

podía vomitar un líquido verde, al mismo tiempo amargo y muy ácido. Refiriéndole á mi amigo, el sabio Profesor de Química Médica en la Escuela de Medicina, lo que me pasaba, inmediatamente me hizo advertir que mi mal se sostenía por el alimento que estaba tomando, el que debía dejar y que lo sustituyera con el atole frío, poniéndole unas gotas de jugo de limón. Seguí el consejo de mi apreciable compañero é inmediatamente después de la primera toma de atole sentí un grande alivio, desapareció la náusea y no hubo ya vómitos. Esto que me sucedió, demuestra lo que puede preocuparse en sus enfermedades el médico cuando él se prescribe.

Para concluir sólo diré unas cuantas palabras sobre el tratamiento de la enfermedad; generalmente produce muy buenos efectos hacer tomar al enfermo abundante cantidad de agua hervida muy caliente en ayunas, ya sea sola ó con un poco de bicarbonato de sosa; algunas personas vuelven el agua, á otras se les queda en el estómago; de todas maneras hace bien. El calomel con benzoato de sosa, salol y belladona, si el enfermo está constipado, ú opio si hay deposiciones. En los casos graves cuando hay vómitos y evacuaciones de materias verdes, si consta que estos líquidos no son ácidos, es eficaz el ácido láctico; pero si es lo contrario, entonces son recomendables los bicarbonatos alcalinos, el subnitrito de bismuto á alta dosis; la levadura fresca de cerveza obra muy bien, tanto porque su acción predomina sobre la de los fermentos anormales que determinan la formación de los ácidos láctico ó butírico, como porque favorece la digestión de los principios amiláceos.

Mexico, julio 11 de 1906.

JOSÉ OLVERA.

CLINICA QUIRURGICA.

Tratamiento quirúrgico de los abscesos de Hígado.

Parecería superfluo que en los actuales tiempos viniera yo á tratar en mi trabajo reglamentario del «*Tratamiento quirúrgico de los abscesos de hígado,*» después de que en esta misma Academia se han presentado trabajos tan completos sobre el

asunto: aun yo mismo hace dos años tuve la honra de hacer una comunicación verbal acerca de tan importante asunto; pero en cirugía no hay pequeñeces: poco á poco, y paso á paso, de pequeñez en pequeñez, se consigue el resultado deseado, cuando en otro tiempo por la omisión de estas mismas pequeñeces los resultados eran, en muchos casos, deplorables.

No intento hacer en detalle la historia de esta operación, pues todos los médicos mexicanos saben muy bien la que hoy bosquejo á grandes rasgos:

El Sr. D. Miguel Jiménez tuvo la feliz idea de puncionar con un trócar grueso los abscesos hepáticos á través de los espacios intercostales, siguiendo el borde superior de la costilla inferior. El señor mi padre después mejoró el procedimiento dejando un tubo de canalización para que el pus saliera poco á poco, y constantemente. Después de varias discusiones y pláticas con los dos referidos profesores, el Sr. Dr. Clement hizo pasar una asa de tubo elástico de Chassaignac por dos puntos distintos, lavando el foco con la solución antiséptica de aquellos remotos tiempos, el cloruro de Labarrequé; y estos tres fueron los procedimientos que se siguieron mucho tiempo, hasta que vueltos más atrevidos con los brillantes resultados que trajo en tanta operación el método antiséptico, nos decidimos á penetrar ampliamente por medio de una gran incisión en el foco supurante. En el año de 1886 esta era la práctica seguida por mí en el Hospital «Concepción Béistegui.» Después de indagar el lugar del absceso, indicado por el punto doloroso, la separación de los espacios intercostales y la fluctuación (cuando la había) y en caso de no haberla, diversas punciones, la primera de todas en el lugar indicado por el Dr. Demetrio Mejía, en el punto medio de una línea vertical, entre los puntos limitantes, superior é inferior, de la macicez hepática, puncionaba yo con un trócar, ayudado del aspirador de Potin, el absceso de que trato. Luego que el pus salía, dejaba en dicho lugar el trócar, y hacía una amplia incisión siguiendo el borde superior de la costilla inferior hasta llegar al foco; luego que el pus salía á grandes oleadas, se lavaba el foco con el irrigador, y después

se dejaban dos tubos de canalización, manteniéndolos en su lugar con alfileres de seguridad, y poniendo después el apósito, que consistía en gasa yodoformada, algodón acéptico y la venda respectiva. En aquel tiempo no hacía yo sutura ninguna, y no tuve en muchos casos motivo por qué extrañarla; hasta que un día, después de haber abierto el foco con gran facilidad, dejé á mi practicante que hiciera el lavado, y pusiera después la curación. Cuál no sería mi asombro cuando después de un rato, en que el enfermo no tomaba ya cloroformo, sobrevino un accidente, semejante á los que se observan algunas veces durante la cloroformización. Hicimos lo posible por volver al enfermo en sí; lo que conseguimos, pero desde aquel momento (eran las dos de la tarde) hasta el día siguiente á las ocho de la mañana, el enfermo estuvo quejándose de dolores en el vientre, hasta que al fin falleció. En la autopsia nos encontramos con que el hígado se había deslizado hacia arriba, perdiéndose el paralelismo entre los bordes de las incisiones hepática y cutánea, de modo que cuando el practicante, muy entendido por cierto, introdujo los tubos de canalización, éstos no fueron á dar al absceso, sino á la cavidad peritoneal; y como entonces se lavaba con solución fenicada, el accidente que atribuimos al cloroformo, sobrevino por el contacto de la solución cáustica con el peritoneo, y el enfermo sucumbió por la peritonitis é intoxicación consecutivas. Desde entonces me propuse que no volviera á acontecer tal cosa, y para evitarla, por lo pronto yo mismo ponía los tubos en el absceso, siguiendo el dedo índice de la mano izquierda, cuando me constaba que estaba yo dentro del absceso. Este accidente pasó el año de 1888.

Después he tenido la costumbre de fijar el hígado con puntos de sutura separados. Después de quitar uno ó dos fragmentos de costilla, como en la operación de Slander, si la pleura no está adherida la suturo también, y queda un espacio grande comprendido entre las diversas suturas. Entonces penetro de una vez en el foco, haciendo la incisión transversal, lo más larga posible, pues cuando se hace más corta se estrecha en muy pocos días, y se necesita volverla á ampliar después. Los

fragmentos de costilla se quitan, dejando el periosteo que se desprende con una legra, pasando después un hilo por procedimiento del Sr. Dr. López. Una pequeña modificación del Dr. D. Regino González me ha dado muy buenos resultados; y es hacer dos incisiones sobre la costilla en el periosteo, perpendiculares á la costilla y limitando el fragmento que se quiere quitar. Así, pues, punciono hasta llegar al foco; incisión amplia siguiendo el eje de la costilla, cuando se quiere quitar una sola, y ayudado de otra vertical haciendo una «L,» si se quieren quitar dos; sutura periférica del hígado para fijarlo á las paredes del tórax; incisión amplia, extracción del pus y canalización con dos tubos; lavado abundante con una solución antiséptica, y colocación del apósito: tal era el procedimiento seguido hasta el año de 1889. Una casualidad hizo en dicho año que se le modificara ventajosamente. Había yo operado un enfermo de hepatitis supurada, según el procedimiento anterior, y había quedado, por lo pronto, tan bien, que me fuí á mis quehaceres; cuando al poco tiempo se notó que estaba el apósito empapado en sangre. Llamado el Dr. Esparza, médico de este Hospital, y que era entonces practicante de guardia, tuvo que quitar el apósito, pero viendo la gran cantidad de sangre, acudió al Dr. Icaza, y entre los dos practicaron un taponamiento con gasa yodoformada. Con éste y la compresión se detuvo la hemorragia. La marcha del absceso fué después mucho más rápida que cuando se dejaban simplemente los tubos; y desde entonces taponamos siempre, habiendo obtenido los resultados más satisfactorios. Se han logrado curaciones, siguiendo este procedimiento, que indudablemente hubieran sido fracasados con el antiguo sistema.

Entre otros, recuerdo el caso de Eligio Chaparro, natural de México, de 25 años de edad, soltero, y que entró á este Hospital el 23 de Mayo de 1896. Presentaba este hombre los síntomas de un absceso hepático, pero con caracteres tan graves, que fué desahuciado por todos nosotros. Además de la enorme área de macicez hepática, tenía tan desarrolladas las venas subcutáneas del vientre, como se ve en la cirrosis hepática, y ha-

bía además una ligera ascitis. Cuando después de la resección de dos costillas, y de la sutura respectiva, se dió salida al pus por medio de amplia incisión, el hedor fué tal, que corrimos el Sr. Dr. Chacón y yo á la ventana, que abrimos de par en par. El pus que salió fué en cantidad extraordinaria, como en mi vida he visto semejante. Se hizo el taponamiento con gasa yodoformada, entrando una cantidad extraordinaria. El estado del enfermo se fué componiendo de día en día, con asombro de todos, y el 11 de Septiembre salió completamente curado. La última vez que le ví, ocho años después, estaba perfectamente bien. Otros casos se curaron en mucho menos tiempo por ser menor el absceso. Estos resultados nos decidieron á aplicar el procedimiento en casos en que antes se fracasaba siempre. En los abscesos de hígado abiertos en los bronquios, por ejemplo. Como es sabido, cuando el pus se abre paso á través de los bronquios, el enfermo descansa por algún tiempo, el dolor desaparece y la calentura se quita; pero después la continuación de la supuración, y la ninguna tendencia que hay en lo general á la cicatrización, porque como decía el Sr. Jiménez, las adherencias que fijan el hígado hacen que sus paredes se aproximen y se alejen como las paredes de un fuelle, é impidiendo la supuración; esto hace que casi siempre el enfermo se agote y al fin sucumba: digo que casi siempre, porque alguna que otra vez la naturaleza hace esfuerzos inauditos, y los enfermos se curan por las solas fuerzas de la naturaleza. Recuerdo entre otros casos el de una enferma, antigua cocinera del Dr. Gregorio Mendizábal, en Orizaba, que estuvo en la sala del Dr. Chacón, con un enorme absceso que se abrió por los bronquios. Por esa misma vía salía también una gran cantidad de bilis, lo que también es un malísimo signo pronóstico. En aquel tiempo no se intervenía aquí en semejantes casos, y la enferma quedó abandonada á su suerte, desahuciada por todos; pero con gran sorpresa después de mucho tiempo, se vió que la cantidad de pus disminuía, que la bilis dejaba de salir, y que la enferma se iba reponiendo, hasta que al fin quedó completamente curada. Diez años después tuve oportunidad de verla en casa del Sr.

Lic. Castellanos afectada de una pulmonía, de la que curó, y me refirió que desde que salió del Hospital hasta la fecha había quedado enteramente bien de su antiguo padecimiento. Como digo, en estos casos y en otro tiempo, antes de que se aplicara el taponamiento seco con gasa yodoformada, los resultados eran desastrosos en las intervenciones quirúrgicas. Sea que se practicara la simple punción dejando el tubo, como lo recomendaron en un tiempo Vértiz y Clement, sea que se hiciera la incisión y canalización con tubos elásticos, la infección sobrevenía rápidamente y el enfermo moría. Así ví perecer una multitud de enfermos en manos del Sr. Carmona y Valle, del Dr. Contreras, de Puebla, y de otros distinguidos cirujanos que opinaban que la intervención estaba justificada cuando el pronóstico sin ella es tan excesivamente grave. Mucho prediqué la cruzada en contra de esta intervención é impedí muchas operaciones, pues viendo los cirujanos que los enfermos se agotaban y morían en la generalidad de los casos, se veían tentados á intervenir, pues no comprendían por qué sobreviniera esta infección. Yo tampoco me lo explico claramente, pero el hecho es que no ví un solo caso de operación en caso de absceso de hígado abierto por los bronquios en que el enfermo no se hubiera infectado, muriendo rápidamente. Dos casos tuve que fueron aparentemente excepción y que me hicieron aconsejar la operación en circunstancias semejantes. Uno, cuyos detalles recuerdo perfectamente, fué el de Alejandro Gutiérrez, cuyo retrato se encuentra en el Museo Anatómo-Patológico del Hospital «Béistegui.» Este enfermo estuvo en el Hospital de San Andrés, en el servicio del Profesor Bandera, con un absceso abierto en los bronquios. Los síntomas se mejoraron mucho por lo pronto, y dejó de esputar pus hepático, y se le dió de alta como curado; pero dos semanas después volvió el dolor, volvió la calentura, hasta que uno y otro desaparecieron, cuando el enfermo volvió á esputar pus hepático.

En estas condiciones entró á la sala 8 de este Hospital, esputando de 10 á 12 escupideras cada día, llenas de pus hepático. Con la convicción que tenía de lo dañoso que es en estos casos la

intervención quirúrgica, no la hice por lo pronto, prescribiendo sólo paliativos; pero un día los síntomas de un absceso superficial fueron tan marcados, que creí que, además del absceso abierto por los bronquios, tuviera otro independiente. Entonces, con grandes precauciones, puncioné haciendo deslizar la piel para evitar el paralelismo, y saqué unos 500 gramos de pus con todos los caracteres del hepático. Con sorpresa noté que desde ese mismo momento cesó de esputar. Entonces esperé 8 días, y cuando creí interrumpida la comunicación con los bronquios, hice una amplia incisión de la manera antes dicha canalizando después; pero como pasaba tiempo y el absceso no disminuía, le hice la resección de dos costillas. Pasó tiempo, y el absceso, aunque menor, no desaparecía del todo. Después de un reconocimiento ví entonces que las paredes del foco tenían una consistencia cartilaginosa; le hice entonces el raspado con la cucharilla, lavando después con solución de sulfato de cobre y de zinc. Entonces empezó á disminuir rápidamente de volumen el absceso, y curó prontamente. Los éxitos que se tenían con el taponamiento de los abscesos, con gasa fenicada, nos alentó al Sr. Dr. Icaza y á mí á intervenir desde el principio con amplias incisiones en esta clase de abscesos; y casi al mismo tiempo intervenimos el Sr. Icaza en uno de sus enfermos de la ciudad que operó en compañía del Dr. Ramírez Arellano, y yo, en uno de los enfermos de mi sala, ayudado por el Dr. Esparza. Ambos curaron sin haber tenido los síntomas de infección que invariablemente tuvieron todos los desgraciados cuyo absceso había salido por los bronquios, y fueron operados por otros diversos procedimientos.

Sin embargo, hoy mismo, creo deber aconsejar, en los casos semejantes, al de Alejandro Gutiérrez, esto es, cuando el absceso sea enteramente superficial, practicar la punción con todas las cautelas necesarias para que el aire no penetre, curar por oclusión y esperar una semana aproximadamente, hasta que cierre la comunicación con los bronquios; á reserva de practicar después de la incisión el taponamiento con la gasa yodoformada, como dije hace un momento. El procedimiento ope-

ratorio de que he hablado hasta ahora, esto es, la punción á través de uno de los espacios intercostales, resección costal, sutura fijadora del hígado, incisión hepática y taponamiento, se refiere solamente á la forma más común de los abscesos hepáticos, esto es, aquellos en que el pus está muy cerca de los espacios intercostales del lado derecho; pero hay otras veces en que el pus tiende á salir por otra parte, cuando el absceso está situado en el lóbulo izquierdo, por ejemplo. En estos casos lo más común es que la fluctuación y el dolor se encuentren en el epigastrio; otras veces el crecimiento es mucho mayor, y la fluctuación y el dolor se encuentran entre los espacios intercostales del lado izquierdo. En el primer caso se practica una incisión en el epigastrio hasta llegar al hígado, se le fija contra las paredes abdominales, se hace la incisión hepática, y se taponona después. Estos abscesos del epigastrio, más pequeños generalmente, curan muy pronto; los tres ó cuatro que he visto de esta clase han tardado menos de un mes en curar. No así los que tienden á salir por los espacios intercostales del lado izquierdo, pues éstos requieren el mismo procedimiento de que hablé primero, con la sola diferencia de que la incisión y resección costales son del lado izquierdo.

Hasta hace cerca de dos años practicaba el taponamiento á que antes me he referido después de lavar con diversas soluciones el foco supurativo; pero hoy, y en este punto insisto mucho, aunque parezca una pequeñez, no lavo absolutamente; me limito á recoger el pus con rollos de gasa, conducidos por pinzas, y taponona después con tiras de dicha gasa, impregnadas en bálsamo del Perú. El que es más benéfico cuando hay algo de pleuresía, ó cuando el enfermo tiene bronquitis concomitante. En estos casos este bálsamo benéfico tiene por efecto inmediato el aliviar la tos, modificando los bronquios, y aún la pleura sub-inflamada.

Olvidaba decir que cuando la fluctuación es clara y evidente no hay necesidad de practicar la punción previa, sea cual fuere el punto más cercano del absceso.

Para terminar diré algunas palabras acerca de la oportuni-

dad de la intervención quirúrgica. Muchos cirujanos antes, y hoy mismo algunos médicos, pensaban ó piensan que la simple punción podía bastar para curar estos abscesos, y en caso de qué no surtiera procedían á la operación. Yo creo que desde el momento que se tiene la seguridad de la existencia del pus en el hígado, se debe proceder á la hepatotomía; primero, porque la punción no es tan inocente como se cree, habiéndose dado casos, como consta en el museo anatómo-patológico, de que una punción hecha con trócar capilar ha dado lugar á una abundante hemorragia, y á la muerte por la misma; segundo, porque después de que en una primera punción se ha extraído bastante pus, puede, después de algunos días tenerse un trabajo ímprobo en llegar al foco con otra ú otras punciones, y aún algunas veces no encontrar el foco, como nos pasó al Sr. Icaza y á mí hace muchos años con un enfermo que asistíamos juntos, antes de la época que pudiéramos llamar de la intervención activa.

Esta operación, como la traqueotomía, es practicada por algunos médicos que no son propiamente cirujanos. A éstos me dirijo especialmente, porque creo que la mayor parte de los cirujanos propiamente dichos no encontrarán mucho nuevo en estas líneas; sin embargo, si alguno de los detalles que señalo fueran utilizados por todos, y sirvieran de algo á los jóvenes estudiantes que serán mañana médicos, me declararé satisfecho.

México, julio 25 de 1906.

J. VÉRTIZ.

Un nuevo Cardiógrafo.

(MODELO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA).

Son perfectamente conocidos para Udes. los distintos aparatos cardiográficos, de los cuales, algunos se emplean en la clínica médica y otros en la experimentación con los animales.

Sabemos también, que los primeros son algunas veces de difícil aplicación; siendo entonces absolutamente imposible obtener una gráfica demostrativa. En condiciones favorables, pueden lograrse