven como
de unos 23 años, natural de Chihuahua y sin costumbres alcohólicas: nos dijo
que con intermitencias más ó ménos largas venia sufriendo desde el mes de Oc-
tubre del año próximo pasado. Nos pintó el cuadro clásico de una hepatitis:
agregado á esto el resultado del exámen físico que daba por matitez para el
higado desde poco abajo de la tetilla hasta desbordar seis centímetros en el epi-
gastro, con sensacion fluctuante en este punto, pero sin adherencias apreciables,
acompañado de reaccion vesperal, etc., etc., no podia caber duda. Pero el
jóven estaba ligeramente ictérico, y aquella icteria, segun la expresion del
Sr. Nava, se marcaba ménos cada dia. Expresé mi opinion tal como la conce-
bia: «Se trata de un absceso de higado, situado en el epigastro: quizá existe
otro foco hácia el lado derecho, sobre el plano del higado en contacto con el
costado.» Discutido un poco el tratamiento, optamos por la operacion, eligien-
do directamente el epigastro para puncionar, siguiendo el borde costal de dere-
cha á izquierda, de arriba abajo y hallándose el punto de entrada como á
cinco centímetros á la derecha de la linea média.

La amabilidad de mi amigo el Sr. Nava puso el trocar en mis manos. Solo
me contrariaba la cuestion de no ser trocar capilar, calmando algo nuestro te-

1 El caso del Dr. Cordero se refiere á Angela Suarez, natural de México, de 35 años, de oficio
frutera. Entró á San Andrés el 18 de Junio 1883, y fué puncionada el mismo dia. Se le practicó
una segunda puncion tambien con buen éxito el 4 de Julio. Su estado de gravedad no mejoraba.
Murió el 6 del mismo. Datos suministrados por el practicante del servicio Antonio Falcon Roldan.

La observacion del Sr. Bandera y las otras dos mias se describen en el cuerpo de la Memoria.

mor la circunstancia de que en el punto fijado la retraccion de la viscera, caso de extraerle el supuesto contenido, aplicaria bien contra la pared abdominal, dicho punto, haciendo más remota la caída al peritonéo de la sangre ó líquido á que pudiéramos dar salida.

Penetramos con el trócar á la viscera; retirado el punzon y hecho el vacío en el aparato modificado de Dieulafoy, se precipitó al cuerpo de bomba un líquido moreno, excesivamente fluido y sin sangre. Vaciamos la primera jeringa, y cinco veces repetimos la maniobra, obteniendo fácilmente el líquido, hasta la sexta vez en que abierta la llave moderadamente, nada pasó al cuerpo de bomba. Retiramos la cánula con las precauciones debidas, curamos como de costumbre, y percutida la region, nos confirmó lo que á la simple vista se apreciaba: disminucion notable de la tension epigástrica, nivel de matitez más alto.

En la misma Escuela nos proporcionaron un magnífico microscopio; pero no conforme con nuestro exámen solamente, llevé una botella de líquido á San Andrés para mostrarlo al Sr. Dr. Carmona y Valle. El Sr. Vértiz que tambien lo vió, aunque no al microscopio, me dijo que le parecia como de un absceso hepático en vía de formacion.

El Dr. Carmona, despues del exámen microscópico, negó redondamente la idea de que aquello fuese pus hepático. Uno que otro glóbulo de pus en el campo (contamos 13 una ocasion), muchos vibriones y mónadas, hé aquí lo que ofrecia. Nada de granulaciones, ningun aspecto en fin, de la ya descrita emulsion gránulo-grasosa. Pocos momentos despues recogiamos en un cadáver de la sala del Dr. Bandera el verdadero pus hepático, que puesto igualmente al microscopio nos daba un aspecto del todo diferente. En la tarde de ese dia, para completar nuestra comparacion, examinábamos en mi consulta otro pus hepático arrojado por los bronquios, y sus caractéres eran casi iguales al de en la mañana, recogido sobre el cadáver.

Agrego una copia de las tres observaciones. (Figs. 1.^a, 2.^a, 3.^a)

La reaccion química de estas tres especies de pus fué neutra para los francamente hepáticos, sensiblemente ácida para el extraido en el alumno de la Escuela de Agricultura.

Tenemos, pues, un hecho de pus sacado al parecer del higado, y coexistiendo con el signo mencionado: la icteria. Pero analizado á la luz de la razon, ¿se puede creer que es de absceso del parenquima propiamente dicho? No, ciertamente, como puede juzgarse por el dibujo de la lámina adjunta. (Núm. 2.)

Sin embargo, arguyendo en el sentido de la opinion del Sr. Vértiz: ¿no se tratará de un absceso que principia á formarse? Evidentemente no, porque desde el momento que la cavidad creada alcanza dimensiones perceptibles, ya encierra pus más ó ménos espeso, pero nunca serosidad. Yo jamás lo he visto en mis autopsias, ni lo hallo señalado en las obras que he podido consultar. El tiempo de enfermedad que remonta á Octubre del año pasado, la cantidad de

líquido, que excede de un cuartillo, todo esto nos viene indicando que no se trata de un padecimiento que termina, como lo observamos en los quistes de otros órganos y en los derrames pleurales, etc., etc.

No puedo precisar qué clase de quiste sea éste, pero cierto estoy que no es hidático, porque recorrí mucho la preparación sin hallar los elementos que caracterizan á aquel. Tampoco había semejanza en los líquidos, pues éste era muy fluido y de color moreno sucio.

Los autores recomiendan no confundir el tinte ictérico de las conjuntivas, con el color sucio semi-amarillento que toman en las afecciones graves, y ciertamente que hay razón; ayer mismo practiqué con los alumnos Antonio Falcon y Ezequiel Blando, la autopsia de un enfermo de nuestra sala de Clínica Interna, y reproduzco lo esencial de ella por ser de útil recuerdo. Se trataba de un hombre de 33 años, carrocero, natural de Monterey y llamado Adolfo Garza. Ocupó el núm. 12 de la sala de Clínica desde el 26 de Junio próximo pasado. Señalaba entre sus antecedentes cuando le examinamos, haber sufrido hacia dos meses dolores vivos en el estómago, que le produjeron una vez vómitos abundantes, color de champurrado. El vómito no había repetido, pero persistían fuertes dolores en el hipocondrio derecho y hombro izquierdo. Consta en nuestro libro con este diagnóstico: «¿Tuberculosis aguda? Antes: hepatitis supurada.» La opinión primera provenía de la alta reacción en el enfermo y la falta de otros signos que no fueran la tos, fatiga y dispnea; últimamente el Sr. Dr. Carmona, Profesor de la Clínica, que tomó al enfermo para la enseñanza de los alumnos, enunciaba la idea de una pleuro-neumonía izquierda.

Cuando nosotros registramos su cadáver nos sorprendió vivamente lo que hallamos: tenía una cavidad gangrenosa mucho mayor que una naranja, ocupando precisamente todo el lóbulo inferior del pulmón izquierdo: formaban parte de esta cavidad un absceso de hígado abierto al estómago y cuyas paredes estaban constituidas por el lóbulo hueco del pulmón ya descrito, por el pericardio, el diafragma y el estómago. El origen ni duda que se hallaba en el hígado, tanto por los antecedentes; cuanto porque en la cara convexa del hígado cerca del borde anterior, había otro absceso, midiendo en su interior $8\frac{1}{2}$ centímetros de largo por 6 de ancho. Su atmósfera fibrosa tenía de espesor medio centímetro. Este absceso pasó desapercibido á los alumnos Zárraga, Pellicer y otros que examinaron el cadáver un poco ántes.

En su origen, aquel absceso de hígado que tanto trabajó hácia el estómago como hácia el pulmón, se abrió en el primero y se vació por allí, pero la fusión purulenta del diafragma, pleuras y pulmón izquierdo inflamados, completó la cavidad, cuya gangrena fué activada por la comunicacion que al principio existía con el estómago. Este absceso hepático se hallaba exactamente en el borde posterior del órgano, donde se confunden los dos lóbulos. La marcha que observamos de la temperatura y que doy en un corto esquema, se asemeja en algo

á la de septicemia. Sobre el cadáver nos fué dable todavía buscar con cuidado el tinte icterico, no lo habia; sin embargo, las conjuntivas ó escleróticas, en su parte habitualmente descubierta, ofrecian un color sucio y semi-amarillento, contrastando con el color blanco azulado que dejaban percibir en la porcion oculta por el párpado superior. (Véase el núm. 4 de la lámina.)

En suma, hasta hoy no hemos hallado una verdadera excepcion á la regla enunciada, y debo en consecuencia darle el mismo valor ya dicho á la ausencia de icteria en los abscesos del hígado. Pero seguiré observando y anotaré los hechos para tener una estadística competente que pueda precisar su falta en la hepatitis supurada, ó el tanto por ciento de casos en que pueda hallarse.

2.^a CUESTION.—¿Cómo puede llegarse al diagnóstico de localidad del absceso?—Asunto es éste que entraña el más alto interés. El sabio clinico que formó en nuestra Escuela Nacional la historia de los abscesos de hígado, con descubrimientos tan interesantes como su precisa sintomatología y su tratamiento quirúrgico, nos diria que ese diagnóstico importante más que todo para la puncion, lo hacia explorando los espacios intercostales para hallar el punto fluctuante. Cierto que muchas veces admiramos al Dr. Miguel Jimenez en la precision de este diagnóstico; pero fuerza es recordar que ni él mismo podia ponerse á cubierto de errores en este sentido, llamando *puncion blanca* á aquella en que no extraía el pus. Y casos hay, nada raros, en que tiene uno la evidencia de que existe pus en el hígado, le busca con el trócar, y no le alcanza, ó yerra la direccion.

Voy á citar como tipos, dos hechos entre los muchos que á todos nos ocurren con deplorable frecuencia. El primero me pertenece, el segundo es del Dr. Bandera.

El 16 de Marzo de este año, fui llamado á la calle de la Aduana Vieja núm. 4, para reconocer á un enfermo con quien me recomendaba el Dr. D. Agustin Andrade. Recogí los datos siguientes que extracto: Santos Guisedo, de 28 años, natural de Oaxaca, de oficio zapatero, se habia ocupado posteriormente en trabajos de campo. Nunca ha tenido costumbres alcohólicas; pero dice que cuando empezó á estar malo, el 13 de Setiembre de 1882, solia buscar en el uso moderado del mezcal, un remedio á sus descomposiciones de estómago. Notando que sus males continuaban, se resolvió á venir á México en el mes de Febrero de este año. Los dos primeros médicos que le reconocieron aquí lo tomaron por tísico, y no satisfecho el enfermo con aquella opinion consultó al Dr. Andrade. Este señor fijó su atencion, despues de un reconocimiento general, en el órgano enfermo, y me recomendó con el interesado para que siguiese yo su asistencia. Pude comprobar desde luego el crecimiento notable del hígado, cuya matitez podia apreciarse perfectamente y muy extensa, aun por el dorso. Insistia mucho en el dolor bastante vivo del hombro derecho y tambien

del hipocondrio, sobre todo en algunos espacios intercostales. Seguí por algunos días su asistencia, y luego le indiqué me buscara en la consulta, para explorar su temperatura por las tardes. Allí, en compañía de los Dres. Barrera y Orive, pudimos notar exacerbaciones hasta de 39°5 que nos obligaron á prohibirle las salidas de su casa en la tarde. Para los tres que le veíamos, era un hecho la existencia del absceso hepático. Convenimos en puncionarle, y el juéves 5 de Abril, acompañado del Dr. Barrera, hicimos la operacion, penetrando por el sétimo espacio intercostal. Contra nuestra creencia nada obtuvimos. Cuidamos bien de no mover la cánula para buscar cavidad, procedimiento que estimo peligroso. No hubo accidentes; la marcha siguió igual, y por tratamiento continuamos la aplicacion de vejigatorios y el uso á veces de mercuriales. El 24 de Junio pasado, me llamó nuevamente el enfermo. Entónces le hallé por la mañana 40° de temperatura, mucha ansiedad, matitez extensa en el pulmon derecho, y algunos estertores crepitantes. Era una pulmonia bien clara: hice aplicarle un vejigatorio y le administré el calomel á dosis refracta. Al siguiente dia la temperatura se sostenia igual, habia esputo rubiginoso, y sopro tubario en alguna extension. El tercer dia no pude visitarle; mandé al Dr. Orive, y me informó que la temperatura habia caido hasta la normal, que el sopro persistia aunque no muy intenso, y que el esputo era bastante escaso. Al cuarto dia me recibió el enfermo, presentándome con sorpresa media bacinica de un esputo color de champurrado: aquello se habia reunido desde la noche hasta las once de la mañana en que yo le reconocia. Sus explicaciones bastante expresivas hacian comprender bien la situacion: «por aquí me hierve—nos decia señalando poco abajo de la tetilla derecha—esto me produce tos y luego desgarró.»

Examinamos el pus al microscopio, hasta el 19 del presente. Ya hice mencion de corresponder á la fig. 3.

El absceso hepático que no pudimos tocar con la cánula se habia abierto espontáneamente en los bronquios, sirviendo de introduccion á su nueva marcha una neumonia de tres dias en el pulmon derecho. El enfermo continúa mejorando aunque lentamente. Todavía arroja bastante pus.

El caso del Sr. Bandera es el siguiente:

Camilo Ramos, natural de Celaya, de 40 años, jornalero, de costumbres alcohólicas bien marcadas. Entró á San Andrés el 4 de Julio. El 17 me hizo verlo el Sr. Bandera: habia todos los sintomas clásicos de la hepatitis supurada, inclusive la falta de icteria. La matitez hepática era sumamente extensa, la fluctuacion evidente, y sin embargo, me decia el Sr. Bandera: «lo acabo de puncionar y nada he sacado.» El enfermo, cuyo estado era muy grave, murió dos dias despues. Pedí el cadáver al Sr. Bandera, y acompañado de los aprovechados alumnos Sres. Tajonar, Blando, Mangino y algunos otros, procedimos á la autopsia. El higado media las dimensiones marcadas sobre la piel, su lóbulo

izquierdo, tocaba al bazo, el lóbulo derecho enormemente crecido, desbordaba considerablemente en el epigastro, su borde posterior llegaba á poder ser alcanzado, sin herir el pulmon por el cuarto espacio intercostal. La puncion del Dr. Bandera habia caido exactamente sobre el borde superior de la octava costilla, en el lugar preciso donde se une con el cartilago correspondiente. El foco hepático ocupaba todo el borde posterior y parte de las caras superior é inferior. Estaba rodeado de un tejido fibroso denso, duro, sin restos ya que recordasen el tejido hepático: sin incrustaciones en el interior.

En esa atmósfera fibrosa habia tocado el trócar á un centimetro próximamente del pus. El diafragma, las pleuras visceral y parietal, el pulmon derecho por su base, hacian un todo dispuesto ya, para dar paso al pus; pero la comunicacion aún no se habia verificado. Recogimos el pus examinándolo al microscopio, y hallamos los caractéres representados en la fig. 1.^a

Este hecho preocupó vivamente al Sr. Bandera, por la circunstancia de hallarse el padecimiento con manifestaciones tan claras: por haber puncionado en un espacio intercostal marcado por los dos caractéres, sensacion dolorosa para el enfermo, sensacion fluctuante para el médico. El mismo Sr. Bandera y el Dr. Andrade me hablaban sobre hallar el medio de sufrir ménos equivocaciones. Yo, como ellos, me he preocupado seriamente de este asunto. Esa fluctuacion tan equívoca, esa sensacion tan vaga, tan difícil de apreciar en muchos casos, obliga á buscar otros datos que tengan, si posible es, mayor importancia. Voy por lo mismo á ocuparme de diversos puntos que, aislados no tienen gran valor, pero que reunidos, podrán de seguro influir para hacer menor el número de equivocaciones.

1.º La experiencia de todos los prácticos, la enseñanza de las autopsias, nuestras observaciones mismas, vienen diciéndonos que los abscesos hepáticos se desarrollan de preferencia en el lóbulo derecho; que de esta gran porcion del hígado, afectan muy comunmente el borde posterior.

2.º Que los abscesos sobresalientes, ó siquiera inmediatos al plano superior del hígado, hacen muy marcado el dolor del hombro derecho, miéntras que los inmediatos á la cara cóncava, ó plano inferior, tienen mayor eco sobre las funciones digestivas, á las cuales afectan notoriamente.

3.º Que los vastos abscesos que ocupan una parte considerable del espesor del hígado, por lo comun se acompañan de las dos manifestaciones citadas: punto doloroso del hombro y perturbaciones digestivas.

4.º Que la matitez obtenida por la percusion, se investiga cuidadosamente hasta la línea axilar, despreciando por lo comun la percusion hácia atrás, que revela en muchas ocasiones la considerable altura del hígado, distinguiéndose de los derrames por los mismos medios que se emplean en la parte anterior.

5.º Que esta matitez, si preocupa por su extension, rarísima vez preocupa por su forma, y el hígado, como cualquier otro tejido ú órgano que cria un

absceso, no es extraño se levante haciendo marcada eminencia en el punto más saliente del foco.

6.º Que la tendencia del absceso, á existir en el borde posterior, y la no ménos frecuente de abrirse á los bronquios, haciendo eminencia sobre la cara convexa, como tan seguido lo vemos en las autopsias, deja comprender que una percusion cuidadosa, pintando el limite de la matitez, tanto hácia adelante como hácia atrás, puede llegar á darnos en algunos casos, un indicio más seguro, del punto que debe ser puncionado.

7.º Que la coexistencia del dolor de hombro y perturbaciones digestivas, sin matitez de forma determinada, pero existiendo los síntomas bien conocidos, que nos hacen creer en la realidad de un absceso, autorizan para practicar la puncion, dirigiéndose hácia el centro del órgano.

Estas son las consideraciones á que aludia y que me parecen importantes para tenerlas presentes.

Vamos á examinar ahora los hechos *a posteriori*. El Dr. Bandera puncionó á su enfermo en el sétimo espacio intercostal: allí creyó sentir la fluctuacion y penetró sin resultado. Si hubiera introducido el trócar en el sexto espacio, cae en el absceso: si en el quinto, lo mismo: si en el cuarto, tambien, y, cosa notable, sin herir el pulmon. Lo hemos visto en el cadáver de su enfermo y llamé yo la atencion de los alumnos sobre este hecho.

¿Por qué, pues, el Sr. Bandera no penetró en alguno de esos puntos que le llevaban directamente á la gran bolsa? Por una razon muy sencilla; porque se preocupó con el signo dudoso, la fluctuacion, y no atendió al signo cierto, la elevacion anormal de la linea de matitez. Él mismo la habia dibujado casi sobre la tetilla; yo ví la marca, y buscando el pus bajó para encontrarlo cerca de 40 centímetros del nivel superior. Y el diagnóstico del Sr. Bandera era el siguiente: «Absceso de higado con tendencia á abrirse por los bronquios.» Diagnóstico local exactísimo; pero que no fué suficiente en su ánimo para obedecer la indicacion neta de ese diagnóstico, puncion alta, por la razon muy natural de que el absceso que tiene tendencia á abrirse en los bronquios, no se desarrolla abajo sino arriba, ó es tan suficientemente grande que se encuentra arriba y abajo.

En el caso que yo cito estar asistiendo actualmente, de absceso abierto en los bronquios, ¿por qué no puncioné arriba y un poco hácia atrás? Me cercioré de lo alto de la matitez, sobre todo en el dorso: el enfermo repetidas veces se quejó conmigo, del vivísimo dolor de hombro: llegamos á sospechar la tendencia del absceso á abrirse por los bronquios, y sin embargo, en el momento de puncionar, bajamos deplorablemente algunos centímetros del nivel superior de matitez, y con evidencia nos alejamos del foco, que el 28 de Junio se abre espontáneamente paso á través del aparato pulmonar.

Una misma preocupacion nos asalta á todos; tememos herir el pulmon por

las punciones altas: y en primer lugar, ese peligro es remoto; en segundo, cuando el absceso se va á abrir á los bronquios, la base del pulmon derecho se carnifica, como me he podido cerciorar muchas ocasiones en diversas autopsias.

Ultimamente, en la Clínica interna, el Profesor de ella, Sr. Carmona, hacia dibujar sobre el enfermo número 2, la forma de la matitez hepática hácia adelante. La línea superior hace una prominencia, casi en la vertical de la tetilla derecha; puncionó un poco más abajo y no obtuvo resultado; pero de antemano enunció, no ser éste un caso bien claro de absceso hepático, y trató de limitarse á una exploracion. En efecto, falta allí algo para creer firmemente en un absceso. Si lo hay, y corresponde á la elevacion marcada, esta primera puncion no le alcanza. A tener mayor certidumbre, deberia repetirse un poco más alta.

En suma, no creo que las indicaciones citadas, garanticen siempre del error; pero si abrigo la conviccion de que pueden disminuir su frecuencia, y yo, por lo ménos, me propongo seguir las con toda constancia, hasta probar su eficacia ó renunciar á ellas si la práctica me enseña lo contrario.

Respecto á la fluctuacion, si se siente claramente, es una guía bastante segura; pero todos los que me escuchan, saben con certeza cuán vaga es, por desgracia, en la inmensa mayoría de casos.

3.^a CUESTION.—¿*Los abscesos hepáticos son susceptibles de curacion natural?*
—Desde hace tiempo está señalado el hecho: diversos autores hablan de este asunto, admitiéndolo como natural aunque raro. E. Rindfleisch en su Tratado de Histología Patológica, pág. 472, dice: «La marcha ulterior de los abscesos de hígado no es igual para todos. Varía segun que la supuracion, destruyendo sucesivamente las diferentes capas del parenquima, llega hasta la superficie del hígado, ó que la capa piogénica, adquiriendo un espesor y una resistencia suficientes, se opone á la influencia química de la descomposicion del pus, y forma una capa sólida de tejido conjuntivo que enquistas el foco. En este caso, que es el más favorable de todos, la supuracion cesa poco á poco, el pus se espesa ó se reabsorbe, y no queda finalmente, mas que una pequeña masa caseosa ó calcárea.»

Laboulbène en su Anatomía Patológica, pág. 282, dice tambien: «Cuando el absceso cura por reabsorcion del líquido, las partes internas, leucocitos y celdillas granulosas, pueden formar una materia caseiforme, algunas veces incrustada de sales calcáreas.»

A semejanza podiamos multiplicar las citas; pero esto todos lo vemos con cierta frecuencia. Lo que me parece muy raro, es la curacion completa sin vestigio del foco, ó curacion completa con perfecto enquistamiento *ósteo calcáreo*, de las paredes del absceso y trasformacion caseosa de su contenido.

Estos dos hechos á que voy á referirme, son los únicos que he visto en una práctica ya larga de autopsias. Los consigno en esta Memoria, teniendo á la

vez el gusto de obsequiar á la Academia, la pieza correspondiente al segundo caso.

Pertenece el primero á un enfermo del Dr. Lavista, llamado Arcadio Torres, de 48 años, natural del Saltillo, y de oficio carretero. Entró á San Andrés el 23 de Octubre de 1877. El referido Dr. Lavista le había hecho ya una puncion en el hígado, obteniendo una cantidad bastante grande de pus, con los caracteres físicos de pus hepático. El enfermo salió curado dos meses despues. Volvió nuevamente al Hospital, el Sr. Lavista le diagnosticó *Tisis caseosa*, lo mandó pasar al servicio del Dr. Dominguez, y este señor me hizo verlo, con motivo de los estudios que emprendia yo entónces, sobre aquella afeccion. Seguí su historia, y la publiqué en una tesis sobre «Tuberculizacion» presentada á concurso en el año de 79. Hice la autopsia de este enfermo el 3 de Mayo de 1878, en compañía del Sr. Vargas Eduardo, que habia presenciado meses ántes, la puncion practicada por el Dr. Lavista. Encontramos las lesiones pulmonares que constan en la tesis citada, pero en el hígado, de coloracion y consistencia normales, no hallamos el menor vestigio de foco; igualmente faltaba en los tejidos inmediatos. En aquella tesis, hago estas preguntas: ¿cómo desapareció todo vestigio de cavidad hepática? ¿Un absceso de esta especie puede desaparecer por completo, ó se trataba en este caso de un absceso peri-hepático? Hoy, despues de haber visto cicatrices radiadas, que solo se manifiestan á un exámen muy atento cuando son centrales, y cortando el hígado en muy pequeños pedazos, me convenzo de la verdad del hecho, y creo que la supuracion debe haber ocupado un sitio distante de los planos superficiales, y la cicatriz en consecuencia, no pudo plegar el hígado, ni fué hallada por su pequeñez.

El otro hecho es más notable aún: perteneció á un enfermo de nuestra sala de Clínica, cuyos datos extracto brevemente. José de J. Berruecos, de 48 años, jornalero, natural de Toluca: entró al núm. 18 de la Sala de Clínica Interna el 24 de Diciembre de 1877. Entre sus antecedentes señalaba el uso del alcohol y del pulque. Referia algunos padecimientos antiguos en el hígado, á los que dimos muy poca importancia, fijándonos sobre todo en el aparato pulmonar que era el que ostensiblemente sufría. El enfermo sucumbió el 14 de Febrero de 1878. Lo inspeccionamos al siguiente dia. Suprimo todo detalle extraño al padecimiento hepático: la causa de la muerte era la tuberculizacion; pero al examinar el hígado, hallamos sobre el borde posterior una superficie blanquizca de cuatro y medio centímetros de ancho por seis de largo, asemejándose enteramente al aspecto de los abscesos superficiales. La tocamos el Sr. Villagran y yo, creyendo hallarla fluctuante; pero, contra nuestra idea, era un plano bien duro y resistente; entónces procedimos á disecar aquello, del tejido hepático, logrado lo cual aserramos la parte média, como se ve en la pieza y sacamos una papilla espesa caseosa y absolutamente privada de olor. Mostramos la pieza ese mismo dia á todos los médicos que hallamos en el hospital, y algunos

interpretaron el hecho como yo tambien lo creia, de absceso hepático curado por la cretificacion de la pared. Esa creencia nos la ha robustecido la práctica de estos nuevos años, por haber hallado en la atmósfera fibrosa de algunos abscesos, placas calcáreas que indican la posibilidad de esta trasformacion en toda la pared del foco.¹

Damos un doble dibujo de la pieza, reducido á la mitad con sus dimensiones naturales. Se pueden apreciar así las dos superficies, interna y externa. Hacemos en la misma lámina las explicaciones correspondientes. (Números 5 y 6.)

4.^a CUESTION.—¿Cuál es la contraindicacion más importante para emplear el tratamiento quirúrgico?—Bien sabido es el modo sencillo de operar los abscesos hepáticos, por medio de la puncion con los diversos aparatos aspiradores, no debo referirme á la operacion; pero de paso me detengo en una circunstancia que he visto descuidada por algunos médicos y que suele ser fatal. Con el ánimo de cerciorarse si se ha llegado á una cavidad, en el interior del hígado, imprimen á la cánula, movimientos de oscilacion. Con el Sr. Villagran hice la autopsia de un enfermo que habia sido puncionado por un alumno: no tenia absceso hepático, pero sí le hallamos una hemorragia abundante que se extendia en nata bajo la cápsula de Glison: en el parenquima hallamos tambien coágulos delgados que ocupaban los diversos caminos hechos por la cánula. La consistencia del órgano, determinó indudablemente aquella pérdida de sangre. El hecho es único, pero basta, yo creo, para señalar un peligro al que poco se atiende en lo general.

Por las razones apuntadas ya en otra página de este trabajo, creo que la puncion debe hacerse cuando la linea de matítez llega ó pasa de la tetilla en un espacio intercostal, comprendido entre el cuarto y el sexto á lo sumo. Creo tambien que ofrecerá en algunos casos, más probabilidades de éxito si se practica hácia atrás de la linea mamilar. Esto, se entiende, para hechos análogos al del Dr. Bandera y al mio del Puente de la Aduana núm. 1.

Como contraindicaciones insisto en las mismas que señalé anteriormente. *La abertura espontánea del absceso á alguna cavidad en comunicacion con el exterior, hace peligrosa la intervencion quirúrgica.* Este hecho no se prueba con razones evidentemente, sino con la estadística. Hasta hoy no la tengo en proporcion satisfactoria; pero llegará época en que la forme y su resultado lo mostraré á nuestra Sociedad, sea cual fuere. El arsenal de recuerdos que todos poseemos y algunos casos nuevamente recogidos, me han hecho abrigar esa

¹ Estas trasformaciones se pueden verificar en todos los abscesos. Ultimamente el Dr. Olivera y yo, operamos á una señora de edad avanzada, dos abscesos de esta especie, simétricamente colocados, abajo de las crestas ilíacas, subcutáneos, pero envueltos en una verdadera concha osteo-calcárea. Al Sr. Lavista mostré los restos de uno.

opinion. Sin embargo, convengo en que lo primero no debe aducirse como prueba, y lo segundo es muy escaso aún para una Academia.

Concluyo esta Memoria, deseando sinceramente que las ideas en ella vertidas sean de alguna utilidad. Si los ilustrados consocios que me escuchan así lo juzgan, veré recompensados satisfactoriamente mis afanes.

ACADEMIA DE MEDICINA.

SESION DEL 11 DE ABRIL DE 1883.—ACTA N.º 24, APROBADA EL 18 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Carmona y Valle.

Se abrió la sesion á las siete y cuarenta y cinco minutos de la noche, dándose lectura al acta de la anterior, que fué aprobada con una ligera rectificacion del Sr. Egea.

Se dió cuenta con las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas durante la semana.

El que suscribe hizo presente: que por conducto de un señor diputado habia recibido una comunicacion del Dr. Ainich, de San Juan Bautista de Tabasco, en la que dicho señor reclama la medalla que la Academia otorgó á varias de las Memorias sobre el tifo el año de 1880; y que habiendo sido su Memoria una de las agraciadas con la medalla, no se le habia remitido.

El Sr. PRESIDENTE acordó que la Secretaria informase sobre este asunto, y que en vista del informe que rindiese, se le contestaria al Sr. Ainich.

En seguida el Sr. PRESIDENTE manifestó que no estando presente el Dr. Montes de Oca, á quien tocaba en turno la lectura de Reglamento, tenia el honor de presentar á la Academia dos casos clinicos, por encargo del Sr. Fénélon, quien le habia recomendado lo hiciera.

Era el primero una pieza patológica correspondiente á un cuello uterino estirpado hacia once dias, á consecuencia de una hipertrofia del labio posterior, segun la opinion del Sr. Fénélon. La enferma entró al Hospital «Gonzalez Echeverría,» donde se le extirpó el cuello del útero por medio del constrictor de Chassaignac, sin que durante la operacion hubiese sobrevenido hemorragia ni accidente alguno, y en la actualidad se considera ya como curada, pues solo conserva una vaginitis á consecuencia del escurrimiento de liquidos irritantes y purulentos.