
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

PATOLOGÍA INTERNA.

ABSCESO INFRADIAFRAGMÁTICO IZQUIERDO.

PERFORACIÓN DEL DIAFRAGMA Y DEL PERICARDIO.

PIO-PERICARDIAS.—ABERTURA ULOEROSA DEL VENTRÍCULO CARDÍACO DERECHO

POR EL DR. D. ANDRÉS MARTÍNEZ VARGAS.

(CONCLUYE).

ICTERICIA.—Fué ésta muy pasajera, cuando ya el tumor existía, y según datos positivos, consecuencia de unos dolores por cálculos biliares. No había existido, no, como fenómeno propio de esa congestión general que acompaña á la inflamación supuradora del hígado.

DOLOR.—La larga y bien sancionada experiencia del eminente clínico mexicano Dr. Miguel Francisco Jiménez, quien pudo observar á toda satisfacción 297 abscesos de hígado, acusa que no es este síntoma indispensable de las afecciones hepáticas. El Dr. Carmona ha averiguado también que, si la lesión es central, si está distante de la cara convexa del hígado, falta el dolor sobre todo en el hombro, lo cual enseña de un modo palpable que la falta del dolor no excluye la afección hepática, por más que su presencia es signo que debe estudiarse.

Entiendo que sirve de mucho. En la clínica de enfermedades agudas del afortunado Dr. Espina, de Madrid, con cuya amistad me honro y de cuya pericia y vasta instrucción mucho he aprendido, pude estudiar los dos únicos casos de absceso hepático que he visto, uno de los cuales se abrió espontáneamente en la piel del hipocondrio, mediante una abertura de cuatro centímetros de diámetro; en esa clínica he visto además varios enfermos de afecciones hepáticas diversas y he llegado á comprobar, que siempre que el hígado aumentaba su volumen por cualesquiera de las causas que lo aumentan, hasta el grado de ejercer compresiones á su alrededor, se acompañaba de un dolor en el hombro derecho, es-

pontáneo unas veces, provocado otras. En el primer caso, el mismo enfermo se quejaba y nos daba cuenta de su existencia. En el segundo, cuando apenas había cierta pesadez ó adormecimiento del hombro, desapercibidos para el enfermo, bastaba dirigir nuestro dedo en busca del agujero supraespinoso del omoplato y comprimir allí el nervio; despertábase un dolor agudo en todos los casos, indicio de que el hígado comprimía los nervios anastomosados con aquél y determinaba cierta hiperestesia. Era preciso descubrirla por la compresión, al igual de lo que Valleix aconseja para descubrir los puntos dolorosos en las neuralgias.

Ahora bien; nunca acusó el enfermo dolor en el hombro derecho ni espontáneo ni provocado, y no le faltó; en cambio, en el hombro izquierdo desde el mes de Febrero. Indicaba esto que la compresión se ejercía por abajo, en el hipocondrio izquierdo por lo menos, y cuando llegaba, suponiendo que fuera por efecto de un absceso hepático, á comprimir en este punto, más segura debía ser la compresión en el hipocondrio derecho; el hígado no aparecía en general abultado; busqué entonces el dolor en el hombro derecho del modo que ya he mencionado, y por mucho que apreté, el enfermo no sintió dolor, sino la molestia de la compresión y nada más.

Resumiendo, pues: dolor espontáneo en el hombro izquierdo y falta de él en el derecho, aun provocándolo, excluye, según la experiencia consignada, la idea de que ese dolor sea producido por el hígado.

He oído de labios del Dr. Carmona, que ha observado el dolor del hombro izquierdo en el curso de una extensa esplenitis supurada. La percusión invalidaba en este nuestro caso la idea de enfermedad del bazo.

La autoridad más eminente en esta materia, no sólo en México, en el mundo entero, el celebrado Dr. Jiménez, afirma rotundamente en vista de las 297 observaciones, que las supuraciones del hígado tienen predilección por el lóbulo derecho, de tal manera, que si á veces estaba el absceso en el lóbulo izquierdo, era porque existía de antemano en el derecho. Dice que oyó de un caso en que el absceso estaba exclusivamente en el lóbulo izquierdo, pero que no lo ha visto ni reconoció al enfermo para comprobar el hecho. En el señor que me ocupa, el lóbulo derecho estaba con todas las señales de que no contenía pus. El estado general tampoco hacía suponerlo. No había tenido fiebre en mucho tiempo. Cuando le reconocí estaba fresco, del calor normal.

Deseaba hacer el análisis de la orina para ver si la cantidad de urea eliminada en las veinticuatro horas, cuya importancia diagnóstica en los abscesos del hígado ha demostrado el Dr. Carmona, y la cantidad de cloruros, me daban algo más de luz. No lo hice por no permitirlo mi situación respecto del enfermo. Ofrecía este análisis mayor interés en este caso, pues Moore cita el de un tumor del abdomen, de naturaleza no diagnosticada; el análisis descubrió en la orina células cancerosas y aclaró la especie del tumor abdominal.

Finalmente, para demostrar lo difícil que es en ciertas ocasiones conocer un absceso hepático, cito el siguiente hecho: visitó el Dr. Jiménez en Marzo de 1844 á una enferma en compañía del Dr. Robledo; giraron ambos sobre tres hipótesis: la de un escirro del piloro, la de dilatación de la vesícula biliar y un absceso hepático. La fecha de la afección, más de dos años; la naturaleza de los vómitos y los demás síntomas, hablaban en pro de las dos primeras opiniones; todo era desfavorable para la última; á pesar de ello, y de la experiencia del Dr. Jiménez, se demostró de un modo positivo con la autopsia que se trataba de un absceso hepático.

El Dr. Montes de Oca ha descrito también varios abscesos hepáticos en que faltan los signos clásicos de ellos.

¿Podía ser un flemón y absceso consecutivo de las paredes abdominales?

La falta de adherencias de las paredes, así como el estudio ya hecho de los demás síntomas excluían esta suposición. No es común en esta región el flemón de las paredes, porque casi siempre se desarrolla en la porción infraumbilical y en el espacio prevesical de Retzius. Faltaban los síntomas del período de formación, y si lo encontráramos en el segundo ó de absceso, no se apreciaba fluctuación, lo que era, sin embargo, muy difícil, tratándose de paredes gruesas y llenas de grasa; por otra parte, el sonido obscuro delataba un cuerpo duro macizo y no había adherencias á la pared. El dolor que algunas veces se ha confundido con el de peritonitis, no se registraba en la historia de este enfermo. Además, en una obra muy reciente de Patología externa de Poulet y Bousquet se afirma que en la actualidad es imposible en clínica diagnosticar los abscesos del tejido conjuntivo del peritoneo en la región supraumbilical.

Veamos ahora un punto que es casi nuevo. Ese flemón infradiafragmático denominado por Cossi *falso pneumotórax* y con más propiedad por Leyden *pyo pneumotórax sub frenico*, del cual apenas se conocen bien nueve casos.

Sabéis perfectamente que muchos casos de abscesos ó de quistes hepáticos, de perihepatitis terminada por supuración, de abscesos ó de quistes del riñón y de periesplenitis, y aun de úlcera del estómago, abriéndose en el pulmón ó en la pleura sus líquidos, han hecho suponer un pneumotórax con los demás síntomas propios de una enfermedad pulmonar y pleurítica, sin que llamara la atención la enfermedad abdominal.

Y no tan sólo se realiza esta suposición cuando se perfora el diafragma y los líquidos ó gases inundan el tórax, sino que aun con integridad completa de ese tabique muscular, estando los líquidos y gases sólo en el vientre, es algo común que se desarrollen los mismos síntomas torácicos, menos el retintín metálico. En tal caso, la colección levanta el diafragma considerablemente hasta tocar la cuarta costilla, como se ha visto en algún enfermo. Las que siguen son las observaciones más importantes:

Rigal, en 1874, observó una perihepatitis supurada primitiva, seguida de un

gran absceso fétido colocado entre la cara inferior del diafragma y la superior del hígado, el cual hizo suponer un hidropneumotórax; Eisenlohr da cuenta en 1877 de dos casos; Pfuhl en el mismo historia uno, y Cossy dos, en 1879, consecutivos á gases procedentes del tubo digestivo; Leyden, en 1879, menciona tres casos de los cuales uno era izquierdo, y Jaffé, en 1881, hace relación detallada de dos. Ahora bien; en nuestro enfermo no creímos una enfermedad semejante á estas anteriores, por lo siguiente: habíase quejado siempre del vientre; nada le molestaba en el pecho; el corazón no estaba dislocado, en cuyo caso hubiera sido empujado á la derecha, y semejante desviación, á juzgar por las indicaciones que marcaban los bordes de la mitad superior del órgano, no había cambio en los límites de la macidez por distintas posturas que el enfermo adoptara, y por último, existía la integridad pulmonar, si se exceptúa el oscurecimiento del murmullo vesicular en la base del pulmón izquierdo. No había, pues, otro trastorno por parte del aparato pulmonar, aun examinando con esa idea el espacio semilunar.

En vista de todo lo expuesto, la primera opinión era que el enfermo padecía el 24 de Noviembre *estrechez mitral y aneurisma de la aorta abdominal á su salida del diafragma*.

SEGUNDA OPINIÓN.—En concordancia con que el enfermo había registrado, cuando los días del examen, varios accesos de fiebre, y tenía además trastornos gastro-intestinales; el dolor del hombro, aunque fuese del izquierdo, lo que no creé su autor, imposible de enfermedad del hígado, como lo ha visto comprobado en un caso seguido de autopsia, y el abultamiento, por más que estuviera comprendido en el costado izquierdo: estos síntomas, unidos á que la zona de macidez se continuaba con la del tumor y á que había creído percibir fluctuación, inclinaron el juicio del sustentante á diagnosticar un *absceso hepático*.

El defensor de este diagnóstico había hecho el análisis de la orina, y encontró la urea aumentada, es decir, en la cantidad de 38 gramos por 1000; la cantidad de cloruros en la porción normal por veinticuatro horas y cierto enturbiamiento que le delató la peptonuria. Parecía esto desfavorable á la idea de un absceso hepático con arreglo á las afirmaciones corrientes en la ciencia; pero como varios experimentos que ha hecho le llevan á conclusiones diferentes, creyó que el absceso hepático podía existir, no obstante la mayor cantidad de urea y la proporción normal de los cloruros en la orina del enfermo.

En lo relativo á la peptonuria, supuso que fuera indicio de un estado inflamatorio cuyo producto estuviera en vía de reabsorción.

TERCERA OPINIÓN.—El médico que la emitió hizo su primer examen el 28 de Julio del presente año: siguen sus palabras:

«Respiración corta y acelerada sin ningún signo físico en los dos pulmones. Pulso frecuente (más de 120) pequeño, faltando de tiempo en tiempo alguna pulsación. Arco del corazón normal, impulso débil, soplo muy suave *cistólico*

en la punta, algunos latidos faltaban. Temperatura normal en el momento de la observación. Dolor en la región precordial, que solía mudarse al brazo izquierdo. Poco sueño, poca gana de comer: las demás funciones en buen estado.

«Diagnóstico probable, endocarditis. Tratamiento, vegigatorio à la región precordial, calomel y narcóticos. Después de pocos días, alivio notable en la aceleración del pulso, de la respiración y casi desaparición del dolor.

«Lo dejé de ver algunos días, y fui llamado por un cólico hepático que le comenzó una noche. Se le calmó con inyecciones de morfina y se curó con purgantes. Las deposiciones fueron pálidas y al tercer día tuvo ligera ictericia en los ojos y la orina.

«En la convalecencia de este cólico volvió la frecuencia y pequeñez del pulso sin la irregularidad; casi ningún impulso del corazón y el soplo sistólico en la punta muy débil; la frecuencia de la respiración (de 32 à 40 por minuto) con alguna tos seca; sin signos ningunos físicos anormales de percusión y auscultación; calentura ligera (38 y algunos décimos) no continua ni diaria, presentándose à diversas horas en varios días y sudando poco sólo uno que otro día, sobre todo cuando la dispnea aumentaba. Los dolores en esta época eran menos circunscritos. Ocupaban en general la base del tórax en toda su circunferencia y por el lado izquierdo del mismo, parte posterior hasta el hombro del propio lado; pero no à la vez en todas estas regiones, sino ocupando en diversos días puntos distintos en esta vasta zona y conservándose con los movimientos, principalmente al acostarse ó levantarse. Ningún signo físico de parte de las vísceras del vientre.

«Con este cuadro de síntomas no llegué à diagnosticar nada preciso y solo creí que se trataba de *algo inflamatorio* situado en el aparato respiratorio. Bajo este vago diagnóstico creí indicado los mercuriales seguidos de los yodurados, el reposo y una moderada alimentación.

«Por principios de Noviembre se sentía mejorado, y el 13 del mismo me suplicó suspendiera la curación.

«El 2 de Diciembre lo encontré con el tumor bajo el hipocondrio izquierdo, prolongándose à mitad del mismo lado del epigastrio.»

El 3 de Diciembre se verificó la junta; cada cual emitió la opinión que había formado; conocemos ya las tres: un examen del enfermo en aquel día mismo en presencia de los tres médicos, llevó alguna duda al ánimo del que sostuvo la idea del aneurisma.

El soplo del tumor había disminuido de intensidad, sin embargo de que lo percibía claramente: el chasquido era también más raro; la expansión intermitente menos considerable: entonces parecía haberse cambiado por un estremecimiento; pero el enfermo había tomado en los días últimos treinta centigramos diarios de bromuro de potasio. Reflexionando con este motivo en la acción que las dosis pequeñas de esta substancia ejercen en el plexo cardio-vascular, y en la ley

fisiológica antes enunciada, lejos de invalidar esta circunstancia el diagnóstico de aneurisma, le daba mayor fuerza, puesto que las demás circunstancias no habían cambiado ni se inclinaban más que antes á otro juicio.

Además, conocedor por la segunda opinión del análisis de la orina, desfavorable al diagnóstico de absceso hepático, quedó confirmado en su opinión.

La peptonuria no es tampoco signo inequívoco. Está comprendida por los interesantes trabajos de Esbach acerca de las albuminurias en el grupo de las albúminas anormales, distintas de las normales ó dependientes de lesiones del riñón; implican aquellas un estado especial de la sangre por el cual las sustancias albuminoides de este líquido experimentan una modificación química que las hace pasar al través del riñón en el estado sano de éste. Los estados infecciosos de cualquiera naturaleza, la tuberculosis, inflamaciones vastas, uso de balsámicos, envenenamientos, etc., etc., se acompañan de la eliminación de una orina que con el reactivo de Esbach, acusa la presencia de un enturbiamiento, no de un coágulo limpio producido por albúmina, de lesión renal, sino de una albúmina alterada de la sangre, de una peptonuria.

El sostenedor del segundo diagnóstico hizo la salvedad ya dicha del análisis de la orina; defendió, por lo que su experiencia le enseñaba, que el dolor del hombro izquierdo no excluía el *absceso de hígado* y quedó con este diagnóstico.

El que emitió la tercera opinión dijo, que en cuanto al tórax, creía en trastornos circulatorios de la arteria pulmonar, causados sin duda por estrechez próxima y á la obstrucción de este vaso, y respecto del abdomen, aunque veía razones por parte del aneurisma y por parte del absceso de hígado, no aceptaba ninguno de ambos juicios y se reservaba su opinión.

La junta no se coronó por armonía en el diagnóstico. Probablemente dependió esta divergencia de que los diagnósticos se habían formado por exámenes de una sola vez y no descansaban sobre una observación más ó menos prolongada que permitiera compulsar el valor intrínseco ó aislado de cada síntoma y su valor recíproco, práctica recomendada ya por Hipócrates en su Código de observación inquebrantable en el mar de la historia, al oleaje de las revoluciones y reformas médicas.

En este caso de tanta complejidad y de obscuridad tanta, era indispensable seguir este consejo clínico.

Se formuló por unanimidad un pronóstico grave y se recomendó á la familia que, fuera cualquiera el médico que se encargara en lo sucesivo del enfermo, debía tener conocimiento de estas tres opiniones para que con arreglo á ellas hiciera la observación y aun usara la estrategia terapéutica ya que la semibiológica era impotente. Al cabo de unos seis á ocho días ó antes, debía reunirse á nueva junta para resolver en vista de lo que esa observación despejara el horizonte.

Esto pasaba el 3 de Diciembre; el día 19, dieciseis días después, cuando

no nos habíamos visto más, el enfermo tuvo una noche tranquila; pero á las seis y media de la mañana sintió enfriamiento general con sudor copioso, se aumentó su dolor, se sintió desfallecido, se borró el pulso, se puso violado, perdió la palabra y el conocimiento, y después de haberse despejado algún tanto, murió á las nueve y media de la misma mañana.

Juntamente con estos datos supimos que el día anterior, sábado, un individuo de su familia, curandero según pública y maravillosa fama, se comprometió á curarle; ganó la voluntad del paciente, le aplicó multitud de ventosas sobre el tumor y no sé qué otros excesos, que por causarle dolor, indicio de que la *medicina obraba*, infundieron en el ánimo de aquél, después que vino pasajera calma, la soñadora ilusión de esperar en una curación completa. Con efecto, después de esa tentativa y de esa esperanza, el enfermo no ha vuelto á padecer más

La muerte podía llamarse repentina; las circunstancias que la acompañaban eran muy significativas.

¿Podía un absceso hepático ó abdominal explicar esa manera de morir?

¿La explicaba la lesión valvular?

No sospechábamos tampoco embolias que emigraran desde el corazón, aparte de que éstas no satisfacían aquel mecanismo de muerte.

Por lo tanto, en vista de las maniobras de que había sido víctima el enfermo y de la manera de morir, todo hacía suponer que el diagnóstico y pronóstico del aneurisma se habían realizado. Logramos el consentimiento de la familia para hacer la autopsia. El Sr. Altamirano y yo la llevamos á cabo á las veinte horas de la defunción.

HÁBITO EXTERIOR.—El abultamiento se había disipado, la piel había perdido la mancha mencionada que estaba sustituida por otras de aspecto terroso-oscuro, con algunas líneas circulares de descamación epidérmica; sobre la región precordial veíanse restos lejanos de un vejigatorio.

Trazamos la incisión para abrir el vientre, y disecando la pared abdominal por arriba, tratando de separarla cuidadosamente de su contenido para no abrir bolsa alguna, ahondamos un poco el escalpelo, y salió por un agujero que se abrió, un poco de pus cremoso, blanco amarillento y compacto. No fué posible disecar, porque la sola oscilación del bisturi hacía seguir la salida del pus. Por esto entramos de una vez en la bolsa: no salió ningún gas apreciable al olfato. Con una cuchara sacamos poco á poco el pus; de blanco que fué al principio, se tornó en blanco rojizo con estrias y coágulos pequeños negruzcos, y por último, en anchas fajas de sangre pura rojiza. Vaciada la bolsa, que contenía 1800 gramos de pus, reconocimos su interior y dimensiones: se extendía desde la pared anterior á la posterior del abdomen; la inferior, abombada; descansaba sobre el estómago y se continuaba con la masa intestinal; la pared derecha bajaba desde el diafragma á la cara superior del hígado ó iba á descansar unida con

la pared inferior, según puede verse en las piezas que presento, sobre los dos tercios izquierdos del lóbulo izquierdo del hígado, á cuyo órgano estaba tan íntimamente adherido, que no intentamos la disección; la pared izquierda no alcanzaba el bazo, pero próxima á él bajaba desde el diafragma á la pared inferior. Queda la superior.

Estaba constituida por el diafragma, y en el centro próximamente de ella, en su cúspide, se notaba un orificio, por el cual fluía líquido sanguinolento. En ese punto había una zona redondeada, algo mayor que un peso, de aspecto rojo violáceo, como prueba de maceración larga; el centro de ella era un agujero de forma irregular con bordes desprendidos y cuya area mediría un centímetro de diámetro. Puede calcularse así en la pieza.

Abrimos el tórax: los pulmones estaban con el aspecto normal y tamaño ordinario; las pleuras sin líquido. *Pericardio*: estaba unido al diafragma en mayor extensión de la ordinaria por gruesas adherencias. Llenábalo, además del corazón, un líquido sanguino-purulento, con parte de sangre roja, el cual había casi todo aquel órgano y comunicaba con la bolsa del abdomen. La superficie del pericardio no ofrecía rugosidades ni asperezas en su hoja parietal; la del corazón sí, pues su color sonrosado y como diáfano de la capa superficial se había cambiado por ese otro opaco y rojo gris, como si hubiera perdido su pulimento y estuviera chamuscado; es decir, aparecía su superficie con el aspecto de inflamación crónica. Extraído el corazón del pecho, el tamaño no aparecía abultado; abierto el ventrículo izquierdo, las válvulas siginoideas de la aorta y aun el mismo cayado, no contenían nada impropio de esa edad; la válvula mitral vióse engrosada y particularmente en su hoja contigua al tabique ventricular se encontraron dos placas de tamaño desigual, que hacían prominencia en la superficie de ella.

El ventrículo derecho no ofreció alteración ni en su orificio aurículo ventricular, ni pulmonar, ni en las válvulas de uno ú otro. Pero en su cara posterior y próxima á la punta, había una mancha que se destacaba por su color gris inusual, de forma irregular y de ocho milímetros de diámetro aproximadamente; en el centro de ella se veía una depresión como de embudo, de superficie granugienta; introduje por él la sonda acanalada y penetraba en la cavidad del ventrículo. Podemos hacer hoy la misma prueba. Volvimos al vientre, sacamos parte de la bolsa, pues toda ella era faena imposible si no se sacaba parte del tronco. El hígado no ofrecía un abultamiento mayor de medio centímetro en toda su supercie; pero el color era ordinario y, su textura aparente lo mismo, como lo demostraror los cortes que dimos en él. Dejamos adherido á la bolsa el lóbulo izquierdo, como puede verse. Los riñones, algo abultados como cardíacos; pero libres de adherencias, sin relación alguna con el absceso; el bazo íntegro. El estómago, según hemos dicho, formaba parte de la pared anterior é inferior del absceso. No se descubrió ningun agujero ni comunicación con los intesti-

nos, que tenían el aspecto normal; además, no se percibía olor fétido de gases fecales, ni burbujas en el pus.

Por último, la pared posterior pegada á la abdominal, estaba tan adherida á la aorta que nos fué imposible separarla de este grueso vaso en una extensión de cinco centímetros; formaba cuerpo con la capa externa de la arteria; al cortar con tijeras, salió pegada á la pared del absceso un trozo de pared arterial. El calibre de esta arteria no ofrecía dilatación aneurismática, como se comprobó introduciendo el dedo en él y recorriéndolo todo lo posible.

De la cara anterior de la columna vertebral, no pudimos recoger ningún dato morboso.

Las piezas están en alcohol absoluto; si la Academia las juzga de interés para que se guarden en su museo, me parece muy conveniente pasarlas al líquido de Wickeisheimer, en el cual se mantienen las partes blandas con todos sus caracteres, de tal manera, que años después de extraídas del cadáver, parecen frescas, conservándose con los colores y consistencia propios de la lesión. Prueba palpable de la bondad de este procedimiento es la colección de cuatro piezas que se encuentran en el Museo Anatómico-Patológico del hospital de San Andrés á cargo del laborioso joven Sr. Garay (D. Adrián). Gracias á la benevolencia de este señor, he visto esas piezas; una de ellas, particularmente un aneurisma del cayado de la aorta, ofrece tan clara la estratificación de los coágulos, que puede servir de modelo para el estudio de esos tumores; vense las capas periféricas muy duras y grises; las centrales recientes tienen el color sonrosado claro y la consistencia blanda como si se tratara de un coágulo recientemente preparado.

La composición de este líquido es la siguiente:

En tres litros de agua hirviendo se disuelven 100 gramos de alumbre, 25 de cloruro de sodio, 12 de salitre, 60 de potasa y 10 de ácido arsenioso. Se deja enfriar y se filtra.

Por cada diez litros de este líquido se le añaden cuatro de glicerina y uno de alcohol metílico.

En este líquido se conservan indefinidamente estas piezas sin perder ninguno de sus primitivos caracteres.

Examen microscópico.—Con las exigencias técnicas de la microbiología, puse parte de la pulpa de las capas profundas de la pared entre dos cristales cubres; los separé por deslizamiento y los desequé. No debo pasar adelante sin manifestar públicamente mi gratitud inmensa al Dr. Carmona y al Dr. Gaviño, por la liberalidad con que me han permitido trabajar en el laboratorio microbico de la Escuela de Medicina, proporcionándome cuantos instrumentos y medios he necesitado. Conocedor de lo mucho que vale esta galantería, me considero incapaz de corresponderla en la justa medida.

Debo advertir, que como no se pensó en un principio en hacer este trabajo,

no tomé esa pulpa en la misma cavidad del vientre, sino tres días después que la pieza había estado al alcohol; no había putrefacción alguna en aquel momento, y así y todo, raspé la capa superficial y tomé de las profundas. Coloreé unas preparaciones con verde metilo y otras con rosanilina; aquí presento un ejemplar de cada una, el más significativo. Entre las partículas de pus se ven multitud de bacterias; no micrococcus ni bacilos. Sabéis que hay en litigio hoy un punto de mucho interés; esto es, si puede formarse pus sin las bacterias propias de la supuración; los muchos experimentos de inyecciones de líquidos puros é impuros y microbicos en el tejido muscular, apoya la idea de que sin bacteria no puede haber pus en ningún órgano, ni en ningún tejido. Hemos hecho en el laboratorio microbiológico de Madrid, dirigido por el Sr. Mendoza, varias tentativas para llegar á la resolución del problema, y aunque ignoro el resultado definitivo, pues en los comienzos de ese trabajo hube de abandonarlo, diré, sin embargo, que eran ya favorables los primeros ensayos, á que el pus es siempre consecuencia de una bacteria. En este caso concreto no he hecho más que aprovechar la parte que se me ofreció para acumular hechos á fin de llegar con el tiempo á una conclusión definitiva. Si se objetara que esta preparación no era demostrativa por haber estado tres días sin tomar el pus, en el cual se han desarrollado *post mortem* las bacterias en cuestión, anticiparé la réplica; no habia señales de descomposición pútrida, pues el alcohol y la baja temperatura la habían impedido, como en evidencia lo ponian los caracteres de integridad del tejido; raspé, además, las capas superficiales de la cara interna del saco; con las esterilizaciones necesarias, tomé la pulpa que está en las preparaciones, de las capas profundas; por último, si estas bacterias fueran de la putrefacción posterior á la enfermedad, desarrollada después de la muerte, las encontraríamos igualmente en los demás cortes del hígado próximo al absceso, y que, como éste, habria sufrido la putrefacción; en el tejido hepático no se ve ni siquiera uno de esos gérmenes; no es de suponer, por tanto, que fueran consecuencia de la putrefacción.

Hice cortes del hígado próximos al foco de pus, de los cuales presento dos coloreados con picrocarminato amoniacal. El tejido hepático se encuentra en todo su aspecto normal, los círculos de substancia hepática no ofrecen ninguna alteración ni de elementos extraños ni de fusión purulenta de las células; sólo se ve alguna que otra célula grasa.

CORTES DEL CORAZÓN.—También traigo dos coloreados, uno con picrocarminato y otro con hematoxilina. Es notable ver cómo el tejido conjuntivo, con las mallas de células estrelladas algunas, y las fibras de tejido muscular están repletas de glóbulos purulentos. Algunas trabéculas se hallan materialmente llenas. Confirma este examen el estado inflamatorio del corazón y hoja visceral del pericardio, como microscópicamente lo habíamos reconocido.

Hora es ya de que hagamos las reflexiones que este caso sugiere. En primer

lugar, lo diremos con toda franqueza: ninguno de los tres diagnósticos, es decir, ninguno de los dos, fueron exactos, nos equivocamos los tres médicos en cuanto al tumor del abdomen.

No era aneurisma. ¡Pero cuán parecidos, cuán idénticos los síntomas de éste á los que en el enfermo veíamos. Se trataba, señores, de una bolsa de paredes gruesas repleta de un pus bastante concreto, sin una burbuja de gas, sin un hueco para que hubiera cambio de posición del líquido, dislocación de la zona de macidez, sin que pudiera apreciarse fluctuación ni sonoridad; se trataba además de un tumor globuloso unido en un trayecto de cinco centímetros á un vaso tan considerable como la aorta; por eso no se movía ni podía dislocarse, ni separarse del vaso por más raras posiciones que el enfermo tomara; para que los síntomas que éste le comunicaba desapareciesen, arrancaba de las partes profundas, tenía movimientos rítmicos con el latido arterial, se oían en su campo y fuera de él no un soplo y un chasquido. ¡Qué mucho, señores, que un tumor líquido con estos caracteres, pegado íntimamente á un vaso, simule y represente con todo su cuadro morboso un aneurisma! El movimiento del tumor tiene una explicación fácil, la transmisión; el soplo lo mismo, pues la compresión que el absceso ejercía, era capaz sobradamente de engendrarlo por las múltiples razones expuestas; el chasquido es algo más difícil de explicar; pero teniendo en cuenta que en el movimiento comunicado por el latido, aquella mole de líquido no podía menos que seguir la onda que se formaba, se comprende que la vibración corta pero fuerte, producía el chasquido.

En cuanto al absceso, el análisis de la orina, desfavorable á esta idea, quedaba invalidado, lo mismo que el dato estadístico del Dr. Jiménez, que no ha encontrado sano el lóbulo derecho del hígado cuando había abscesos en el izquierdo. Hasta el presente no se ha demostrado, y en vano aguardaremos esa demostración, que la naturaleza sujete á un cartabón las diferentes formas que en sus enfermedades adopta; por consiguiente, no debemos negar por la *consecuencia histórica* una forma morbosa nueva. Si, pues, el defensor del absceso hepático concedió poco valor á los síntomas vasculares, porque lo daba mayor según su criterio clínico á los del absceso hepático, nada de sorprendente tiene esa equivocación.

Explicados y justificados los errores de diagnóstico, clasifiquemos esta enfermedad. No es, ciertamente, muy común ni se registra de ella gran número de casos en los anales médicos.

Parecidos son los casos siguientes en que un absceso infraabdominal se ha abierto camino al exterior perforando el diafragma y produciendo una pleuresia ó una vómica. Taylor, en su informe de *Guy's hospital*, el año de 1874, dió cuenta de dos casos, en uno de los cuales hubo pleuresia y vómica. Fereol, en 1875 describió un absceso hepático peritoneal consecutivo á hepatitis supurada en un hombre que había vivido en Argelia, al cual se le operó de empiema á

través del diafragma soldado á la pared costal, y en quien sobrevino pleuresia doble. Rendu, en el mismo año, asistió á una colección de pus enquistada entre el hígado y el diafragma, la cual después de puncionada, se abrió en los bronquios. Waters en el *British Medical Journal* de 1877, habla de dos casos de absceso perihepático, y Starcke de uno.

Aun estas observaciones, en número de siete, carecen del interés de nuestro caso, porque han sido en el lado derecho, no afectaban, como éste, el espacio semilunar. Decía al comenzar, que sólo había registrados dos casos de absceso infradiafragmático izquierdo, los cuales han sido estudiados con toda la pulcritud y esmero que distingue al eminente clínico de Paris, al ilustre Jaccoud. Extractaré estos dos casos publicados por primera vez en la *Clínica Médica* de Jaccoud, Lecciones de 1883-84, dadas á luz el año de 1885.

El primero es de un hombre de treinta y un años. Cuatro meses antes de entrar en el hospital empezó á sentir dolores agudos en el epigastrio con remisiones y exacerbaciones y dolores erráticos en ambos lados del pecho. Aparte de las tuberculosis en las vértices pulmonares, dejándolo á un lado se percibía el murmullo vesicular con poca amplitud y debilitado en los dos tercios inferiores del tórax; no había roce pleurítico. En el epigastrio y á la izquierda, el vientre estaba abultado en forma de globo renitente, muy sensible, más aún á la palpación y presión. El hígado, el bazo y el corazón normales. El timpanismo normal del espacio semilunar, estaba sustituido por un sonido ahogado, casi macizo.

Con la terapéutica emprendida se alivió el enfermo y pudo levantarse; mas no obstante el alivio, quedaban en él el mismo tipo respiratorio, depresión inspiratoria epigástrica, y en las regiones laterales, sobre todo en el lado izquierdo, tracción vertical en masa sin indicios de dilatación excéntrica.

Por fin murió el enfermo. *Autopsia:* el hígado estaba libre á nivel de su lóbulo derecho. El izquierdo se fijaba al diafragma por medio de bridas fibrosas, múltiples y renitentes; había aumentado de grosor y vascularidad la hoja parietal del peritoneo que recubre al diafragma. El punto de unión de la extremidad izquierda del hígado, del vértice del bazo y masas grasosas epiplónicas, estaba englobado por esas fibras y soldado á la cara inferior del diafragma. Se descubrió allí un foco purulento, enquistado, del tamaño de una nuez grande que asentaba en la parte media del borde posterior de la mitad izquierda del diafragma. En ese punto, las fibras musculares estaban reblandecidas y disociadas. El corazón hallábase rechazado detrás del esternón; la cavidad pleurítica izquierda además de estar recubierta de una capa fibrino-purulenta, y múltiples adherencias fibrosas, contenía más de dos litros de pus espeso, fétido y sin gases. En la base, y casi en el centro de la posición adherida al diafragma, se vió un orificio pequeño, redondeado, por el que penetró una sonda acanalada, y á través de un trayecto oblicuo, llegó al foco purulento abdominal.

El segundo caso del mismo clínico no entró al hospital. Una pleuresia de mal carácter determinó de pronto un estado gravísimo. No pudo diagnosticar Jaccoud el origen abdominal del pus, hasta después de la punción en que lo reconoció por el olor fétido de ese líquido, marcadamente intestinal.

Ahora bien, señores: estos dos son los únicos casos de absceso infradiafragmático izquierdo abiertos ambos en la pleura izquierda. Pues todavía el nuestro supera á éstos en interés, porque se abrió en la cavidad pericardiaca y perforó el corazón. El caso citado por el Dr. Jiménez de absceso abdominal, abierto en este saco no se acompañó de esa lesión cardíaca. Por esta circunstancia me atrevo á decir que el caso en cuestión tiene particularidades no vistas, nuevas en los anales de la medicina.

¿Cuál ha sido la causa de este absceso? En la etiología de esta enfermedad se citan como fenómenos causantes, probados ya, perforaciones intestinales; en dos casos esta perforación estaba en el apéndice ileo-cecal; en otro en el pneumotórax izquierdo de Leyden, en el punto de unión de la porción transversal y descendente del colon, y en el estómago. También se citan como causas, úlceras perforantes del estómago, del duodeno, los flemones de las vísceras abdominales y focos de peritonitis tuberculosas.

En nuestro enfermo no registramos ningún antecedente de éstos. En mi opinión, la causa estaba en los repetidos golpes que, ayudando á los operarios, recibió en el vientre con maderos. Uno de esos golpes que le dió profundamente la punta de un madero, le causó general conmoción y le dejó algunos dolores en el vientre por pocos días. Estos choques debieron producirle derrames de sangre y machacamiento del tejido conjuntivo adyacente al peritoneo visceral, á los epiplones y al diafragma. No siendo reabsorbida esa sangre, y no regenerándose ese tejido maguyado, sirvieron de espina que, sola y ayudada de nuevos golpes, fué inflamando paulatinamente el tejido que podía alcanzar, fundiéndolo á su foco común supuratorio y trayendo engrosamientos del peritoneo en los puntos periféricos, hasta formarse sus paredes; con posteriores inflamaciones se adhirió fuertemente á la aorta y al hígado. Este absceso, pues, ha sido obra de muchos meses.

No diré que esta hipótesis sea exacta en todos los puntos y que resista las objeciones todas que puedan hacerse. Sin embargo, es la que encuentro más satisfactoria; el origen no fué brusco sino lento; paulatinamente y cuando guardó cama el enfermo por la fiebre de Febrero, es cuando se apercibió de un bulto que le atormentaba. Mas para que el pus hubiera constituido un foco capaz de formar tumor que llamara la atención del paciente por los síntomas físicos más que racionales, debía contar mucho tiempo de existencia.

Quedaría incompleta esta historia clínica si no satisficiera esa necesidad de contribuir al fomento de las ideas de progreso en clínica, aprovechando cuantas ocasiones se presenten para la discusión de esas ideas: en esta historia, dije al

comenzar, se contienen dos puntos de capital importancia; valor diagnóstico del análisis de la orina, indicaciones diagnósticas de la laparotomía.

No enumeraré las consideraciones fisiológicas y clínicas en que el Dr. Carmoña apoya la necesidad de examinar en las enfermedades del hígado la cantidad de urea excretada en las veinticuatro horas con la orina: es harto conocido el hecho de que cuando el hígado está desorganizado, que no funciona, disminuye la cantidad de urea de la orina.

Para que esta afirmación tenga valor general, es indispensable esclarecer otros puntos que lo serían de error si no se contara con ellos y si en vista de la disminución de urea se sentara sin más preámbulos, una enfermedad que abolía la función del hígado y con ella la producción de la urea. Téngase en cuenta que, enfermedades de riñones, una disminución en la circulación nutritiva y un cambio en la vía eliminadora, pueden disminuir y aun abolir la urea eliminada en la orina, estando el hígado en su actividad plena. Aun destruidos los demás errores, averíguese el estado general y si es posible otras secreciones: ¿quién no conoce el fenómeno tantas veces comprobado por Charcot, en las mujeres histéricas, en que desprovista en absoluto de urea la orina, por espacio de varios días, estaba toda su proporción en las secreciones intestinales?

Atraídas las miradas del clínico al hígado, todavía tendría que averiguar si esos trastornos eran por alteración del tejido intersticial ó del tejido glandular, por lo que luego se dirá.

De todos modos, cuando se sospeche una enfermedad del hígado y esté la orina con la cantidad de urea normal, la doctrina corriente en urología enseña que esa enfermedad no es de las que acarrearán desorganización profunda y general del hígado. Así ha sucedido con este enfermo.

Veamos los cloruros. Desde 1851 había dicho Redembager que en el comienzo de la pulmonía, desaparecían totalmente los cloruros de la orina, y que su aparición era un signo pronóstico favorable, indicio seguro de alivio, pues revelaba que la circulación pulmonar se restablecía y con ésta su función.

Posteriormente esa disminución ó desaparición se ha comprobado en otras enfermedades, en todas las inflamaciones (Romenelaere). Natural era que se aplicara el fenómeno al hígado. Y se dijo, cuando éste esté inflamado los cloruros deben disminuir ó faltar en la orina. Este hecho se comprobó en nuestro enfermo; pero el Dr. Altamirano, cuyo espíritu perspicaz y observador conocéis perfectamente, tiene casos morbosos múltiples que le han puesto en tela de juicio esa afirmación: amante de la verdad, y con la observación paciente del sabio, no juzga el número de sus observaciones bastante para refutar los hechos corrientes y aguarda á una demostración numérica mayor. Refiere, no obstante, dos casos de que ha sido testigo: con motivo de las inhalaciones de hidrógeno sulfurado por la vía intestinal, que tanta boga alcanzan hoy en París, hasta el punto de haber inventado un aparato algo complicado cuyo dibujo y descripción trae

el periódico *Los Nuevos Remedios*, el Dr. Altamirano ha ideado una modificación que lo simplifica de tal modo, que lo hace accesible por su sencillez y precio á las personas más pobres, siendo de resultados terapéuticos iguales, y cuyas ventajas apreciaréis mejor que yo, la noche que nuestro compañero os lo presente: pues bien, para observar el buen funcionamiento de este nuevo aparato, vi dos enfermas del Sr. Altamirano, ambas tuberculosas, que para calmar sus accesos de tos y llevar la acción parasiticida á sus tuberculosos pulmones, se les aplicaron las inhalaciones de hidrógeno sulfurado. En el curso de este ensayo se comprobó que la primera enferma tenía multitud de cavernas pulmonares; no se advertían signos de foco ó zona inflamatoria; se analizó su orina; se buscaron sus cloruros y se encontraron en la cantidad normal; no habían desaparecido.

De igual modo en la segunda enferma se advirtió que además de las cavernas tenía un hidropneumotórax y un foco inflamatorio; cuando éste se encontraba en su evolución, analizamos la orina y faltaban los cloruros.

Hemos recogido orina de un enfermo del Dr. Leopoldo Ortega. Padecía hepatitis aguda que había llegado al séptimo día. Buscamos los cloruros y el reactivo no los descubrió.

Como no hemos visto el número de enfermos deseado, para continuar esta inquisición de gran interés diagnóstico, y como los experimentos que hemos comenzado en perros, no han tocado á su término, dejamos en pie la cuestión; prometiendo que este asunto será objeto de un trabajo posterior, que tanto el Sr. Altamirano como el que tiene el honor de dirigiros la palabra procurarán cumplir.

Estudiaremos, pues, si no es la inflamación la que suprime los cloruros, y si llegamos á un caso dudoso, qué género de proceso flogístico es el que ejerce influencia eliminadora en esos principios químicos de la orina.

Segunda cuestión: ¿es lógico y prudente en el orden científico y humanitario, abogar por que se abra el abdomen en los casos de un diagnóstico dudoso, y con objeto de aclarar éste? El enfermo que nos ocupa responde afirmativamente. Era una indicación de la laparotomía semibiológica.

No molestaré vuestra atención narrando las controversias acaloradas que se han suscitado con este motivo en todas las Academias del mundo; en la Médico-Quirúrgica española se desarrolló en el curso de 1885-86, con todo el encono que se puede suponer en médicos apasionados por el debate que abogaron porque se respetara el abdomen como otra caja de Pandora, y por cirujano no menos apasionados é impelidos en su carrera vertiginosa, por los triunfos ganados con la abertura de cavidades que el espíritu histórico miraba como sagradas. Recuerdo el curso de aquella discusión levantada en que salieron á corro y se acrisolaron los detalles más insignificantes, así como tengo muy frescas sus lógicas conclusiones: desde entonces entiendo, que en ciertos casos el médico está en el deber de proponer esa operación.

He reseñado estos recuerdos para demostrar que la idea tiene ya su atmósfera bastante consolidada por luchas académicas, y aunque así no fuera, aunque se propusiera por primera vez, no debíamos rechazarla; son tantas las veces que se ha abierto el abdomen con un fin quirúrgico!

Hoy que la asepsia es tan perfecta y por las atmósferas y procedimientos operatorios no padecen los intestinos ni demás vísceras abdominales, y están, aunque al aire libre en condiciones muy análogas á las de su estado ordinario, por las cuales no padecen, no, los órganos ni sobrevienen reacciones desfavorables; hoy, podemos decir que la abertura del abdomen es una operación lógica, y necesaria cuando se trata de casos como el presente. Cuando se ofrezca en la práctica un enfermo cuyo diagnóstico positivo no pueda esclarecerse y oscilen las opiniones entre un aneurisma y un absceso abdominales, no se recurrirá á las punciones exploradoras sino á la laparotomía. Desecho aquí las punciones, porque no son un procedimiento más positivo que los otros medios de diagnóstico; recuérdese el caso del Dr. Domínguez, ya citado, en el cual se hizo, además de la punción, el análisis microscópico del líquido extraído, lo que no impidió que el diagnóstico fuera inexacto.

Por otra parte, aunque no crea que la punción de un aneurisma sea mortal si se emplea un trocar fino ó una aguja de jeringuilla hipodérmica, como está expuesta á error la operación, vale más recurrir á un procedimiento que cuando se hace con las precauciones debidas, no trae en pos de sí la muerte ni siquiera complicaciones amenazadoras, y es decisivo siempre y curativo muchas veces.

En este enfermo hubiera sido curativo, no en la época tan avanzada en que lo vimos; pero si mucho antes: para la tranquilidad de nuestra conciencia y para justificación de nuestra conducta al no abrir el abdomen de este enfermo, diremos: que no está en la mano del médico imponerse á las familias ejerciendo, ni aun como médico, la dictadura; propusimos observación y nueva junta, para que si había más seguridades planteáramos la operación: aguardamos el llamamiento, y en vano. Pero aun cuando hubiésemos operado no habríamos regenerado la integridad del diafragma, perforado por tan ancha abertura, ni la del pericardio y corazón, ni la de la válvula mitral. Asistíamos muy tarde á aquellas destrucciones, y aunque se ha dicho que es imposible curar los abscesos de hígado ó cualesquiera otros, donde no se pueden adaptar las paredes, porque la naturaleza no cuenta con recurso generador bastante para rellenar con tejido nuevo cavidades grandes, lo que era perfectamente aplicable á esta cavidad, sin embargo, en el momento actual, debemos modificar mucho este pronóstico, porque desde que se ha aplicado la esponja convenientemente preparada, para el relleno de cavidades ó de úlceras y para que sus oquedades sirvan de sostén para la prolongación del tejido proliferante, hay motivo para tener más esperanza en la regeneración y relleno de esas voluminosas cavernas.

Repito, que en este enfermo, á la altura que nosotros le asistimos no había

que hacerse ilusiones con esperar una curación al evacuar el absceso, pues no era ésta ni la única ni la peor lesión á que se debía dirigir la terapéutica; pero unos meses antes, cuando tan sólo había en él la colección de pus, era muy lógico y necesario evacuarlo.

Mas no se destacaba clara la enfermedad; la penumbra de la duda rodeaba el cuadro; en estos casos se debe prevenir al interesado ó á los deudos que el único medio de resolver la duda y el primer paso para emprender toda terapéutica, es la operación, y una vez aceptada ésta, si el estado general no consiente la cloroformización, se hace la anestesia local con la cocaina ó el licor de menta del clínico mexicano Dr. Cordero, sin recurrir al frío, que está contraindicado en algunos casos; se corta la pared abdominal en la línea media, diséquese la bolsa con cuidado para no producir daño y aclarar el campo; si es una colección de pus ó un quiste, esta práctica los cura, permite la canalización y entabla la terapéutica radical; si es un aneurisma, deja íntegras sus paredes sin ofender el tumor en lo más mínimo, y siendo más inofensivo que la punción, marca el camino para la aplicación de la electrolisis. Por último, si se trata de otro tumor, de un neoplasma propiamente dicho, se emprende su extirpación.

Después se hace la limpieza absoluta, se adaptan con rigor anatómico los labios de la herida y con sutura profunda y superficial no hay temor de complicaciones; puede curar el enfermo, sin fiebre, sin pus, sin dolor y quédale una cicatriz imperceptible.

Juzgada de esta manera la laparotomía, resulta el único procedimiento para aclarar un diagnóstico; como operación libre de resultados peligrosos, no está contraindicada; por consiguiente, llegamos á la conclusión que en ciertos casos debe el médico practicarla en la seguridad que satisface á un tiempo una indicación diagnóstica y una terapéutica.

CONCLUSIONES.

1.^a A los dos casos de abscesos infradiafragmáticos izquierdos que en 1885 Jaccoud considera únicos en la literatura médica, debe añadirse otro, que es el historiado en esta Academia de Medicina de México.

2.^a Este absceso excede á los dos anteriores en interés, porque conservándose normales los órganos respiratorios, obscureciéndose la sonoridad del espacio seminular, perforó el pericardio con el cual estaba en amplia comunicación, caso registrado una vez tan sólo en los 297 abscesos hepáticos observados por el clínico mexicano Dr. Jiménez.

3.^a Este absceso tiene una originalidad no registrada aún en la Medicina: la abertura por ulceración del ventrículo cardiaco derecho, fenómeno singular que demuestra la posibilidad de abrirse un absceso en el pericardio sin causar la muerte, y permanecer en él mucho tiempo hasta que perfora el corazón.

4.^a Esta historia es un caso más que debe añadirse á los muchos registrados ya, de error de diagnóstico, de los aneurismas y demás tumores del abdomen.

5.^a Cuando un absceso de paredes gruesas repleto de pus, sin gases, está adherido como éste á la aorta abdominal en un trayecto de cinco centímetros, se acompaña de tal mezcla de síntomas, que el clínico no tiene en la actualidad el medio de esclarecerlos y de llegar á un diagnóstico positivo y demostrado de un modo completo, como se necesita para aplicar una terapéutica de doble filo.

6.^a En casos como éste ni los antecedentes, ni la inspección, ni los latidos del tumor, distinguiendo entre expansión ó elevación total; ni la fluctuación, ni el flote, ni la fijeza del tumor averiguada con la respiración, ni la percusión, ni la auscultación con el estudio de los soplos, pueden ser signos positivos, ora porque á través de paredes abdominales gruesas no se destacan con claridad ni son apreciables sus condiciones de desarrollo, ora porque su genesis tiene muchas causas: en casos como éste el clínico está en la imposibilidad de llegar á un diagnóstico seguro é indiscutible entre un aneurisma ó un absceso abdominal.

7.^a El análisis de la orina contribuyó á las dudas en este caso, y mientras no llegue con el Sr. Altamirano á la terminación de los trabajos y experimentos emprendidos aplicando el resultado al diagnóstico, la investigación de la urea y de los cloruros carece de valor real para que, por su aumento, disminución ó falta, se juzgue de la existencia de un absceso ó de un aneurisma.

8.^a y última. Debe abogarse por la laparatomía diagnóstica. En caso de duda con aneurisma es preferible á las punciones exploradoras; carece de peligros irremediabiles, da un diagnóstico positivo, y en muchos casos traerá una curación radical. Es un deber hacerla.

En este enfermo, hecha algunos meses atrás, habría evitado la muerte pronta.

No llego al segundo punto de esta historia clínica, á discutir la terapéutica, porque en el enfermo que la motiva no hubo ocasión de plantearla.

* * *

He concluido, señores, á la gratitud que os tenía al comenzar mi lectura; sumo ahora la de que me habéis escuchado con toda benevolencia; alentado por ella os suplico con encarecimiento la indulgencia que este humilde trabajo necesita, pues aparte de ser obra mía está escrito muy á la ligera, pudiera decir que de memoria, después de algunos meses de no estudiar, sin los medios de que dispondría á estar en mi vida ordinaria; os suplico que acojáis esta historia clínica como narrada por un *transeunte*: sin pretensiones, sin vuelos y sin aspiración de aplauso, escrita solo con el deseo de comenzar el pago de una deuda. Consuélame en cambio la idea de que, si en estas circunstancias he podido daros esta mezquina prueba de reconocimiento, más tarde, cuando al término de mi viaje y entrado en el torbellino de la vida, sienta desfallecido el espíritu

abrumado por el trabajo, el recuerdo de las placenteras impresiones que aquí he sentido, como brisa que refresca y aviva el alma, y el ejemplo que me habéis dado de estímulo al trabajo, de amor á la ciencia y de cariño al compañero, se levantarán como esfinge que galvanizando mi adormecido cuerpo, le digan con la frase bíblica: «levántate y anda, cumple y no hagas deshonor á la Academia de Medicina de México.» He dicho.

México, 12 de Enero de 1887.

DR. ANDRÉS MARTÍNEZ VARGAS.

TERAPÉUTICA.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ACCIÓN FISIOLÓGICA DE LA ESERINA.

La innegable importancia que para las indicaciones terapéuticas tiene la experimentación fisiológica, hace de ésta en la actualidad uno de los más breves atajos para acercarse á la precisión de aquellos.

Rabuteau, en su Tratado de Terapéutica que sirve de guía á nuestros alumnos en sus estudios teóricos sobre la materia, funda su clasificación en lo que se ha convenido llamar efectos fisiológicos de los medicamentos; y otros autores, aun cuando no hagan descansar todo el edificio de sus obras en la acción que las substancias medicamentosas ejercen sobre el organismo animal sano, consagran, sin embargo, una buena parte de sus páginas al indicado estudio. La obra de los Sres. Nothnagel y Rossbach encamina, ó pretendé hacerlo, por el terreno clásico, y es, no obstante, seductora en el estudio que á propósito de cada medicamento hace de los efectos determinados por éstos sobre los animales á los que por experimentación se administran. La materia médica de Fonsagrives merece también especial mención á propósito de lo mismo, y en general todas las obras modernas que del arte de curar se ocupan, revelan bien á las claras el entusiasmo con que sus autores siguen el amplio sendero abierto por la experimentación fisiológica.

Pero si bien es reconocido el buen servicio que la mencionada experimentación presta á la Terapéutica, reconocer debemos que el extravío de la una puede retrasar en mucho los progresos de la otra. Lo difícil en los trabajos experimentales no es precisamente el *modus faciendi*, por delicado que el trabajo sea, sino la acertada interpretación de los fenómenos que se observan. Cl. Ber-