

* * *

He delineado las más salientes observaciones de mis apuntes clínicos, pudiendo aún hacer reminiscencia de otros casos semejantes.

Salta á la vista, por todo lo expuesto, que las infecciones zimóticas, llamense paludismo, infección puerperal, escarlatina, fiebre tifoidea, influenza ó tifo, tienen acción productora para determinar el estallido de las psicopatías. Dedúcese igualmente, que no sólo es la locura el resultado de estas infecciones, sino también las neurosis, epilepsia é histeria.

Compruébase igualmente, que las infecciones que pueden producir psicopatías, también pueden curarlas, sancionando aquel principio del gran Hipócrates: *lo que causa una enfermedad, puede curarla.*

No serán del todo inútiles estos hechos, ahora que la serumterapia ensancha tanto los horizontes de la Medicina, presagiando la evolución científica de la Terapéutica. Si para establecer un tratamiento racional debe comenzarse por el conocimiento exacto, no sólo de la sintomatología, sino también y principalmente de la etiología y patogenia, bueno será no perder de vista la relación entre las infecciones y las psicopatías.

México, Julio 13 de 1898.

SECUNDINO SOSA.

PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS.

El cambio de sitio del límite superior de la matitez, en casos de derrame libre en la pleura derecha.

En todos los cursos de clínica y en los tratados de diagnóstico, se cuida, y con razón, de marcar con exactitud el límite inferior de la sonoridad pulmonar en el hemitórax derecho, en estado fisiológico, y se señalan también los cambios de posición que sufre en diversos estados patológicos. Por eso todo médico ha aprendido que dicho límite, que es el superior del área hepática, corresponde, por término medio, al borde inferior de la quinta costilla en la línea

para-esternal, al superior de la sexta en la mamilar, al de la séptima en la axilar anterior, al de la octava en la axilar posterior y al noveno espacio en la escapular; sabiendo, además, que este límite baja cuando hay más aire en el pulmón, como en las forzadas inspiraciones, el enfisema, el asma; y sube, por el contrario, en las fuertes expiraciones y cuando el pulmón es rechazado para arriba (abultamiento del abdomen, derrames líquidos de la pleura), así como cuando su base se condensa.

Pero de ninguno de estos hechos quiero ocuparme ahora, sino de un fenómeno que tengo bien conocido ya, que se relaciona con el diagnóstico de los derrames y de otras lesiones; fenómeno tan importante de conocer, como sencillo de observar, que consiste en que el límite superior de la matitez hepática se desaloja en relación con la posición del individuo.

Hace poco más de un año que fui consultado por un compañero, respecto á la enfermedad de un joven, hasta poco tiempo antes sano, que padecía calenturas de origen desconocido. Después de examinar su sangre y explorar sus órganos, reconociéndole lo mejor que pude, no encontré, fuera de la calentura y sus consecuencias (anorexia, etc.), sino un síntoma, que consistía en que el límite inferior de la sonoridad pulmonar en el lado derecho, aunque parecía en situación normal, bajaba como tres centímetros cuando el paciente se ponía en pie.

Mi primera idea, que fué la que expresé al compañero que me consultaba, fué de que había un derrame poco abundante en la pleura derecha; y tal dije porque hasta entonces, y aun después, siempre he escuchado ratificaciones, quizá exageradas, al siguiente pasaje de la tesis de doctorado de Damoiseau: "Con razón ha llamado Piorry la atención acerca del desalojamiento de la matitez debida á los líquidos derramados en la pleura y á su disposición siguiendo la ley del nivel, porque este signo, cuando existe, es patognomónico de la existencia de un derrame." (Diagnóstico y tratamiento de la pleuresía. París, 1845, pág. 24.)

Todos los autores que he leído y los médicos á quienes he escuchado, repito, consideran que el cambio del límite inferior de sonoridad pulmonar es signo decisivo de derrame libre. A pesar de esto, no quedé satisfecho de mi diagnóstico, en el caso que he referido; no tanto porque faltaban otros síntomas de derrame, sino,

principalmente, porque el desalojamiento se efectuó en sentido opuesto al que debía. En efecto, se sabe que al obedecer á la pesantez el líquido, cuando puede desalojarse, se separa de la pared anterior del tórax en el decúbito dorsal y, por el contrario, se pone en mayor altura en contacto con ella, en el de pie; de suerte que en esta última posición está más alto el límite inferior de la sonoridad.

Lo contrario acontecía en el joven de quien me he ocupado; y tanto por eso, como por algún otro motivo igualmente importante para mis creencias, pero que no es pertinente referir aquí, me preocupé de indagar la evolución de la dolencia y supe que no justificó el diagnóstico de pleuresía, ni de derrame.

Entonces me preocupé de descubrir la causa de mi error y encontré que en el enfermo sucedió lo que sucede en toda persona sana, y que el límite superior de la matitez hepática es más alto cuando el individuo está acostado que cuando está en pie, en estado fisiológico. ¿Por qué un hecho de tanta importancia no había llegado á mi conocimiento? ¿Por qué no se halla mencionado en las obras que he podido consultar, ni lo he oído referir jamás á mis maestros ni á ningún médico?

La observación me hizo conocer lo que acabo de referir y el análisis mental, auxiliado del razonamiento, me ha permitido después idear lo que voy á exponer.

Creo que el fenómeno es la consecuencia de dos factores: de que el hígado desciende con el diafragma al ponerse en pie el individuo, y de que la base del tórax se ensancha.

No necesito decir que la pezantez tiene que obrar sobre las vísceras abdominales y que obra principalmente sobre el hígado, en vista de que siempre ejerce su acción en razón directa de las masas; pero sí necesito hacer ver que los músculos de las paredes anterior y lateral ceden algo á esa fuerza y permiten algún desalojamiento del contenido, como lo prueban las deformaciones consiguientes á los cambios de posición, sobre todo si hay una poca de ascitis; y también tengo que hacer notar que aun cuando así no fuera, el intestino y sus gases son compresibles y pudiendo disminuir de volumen hacen posible algún abatimiento del hígado; y finalmente, debo recordar que es bastante móvil el músculo de donde está suspendida la glándula.

En estado fisiológico, los obstáculos para la libre acción de la

pesantez son la resistencia de la masa intestinal, la de los músculos de la pared abdominal y la presión atmosférica que obra sobre la pared cutánea con más energía que sobre la cara superior del diafragma; ó en otros términos: la tensión intra-abdominal y la aspiración torácica.

El descenso del hígado tiene que estar subordinado á la energía de la potencia y á la de la resistencia: las variaciones de la primera dependen únicamente del peso de la víscera; mientras que las de la segunda están en relación con muchas causas, cuyo número aumenta en estado patológico. La tensión intra-abdominal aumenta en casos de ascitis, meteorismo exagerado, embarazo, etc., y disminuye cuando los músculos se relajan (evacuación de ascitis, después de partos, etc.) ó se escapa una buena parte del contenido del abdomen (hernias voluminosas.)

Un poderoso obstáculo para el descenso del hígado en estado patológico, puede consistir en que esté el diafragma íntimamente unido, por inextensibles adherencias, con la pared torácica; pues es evidente que para que la glándula baje, se requiere que también lo haga el músculo á que está suspendida ó se separen ambos órganos; pero es claro que lo último no puede efectuarse porque el vacío que se tendría que formar entre ellos, y la presión intra-torácica siempre real, aunque en la inspiración inferior á la atmosférica, obligan á bajar al diafragma. La contractilidad y tonicidad del músculo también obran constantemente en ese sentido, y si á pesar de ellas tiene el diafragma forma de bóveda, aun cuando el aire penetre en la pleura, es porque lo empuja para arriba el hígado, porque la presión intra-abdominal es bastante superior á una atmósfera.

He dicho que creo que el descenso al límite superior de la matitez hepática, que se marca principalmente cuando el individuo se pone en pie, y menos cuando se sienta, pero también en esta posición, depende de dos factores: de que el hígado baja y de que la base del tórax se ensancha.

Percutiendo á unos pacientes, en quienes apenas se marcaba la matitez hepática en la línea esternal, noté que desaparecía dicha matitez cuando se ponían de pie; lo que ciertamente no es explicable por el simple descenso de la glándula. Por otra parte, si éste fuera constante y único factor del fenómeno de percusión de que

me vengo ocupando, el límite inferior del área debería descender siempre, en cada línea vertical, exactamente lo mismo que descendió el superior, y esto jamás aconteció en los casos que he observado: el límite inferior puede no variar y aun estar más alto en la posición de pie que en la horizontal.

Estos hechos inducen á pensar en que al pararse el individuo se ensancha la base de su tórax y, por consecuencia, el contacto del hígado con la pared del hipocondrio se hace en menor extensión, siendo esto causa de que disminuya la altura del área de sonido mate.

Como mi intención es sólo ocuparme del límite superior de ella, vuelvo á referirme á él únicamente. No desciende igualmente en todas las líneas, siendo en las axilares y mamilar, en donde más se marca el desalojamiento. Este varía de un individuo á otro, siendo de cuatro centímetros el mayor que he encontrado (en la línea axilar anterior), y lo observé en un viejo alcohólico, con paredes abdominales muy flojas y área hepática estrecha; y siendo de medio centímetro el menor que he visto, en un cirrótico cuyas paredes abdominales estaban muy tensas, por ascitis. En varios casos no noté desalojamiento bien apreciable en las líneas esternal y escapular.

Antes de pasar adelante, debo llamar la atención acerca de la necesidad de ponerse al abrigo de una causa de error, que puede ser muy marcada: cuando se percute la base del tórax de una mujer que tiene muy marchitos los senos, y se señalan en la piel los límites de la sonoridad en decúbito dorsal, al ponerse en pie la mujer bajan mucho los puntos de referencia por el desalojamiento del tegumento, hasta en la línea axilar. En esas condiciones conviene, para evitar el error, tomarlos sobre las costillas y los espacios.

Yo creo que son interesantes los hechos que he referido, sobre todo para el diagnóstico de las adherencias freno-costales y de los derrames muy ligeros de la pleura.

A propósito de ellos, debo hacer notar que el sentido en que se efectúa normalmente el cambio del límite de sonoridad, es contrario al que de ordinario se observa cuando hay derrame; lo que sirve mucho para el diagnóstico; pero sin que sea decisiva esta diferencia para establecerlo, porque Pitres ha señalado casos, no muy frecuentes según él, en que en derrames de mediana abundancia se

efectuó el cambio de sitio en sentido contrario al que comunmente se nota.

Sin duda la anomalía en el sentido del desalojamiento se debe á la preponderante acción de las causas que hacen bajar el límite superior del área hepática en estado fisiológico; cuyas causas, ayudadas por el peso del líquido, nulifican el ascenso que corresponde al desalojamiento del derrame al ponerse en pie el paciente, y no sólo lo nulifican, sino lo contrarían hasta el grado de que aparezca en sentido contrario.

No refiere Pitres haber observado la anomalía en los casos de derrame muy ligero; mas es de temerse que exista alguna vez, y por eso conviene no fiar demasiado en el sentido en que se realiza el desalojamiento del límite inferior de la sonoridad para, por eso sólo, decidir si es causada ó nó por un derrame.

Pero de todos modos, es un hecho que el simple desalojamiento no es patognomónico de los derrames, aunque así se diga por todos y aun por el citado Pitres que, en la página 543 de los *Archives cliniques de Bordeaux*, del año de 1897, ha escrito: "El desalojamiento de la matitez por los cambios de posición de los enfermos, es un carácter patognomónico de la que se debe á derrames pleurales."

JOSÉ TERRÉS.

OFTALMOLOGIA.

Epilepsía de causa ocular.

Voy á ocuparme de un nuevo caso de epilepsía, tratado con éxito por la tenotomía graduada de los rectos internos.

El Señor Doctor M., de 28 años de edad, perteneciente á una familia de neurópatas, llevaba siete años y medio de padecer diariamente de tres á diez ó doce ataques de epilepsía parcial. De este enfermo me ocupé en el último trabajo que leí en esta H. Academia, en los siguientes términos: