

TERAPEUTICA MEDICA.

Otra vez vengo a cansar la atención de mis queridos consocios con el consabido tema de los abscesos hepáticos. Parece que después de lo que han escrito los renombrados clínicos que me precedieron y después de lo que yo mismo en repetidas ocasiones he venido a decir sobre este punto, poco o nada quedaba que decir; sin embargo no es así. El conocido aforismo, no por vulgar menos cierto, de que no hay enfermedades sino enfermos, pocas veces tiene una aplicación mas verdadera que cuando se trata de los abscesos del hígado. Cuarenta años hace que los vengo observando, ya entre enfermos míos, ya entre los de los compañeros de la profesión y es de sorprender de veras, que lo que no haya visto antes, en tantos años de práctica, se halla presentado recientemente a mi vista aumentando el caudal de hechos clínicos que nunca se agotarán.

Dos series de casos quiero hoy exponer ante mis estimables consocios. La primera serie, es la de los abscesos del hígado que tienden a abrirse por el epigastrio. Es ésta terminación, a pesar de lo que muchos clínicos dicen, una de las más favorables y que en menos tiempo curan. Cuando el absceso no es muy

grande; cuando se han producido adherencias del hígado contra la pared abdominal y cuando como pasa muy a menudo, la fluctuación es evidente, la indicación de abrirlos por allí es clara. Se hace una amplia incisión, se vacía el contenido; sin lavar se tapona con gasa iodoformada y se cura después con gasa y algodón y vendaje compresivo.

Pero a veces el proceso no es tan sencillo; aun cuando el absceso predomine por el epigastrio lo suficiente para hacer el diagnóstico, las adherencias no se han producido y a veces entre el hígado y la pared del vientre, se ha introducido el epiplón. Algunas veces, cuando el enfermo solicita nuestros cuidados, la cavidad ha crecido extraordinariamente y de manera que es asequible, no solamente por el epigastrio; sino también por los espacios intercostales, aun cuando la invitación a abrirlos sea aparentemente por el epigastrio: falsa indicación a veces. En alguna vez he visto, en un enfermo del doctor Icaza producir fatales resultados. Otras veces, este crecimiento de la cavidad, tiene otras consecuencias de que voy a hablar después.

Cuando el absceso, como dije antes, predomina por el epigastrio lo suficiente para hacer el diagnóstico. Cuando no se han producido aún adherencias, pero que el epiplón no se interpone entre el hígado crecido y la pared abdominal, se debe hacer con mucho cuidado la incisión horizontal hasta descubrir el hígado, suturar después la entraña contra las paredes del vientre y abrir después ampliamente el absceso taponando en seguida y curando como dije antes. Lo tardío de la venida a nosotros del enfermo y que produce, como antes decía, el crecimiento extraordinario de la cavidad, puede tener diversas consecuencias.

En el enfermo del señor Icaza, a que antes me refería, se hizo la incisión horizontal en el epigastrio para llegar al foco; y como se encontrase que no había adherencias, el señor Icaza quiso ver si se podía llegar a la cavidad purulenta por uno de los espacios intercostales, lo que se consiguió con suma facilidad; entonces, y después de haber suturado la primera incisión, se hizo la operación clásica por el espacio intercostal, reseca una costilla y suturando la entraña contra las paredes torácicas. Mas de repente, por movimientos de contracciones espasmódicas que sobrevinieron al enfermo, se rompieron los puntos de sutura, basculó el hígado y arrojó parte de su contenido en la

cavidad peritoneal, lo cual produjo una peritonitis generalizada y la muerte del enfermo. En otro enfermo, H. Chávez, que vino de Toluca por un absceso bastante grande, que invitaba a ser abierto por el epigastrio; hice una amplia incisión, pero antes de llegar al hígado me encontré con el epiplón. Suspéndi la operación y me esperé a que se hubiesen producido las adherencias. Unas semanas después volví a intentar la operación, consiguiendo entonces llegar a la cavidad. Pero esta era tan grande que no se alcanzaban sus límites con el dedo. La tapone, como antes queda dicho, con gasa iodoformada y la curé de la manera antes descrita. El enfermo, sin calentura, sin dolor y con un estado general enteramente satisfactorio, estuvo así algunas semanas; pero alcabo de ellas, la abertura exterior que se había estrechado mucho y hacía difíciles las curaciones del foco, así como el mal olor que el enfermo exhalaba cuando se le curaba, me invitaron a intervenir otra vez. Amplié la incisión lo suficiente, y con sorpresa me encontré, en el fondo de la cavidad, una masa putrefacta que consistía en el epiplón que había atravesado la pared adelgazada del absceso, extrangulándose dentro de la misma cavidad. Con los dedos saqué lo que pude del epiplón gangrenado y el enfermo apenas lo resintió; pero como continuara el mal olor gangrenoso y éste molestara tanto al enfermo que dejó de comer por el asco; a pesar de ser un glotón de primer orden, tuve la idea de ponerle una mezcla de vaselina, carbón animal, iodoformo y tanino, con el mejor de los resultados, pues a los dos días desapareció la fetidez y al mes salía el enfermo del Hospital perfectamente curado.

Peores aún pueden ser las consecuencias de la tardanza en venir a consultar al médico. Un día fuí llamado a ver un enfermo que tenía obstrucción intestinal; este al menos fué el diagnóstico del médico de cabecera. Después de examinar al enfermo cuidadosamente, encontré que tenía peritonitis generalizada, y buscando la causa de ella, ví que era un absceso hepático, que si se hubiera operado a tiempo hubiera curado en un mes poco más o menos y que por la tardanza del enfermo o tal vez por la ignorancia de los médicos que lo habían atendido anteriormente, se abrió en la cavidad peritoneal, produciendo el desastroso resultado que acabo de referir.

La otra serie de casos que no había visto en cuarenta años y

acabo de ver en estos últimos días, se refiere a los quistes hepáticos, hidáticos unos y otros de naturaleza no definida aún.

Hace unos cuatro meses ingresó a este Hospital "C. Beíste-gui," al departamento de distinción, el señor doctor Medina, enfermo del Profesor Mejía; a quien tanto este Profesor como la mayor parte de los médicos que lo habían examinado, diagnosticaron un absceso hepático. El señor doctor Felipe Ruiz Esparza y el que habla, le examinamos también y estuvimos de acuerdo con el diagnóstico formulado.

Prévia anestesia, le hicimos una punción con una aguja larga de platino, y creímos encontrar en el líquido extraído (unas cuantas gotas,) los caracteres de pus hepático. Entonces el doctor Esparza hizo una amplia incisión en la dirección de la novena costilla, la reseco, suturó la cápsula de Glisson con los bordes de la incisión y penetró al foco, del que en vez de salir pus, salió una gran cantidad de serosidad sanguinolenta, semejante en su aspecto al de la orina de los icterícos. Los caracteres, al tacto de la cavidad, no diferían de los que se perciben cuando hay absceso hepático. Hubo de notar, además de los caracteres del líquido obtenido, la consistencia de la costilla, que era tan frágil y quebradiza como si hubiera sido de cartón tostado. Hecho el taponamiento de la cavidad, volvió el enfermo a su cama, y cuando pasó la anestesia tuvo tales dolores que fué necesario darle alguna preparación analgésica, y aun me parece que más tarde una inyección de cloruro de heroína. El malestar del enfermo no disminuyó al día siguiente, como suele pasar después de la operación, en los abscesos hepáticos; la calentura no desapareció y a los dos o tres días el enfermo sucumbió. Hace unas tres semanas ingresó también al Departamento de distinción, un enfermo a quien el doctor Regino González y algún otro médico, habían diagnosticado absceso hepático; y en efecto, el aumento de volumen del hígado, lo doloroso de la lesión, sobre todo al nivel del décimo espacio intercostal y la calentura, hacían creer que se trataba de este padecimiento. Llevado el enfermo a la Sala de Operaciones y previa anestesia, se le practicó una punción valiéndose del trócar y el aspirador de Potain. El líquido que se obtuvo fué parecidísimo al que se obtuvo cuando se operó al doctor Medina. Temiendo yo un resultado semejante, aconsejé que no se debridara la cavidad quística y

se siguió este consejo. El enfermo no descansó tampoco después de la operación. Al día siguiente salió del Hospital y fué llevado a su casa, donde continuó enfermo y, según me refiere el doctor Esparza, a los pocos días tuvo un dolor en el vientre y todos los síntomas de una obstrucción intestinal. Pero como su estado general era tan malo, el doctor Esparza no quiso operarlo y aconsejó que vieran al doctor Regino González, que lo había visto ya anteriormente. Este señor opinó por la operación y citó la hora de las tres de la tarde para practicarla; pero a la una de la tarde el enfermo sucumbió.

En el caso del doctor Medina no se pudo practicar el análisis por haberse perdido el líquido al hacer la operación. En el segundo caso sí se recogió y se mandó analizar: pero todo lo que sé acerca del resultado del análisis, es que no tenía los caracteres, del de los quistes hidáticos. Aunque yo no lo ví, me refiere mi practicante, el señor Ricardo Vertiz, que en el Hospital General, en el servicio del señor doctor Vázquez, se presentó un enfermo que presentaba todos los síntomas de un absceso hepático. Hecha una amplia incisión, después de la resección costal correspondiente, salió un líquido seroso transparente y varias vesículas hidáticas características. Se curó después al enfermo como si se hubiera tratado de absceso hepático; pero siguió éste muy mal y al día siguiente murió. Tengo noticia, sin embargo, de que hace unos dos años fué operado un enfermo de quistes hidáticos con resultado feliz.

Todo lo comunes que son en México los abscesos hepáticos, son raros los quistes y por esto mismo yo creo que muchas veces pasan inadvertidos. El señor Profesor Mejía, en la "Gaceta Médica", refiere un caso de absceso hepático curado sin intervención quirúrgica por degeneración calcárea y su observación está acompañada de una lámina perfectamente litografiada. Yo creo francamente que en este caso se trataba también de un quiste hidático, pues los abscesos hepáticos nunca se calcifican y refieren los autores varios casos de absorción de un quiste hidático y degeneración calcárea consecutiva.

Dicen los autores que cuando se trata de enfermos con hígado crecido, doloroso y fluctuante, si está uno en México se diagnostica absceso hepático y en Europa quiste hidático. No sé hasta qué punto sea cierta esta aseveración, pero a juzgar por los he-

chos que acabo de referir, el diagnóstico no se hace sino después de la operación y el análisis del líquido. Parece que el pronóstico es mucho más grave cuando se trata de quiste, pues en la mayoría de los casos de absceso hepático simple, el resultado es feliz.

No pensaba hablar en esta vez de la hepatitis supurada, por haberlo hecho ya tantas veces con anterioridad; pero mi amigo y compañero el señor doctor don Francisco Bullman, me convenció de que esa no era una razón y de que estaba hasta cierto punto obligado a comunicar el resultado de mis observaciones.

México, julio 3 de 1912.

J. VERTIZ.