
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA INTERNA.

Algunas particularidades relativas á las hepatitis supuradas, su terminacion y tratamiento. Observaciones. Autopsias.

Parece completo ya el cuadro de la afeccion que va á ocuparnos; parece agotado lo que pudiera decirse de ella, y, sin embargo, la clínica en sus numerosas variedades, á cada paso nos ofrece hechos, que comprendidos en los límites de lo posible, la falta de experiencia los pone léjos de los límites de la prevision. Señalar algunos de estos hechos á la observacion de mis compañeros, marcar en algo las bases de su diagnóstico, discutir su tratamiento más racional, hé aqui lo que me propongo en este pequeño escrito.

No hace mucho tiempo aún, hablaba yo en un concurso, sobre las dificultades que ofrece el diagnóstico, por el modo de presentarse la lesion, encubriéndose con los signos de otras afecciones. Y no obstante, difícil en extremo como es, con una observacion atenta, juicio recto y buena interpretacion en los antecedentes, se tienen las bases con que en muchas ocasiones se puede fundar un diagnóstico exacto. Nuestro deber seria no despreciar ninguna de estas circunstancias, que con frecuencia se nos pasan, y con ellas, así como con el recuerdo de los hechos raros, pocas veces relativamente caeríamos en error.

A mediados del año de 1879 se nos presentó en la seccion de Clínica Interna del Hospital de San Andrés un enfermo que ofrecia el cuadro siguiente: dolor en la region precordial, bastante agudo, con irradiaciones al hombro izquierdo y brazo de ese lado; abovedamiento de la region precordial, falta de ritmo en los movimientos del corazon, ansiedad, fatiga, reaccion febril moderada, estado general malo. Reconocido minuciosamente pudimos comprobar: matitez extensa de la region precordial, ruidos del corazon muy profundos, pun-

tos dolorosos á la izquierda del esternon, en el cuello, el brazo y el hombro del lado izquierdo: matitez crecida del higado sobre todo hácia el epigastro, donde formaba relieve y donde parecia percibirse alguna fluctuacion, muy sensible allí mismo, sin irradiacion dolorosa al hombro derecho. Aparato pulmonar en buen estado, solamente un poco más débil el murmullo respiratorio en el pulmon izquierdo. Funciones digestivas en muy mal estado, falta notable de apetito, frecuentes náuseas.

ANTECEDENTES. —La vehemencia del dolor en el hombro izquierdo, le hacia olvidar toda otra clase de dolores, y sin embargo señalaba el haber sufrido desde ántes perturbaciones digestivas bien marcadas; no ocultaba tampoco sus costumbres alcohólicas

INTERPRETACION DE LO OBSERVADO. — «*Pericarditis con derrame probablemente purulento*; la inflamacion comprende en parte el plexo cardiaco, y de aqui algunos de los caractéres de la angina de pecho; congestion del higado por obstáculo mecánico á la llegada de su sangre al corazon. Compresion del pulmon izquierdo por el pericardio muy distendido y lleno de liquido. Perturbaciones digestivas por la presion sobre el estómago, del lóbulo izquierdo del higado quizá inflamado.»

No puedo dar muchos detalles de la marcha de la afeccion en los pocos dias que sobrevivió el enfermo, porque los datos escritos que conservo, apenas mencionan algo. Debo circunscribirme á ellos: Temperatura de una tarde 39.°5, más moderada en la mañana: calofrios de corta duracion, ansiedad cada vez más exagerada.

TRATAMIENTO. —Calomel á dosis refracta: revulsivos sobre la region precordial. A los pocos dias muerte repentina.

AUTOPSIA. —Pericardio muy distendido por el liquido contenido en su interior, rojo, adherido á las pleuras. Abierto el pericardio, sale una cantidad considerable de pus color de champurrado. Se vació bien aquello, lavamos con cuidado la cavidad, y encontramos perforado el diafragma en los limites interiores de la insercion del pericardio, y correspondiendo la perforacion á otra cavidad situada en el lóbulo izquierdo del higado, cuyos limites alcanzan en parte á la region epigástrica donde hace alguna salida. Hácia este punto se encuentra adherido á la pared, adherido al estómago y conteniendo menor cantidad de pus que la hallada en el pericardio, pero con los mismos caractéres fisicos. Lóbulo derecho del higado sano enteramente. Bronquitis doble más acentuada en el pulmon izquierdo. La superficie del corazon presenta el aspecto del *chagrin*, y permite apreciar con facilidad la hoja visceral de la serosa bastante engrosada. Las cavidades y orificios del órgano en estado normal: superficie exterior de la aorta enrojecida y como con arborizaciones.

El misterio se habia aclarado á nuestros ojos, y del epílogo podiamos reconstituir la historia hasta su prólogo. En primer lugar, los antecedentes alcohólicos

del enfermo, que tan poco presentes tuvimos, le predisponian algo á padecimientos del hígado; en segundo lugar, las perturbaciones gástricas bien señaladas por el enfermo y abriendo la escena de sus padecimientos, se referían indudablemente al aumento de volúmen y supuración del lóbulo izquierdo del hígado. Éste había venido desarrollándose poco á poco, contrayendo adherencias con los órganos vecinos, así se unió al diafragma, á las paredes del vientre, al estómago, etc. Como el absceso predominaba en la cara convexa, el diafragma sufrió más, se inflamó, llegó á fundirse comunicando la flegmasia al pericardio, que á su vez se unió con la serosa pulmonar, y dispuesto de este modo, principió á recibir el pus hepático, pasando por una abertura estrecha. La pericarditis se extendió hácia arriba y los nervios del plexo cardíaco sufrieron con la vecindad de la membrana inflamada; de ahí los accidentes de la neuritis del plexo, tan bien señalada por Peter, aunque aquí de causa distinta á las conocidas por él.

Existe impresa, y ha sido bastante leída, una tesis de exámen profesional que refiere algunas observaciones de abscesos de hígado abiertos en la cavidad pleural derecha. Esas observaciones fueron tomadas en su mayor parte de nuestro servicio de Clínica Interna. Voy á referir ligeramente el aspecto que han ofrecido estos enfermos. Muy conocida es la lesión que nos ocupa, cuando el pus viene á abrirse paso por los bronquios; pero en honor de la verdad, no es tan común ni conocida la variedad en que el pus va á alojarse á la cavidad pleural. Esto necesita condiciones especiales, cuyo mecanismo explicaré en pocas palabras.

Los enfermos que hemos tenido en observación, nos habían ofrecido desde el principio todos los caracteres de una pleuresia derecha supurada. El exámen atento del hígado, poco ó nada podía influir para la precisión del diagnóstico, porque el límite superior no era posible determinarlo, confundido con la matez del derrame, y el límite inferior no excedía gran cosa del borde costal, porque se trataba de inflamaciones de la convexidad del órgano que, como es bien sabido, lo hacen crecer para arriba y poco ó nada para abajo. Esas inflamaciones tampoco determinan perturbaciones digestivas, pero sí dolor en el hombro derecho. Esto es importante para el diagnóstico de localidad como lo veremos despues.

Para los hechos á que me refiero tampoco se ha tenido en todos el dato del *aspecto del pus* y sus caracteres microscópicos, puesto que privado el líquido de comunicación con los bronquios no se tenía al exterior. Aquí, el conmemorativo y la punción exploradora con exámen microscópico del pus debían aclarar la verdadera situación. Pero no debemos adelantar las bases del diagnóstico.

Vamos á tratar desde luego del mecanismo que la naturaleza emplea para hacer pasar el pus, unas veces á los bronquios (caso más común), y otras á la cavidad pleural (caso más raro).

He notado por las autopsias, que, sea cual fuere la salida del liquido, ya á la pleura, ya á los bronquios, la primera sufre una verdadera inflamacion, cuyos limites no podrian precisarse; esta inflamacion, adhesiva las más veces, suelda las dos hojas entre sí, constituyendo fuerte union entre el diafragma y el pulmon, que se inflama, se ulcera y deja las bocas abiertas de los bronquios en amplia comunicacion con el foco supurativo; pero que la inflamacion comunicada del hígado á la pleura por intermedio del diafragma se haga con cierta lentitud, que la pleuresia en lugar de ser seca, se verifique con derrame, y entonces las dos hojas pleurales se separan, y formándose poco despues la comunicacion, halla el pus hepático amplia cavidad donde extenderse. Esta misma explicacion oia yo dar al ilustrado profesor de la Clínica, Sr. Dr. Carmona y Valle en momentos en que sorprendia yo en el cadáver la produccion de una pleuresia con derrame, propagada la inflamacion de la convexidad del hígado que ofrecia un vasto absceso.

Existe en estos momentos en la seccion de Medicina, del Sr. Dr. Olvera, una enferma que presenta lo siguiente: dolor muy molesto en la region epigástrica y por el dorso del lado derecho, como correspondiendo á la base del pulmon; tos frecuente, con expectoracion sanguinolenta; en ciertos momentos hay abundante desecho por los bronquios de un liquido que ofrece al aspecto todos los caracteres del pus hepático. Las vías digestivas funcionan mal. Hay pérdida del apetito, diarrea frecuente, y en las deposiciones un liquido sanguinolento semejante al arrojado por los bronquios. La percusion deja percibir un hígado bastante abultado; desborda cuatro centímetros en el epigastro, poco ménos en la línea mamaria, y poco ménos aún en la línea axilar. El pulmon derecho tambien ofrece algo notable: hay á la inspeccion del dorso, abovedamiento por ese lado; á la palpacion, se notan disminuidas las vibraciones en la base, correspondiendo esto con malitez bien pronunciada, debilidad de la respiracion, contrastando con la de más arriba, que es ruda y áspera, mezclada á estertores gruesos.

La enferma nos da estos antecedentes: dice llamarse Juana Perez, natural de San Andrés Pasayuca, que entró al hospital el 7 de Julio á la cama núm. 4 de la 3ª seccion de Medicina de mujeres. Como por el mes de Abril, cuenta haber estado en el servicio del Sr. Dr. Gutierrez, afectada del mismo padecimiento. Salió en el mes de Mayo y todavia en el mismo estado. Al presentarse con el Sr. Dr. Olvera se le diagnosticó absceso de hígado, y dicho doctor se decidia ya á puncionarla, cuando aparecieron los caracteres del absceso de hígado, manifestados por la salida del pus en la expectoracion y poco despues en las evacuaciones, lo que le abstuvo de toda intervencion quirúrgica. Hemos examinado al microscopio los caracteres de este pus, y son los conocidos como especiales á él, de que más tarde harémos mencion.

Hay en la enferma de que nos venimos ocupando, otro dato que ofrece mucho

interés y que no he mencionado por tener que ocuparme de él ampliamente. Este dato, negativo, es la falta de ictericia.

Desde hace mucho tiempo llamo la atención de los alumnos de Clínica sobre esa circunstancia. Veremos pronto su valor.

A los hechos referidos voy á agregar otro, que por su interés y por lo reciente debemos consignarlo sin perder ningun detalle.

Se trata de un enfermo presentado á la Clínica el día 18 de Julio del presente año. Se llamaba Francisco Posadas, de 40 años, ocupó el núm. 4 de nuestro servicio. Llevaba hasta esa fecha dos meses y medio de haber sufrido accidentes que bien se podian referir á una hepatitis, dolor en el hipocondrio derecho, irradiando al hombro del mismo lado, calentura y perturbaciones digestivas. Coincidiendo con esto, veía desarrollarse en el vientre un tumor muy doloroso, y que aumentaba notablemente de día en día. Su estado general empeoraba de un modo bien perceptible, y la calentura se hacia continua. Al examinarlo nosotros, pudimos hallar lo siguiente: constitucion deteriorada, basca frecuente, calofrios. Señalaba un dolor vivo en el epigastro. Reconocido por la inspeccion, notamos un tumor ocupando el espacio comprendido entre el ombligo y el apéndice xifoídes; este tumor, casi esférico, presentaba algunos puntos verdaderamente fluctuantes; por la percusion se le limitaba muy bien en todo su contorno, ménos hacia arriba y á la derecha, donde se confundia con la matitez hepática. El hígado subia además algo en la direccion de la tetilla y tambien hacia atrás, donde parecia confundirse con la matitez de un derrame. Ya hicimos presente entre los antecedentes del enfermo sus costumbres alcohólicas: ningun otro dato podia referirse mejor á la lesion actual; su ocupacion era indiferente para su padecimiento. Las vías digestivas se conservaban muy mal y la diarrea alternaba con constipacion tenaz.

En estas circunstancias fué estudiado en la Clínica. Se tomó en cuenta nuestra opinion «absceso de hígado, formando parte de él las paredes abdominales, y tendiendo á abrirse por el epigastro.» El Profesor de la Clínica interna, tambien creyó lo mismo, pero una circunstancia de percusion le hizo vacilar, retardando por más tiempo la operacion: al percutir el centro, ó mejor dicho, el vértice del tumor, pudo comprobar la existencia de gases en él: efectivamente, el sonido era timpánico, mate en los bordes y claro de nuevo fuera de ellos. Temió la presencia de un intestino en el tumor, ó que estuviese formado por una verdadera hernia, y se abstuvo de toda intervencion quirúrgica. En apoyo de su opinion habia esta otra circunstancia: oprimiendo fuertemente el tumor se deprimia algo, y aun parecia percibirse algun zurrido. Estas maniobras causaban intenso dolor al enfermo. Así continuamos hasta el día 23, en cuya mañana, se le hizo dormir con el cloroformo; y, ya en la insensibilidad, despues de percutir el tumor cambiando las posiciones, lo que hacia desaparecer los gases, se procedió á una puncion exploradora, que vino á practicarse, cerca del

punto más declive, y con el trocar más delgado del aspirador de Potain. Después de forzar bastante, exagerando el vacío, obtuvimos algunas gotas de pus. Inmediatamente se reconoció al microscopio, y hallamos caracteres mixtos, pus hepático y pus comun, efecto natural de haber tomado participio en la supuración del hígado y las paredes del vientre. Por orden del profesor procedí á desbridar el foco, y con grandes precauciones dividí capa por capa en una extensión de 3 á 4 centímetros que luego amplié con tijeras. Así pude cerciorarme de la existencia de un vasto foco, muy sinuoso hácia la region hepática, donde se percibían como bridas ó columnas, mucho ménos sinuoso en el resto de su contorno. Inmediatamente que la abertura fué ámplia, comenzó á escurrir abundante cantidad de un pus cremoso, color de champurrado, y tan espeso que tenía la consistencia de un *puré* de papas. Su fondo era tan profundo que la aorta se sentía en la yema del dedo, introduciendo éste perpendicularmente á la superficie horizontal del vientre. Al acabar de exprimir el foco, escurrió una abundante cantidad de bilis con todos sus caracteres, lo que me hizo temer el participio de la vesícula en las paredes del foco. Se ordenó curación desinfectante y se mandó administrar al enfermo algunos tónicos. Después de la segunda curación notamos con sorpresa el escurrimiento de la leche de su alimentación por la abertura del absceso epigástrico. ¿Existía una fistula estomacal? Eso era lo más probable. Entretanto, accidentes graves por parte del pulmón derecho empezaron á llamar nuestra atención. La matitez de la base en el lado derecho se exageraba cada día más y más, y al cuarto ó quinto de la operación, nos presentó una mañana la escupidera llena de esputos con apariencia de pus hepático. El exámen microscópico confirmó esta creencia, y aceptamos desde luego la idea de otro absceso en comunicación con los bronquios. Éste tenía que ser independiente del foco epigástrico, porque se hallaba á mucha distancia, en primer lugar, y en segundo, porque sus límites superiores eran claramente percibidos por el dedo introducido en la herida. Ya pueden presumirse las malas condiciones de nuestro enfermo. Había llegado el momento en que su alimentación era imposible, porque la leche, el agua, el jugo de carne y cualquier otro líquido, pasaban desde luego á los lienzos de la curación. En esas circunstancias, y con motivo de algunos exámenes profesionales, fué reconocido por los Sres. Dres. Francisco Ortega y Licéaga; yo le hice ver por algunos otros, como los Dres. Olvera y Barrera. El Sr. Lavista le observó, aunque muy ligeramente, porque ya estaba curado, y cubierta en consecuencia la herida. La emaciación cada vez más pronunciada, la inanición forzosa, produjeron la muerte de nuestro enfermo el día 8 del presente. Practiqué su autopsia con excesiva minuciosidad, empezando por hacer una inyección en el esófago, que dió salida al agua por la herida. Acto continuo procedimos á desecar el foco, que lo hallamos constituido del modo siguiente: una adherencia peritoneal perfectamente bien establecida, formaba todo su contorno: hácia arriba el lóbulo izquierdo del hi-

gado formaba tambien parte, hallándose muy gastada su superficie. En el fondo se presentaba el estómago con una perforacion tan grande como una peseta, y dejando herniar su mucosa que formaba un rodete grueso y plegado en todo el contorno de la abertura estomacal. Esta amplia comunicacion nos explicaba aquellos gases que invadian el foco, y que hacian temer se tratara de una hernia; y ya despues, abierto ó desbridado el absceso, se explicaba por lo grande y directo de la fistula, la rápida salida de los alimentos á través de la herida. La vesicula biliar estaba fuera del foco y á la derecha. La abertura estomacal muy próxima al duodeno en el pequeño saco del estómago: el gran saco á la izquierda, con alguna dilatacion en su capacidad y con la mucosa bastante inflamada.

Hacia el costado, el hígado ofreció otro gran foco con amplia perforacion del diafragma, y amplia ulceracion del pulmon en el punto correspondiente; allí tenia el aspecto de una caverna, y pudimos disecar con cuidado seis ú ocho bronquios, bien abiertos, que venian á terminar en la bóveda de aquella caverna. En el resto del espesor del hígado hallamos hasta 21 abscesos independientes, del tamaño de una nuez los mayores, y los más pequeños como del tamaño de un garbanzo. Uno de ellos se hallaba á dos milímetros arriba de la vesicula biliar, y con tendencia á abrirse en ella, pues la delgada capa de tejido hepático, ofrecia ya la coloracion y consistencia de tejido inflamado y próximo á fundirse. Aquello, en suma, podia llamarse con más propiedad: «Flegmon del hígado, con produccion de focos múltiples.» Una particularidad, digna de señalarse: el pus de los focos pequeños era amarillento y francamente flegmonoso. El de los dos focos grandes era color de champurrado. Se habia tratado como resultado final, de una hepatitis supurada con dos grandes focos, el epigástrico, abierto en el estómago, hecho muy raro, y el del costado abierto en los bronquios, hecho muy comun entre nosotros.

Algunos autores mencionan el caso de abertura del foco hepático en el intestino, estómago, pericardio, bronquios, pero todo esto como rarezas que apenas si pueden tenerse en cuenta. No pasa lo mismo entre nosotros. Aquí, por ejemplo, no es rara la abertura del absceso en la pleura; y ahora vamos á insistir sobre el orden en que puede colocarse la salida del pus por tal ó cual parte. Intencionalmente suprimo la historia de otros casos semejantes á los referidos, por no hacer más cansada esta Memoria.

A propósito de la formacion del pus en el hígado. El Sr. D. Tobias Núñez me decia, que cree se produce siempre por focos aislados, y apoya su creencia en lo siguiente: con frecuencia hacen autopsias en el hospital de heridos («Juaréz») en una sala que él tiene á su cargo, y ha encontrado incidentalmente muchas hepatitis terminadas por supuracion, pero todavia en época imposible para diagnosticar el foco, y sin poderse referir á una pihemia, pues se trataba de heridos muertos por la gravedad de la herida, y no por complicaciones pos-

teriores. En esos casos, me decía, rara vez ha visto focos únicos, sino siempre ó casi siempre, focos pequeños, aislados, que por su reunion constituyen los enormes abscesos que luego vemos en otros hospitales, donde generalmente los enfermos entran cuando ya el mal está muy avanzado. De esta opinion participan los Dres. Frierichs y Kulman. Otros autores, como Dutrola, creen que se forma desde el principio un solo foco. Nosotros tenemos que admitir los dos hechos, pero aceptando sí, como más frecuente la produccion de inflamaciones aisladas.

Hace muy poco tiempo (diez dias), el Sr. Lavista me llamaba á que practicásemos una autopsia en un Sr. Trueba, de Ayotla, muerto repentinamente en un hotel de esta ciudad. Hallamos la causa de la muerte en una embolia cerebral que anemió un vasto distrito del cerebro, pero lo curioso é importante para nuestra relacion es lo siguiente: levantábamos el pulmon derecho, cuando repentinamente salió una cantidad considerable de pus amarillo, bastante espeso. No sabiamos por de pronto de dónde venia aquello, pero investigando con cuidado, hallamos una comunicacion del diafragma con un foco supurativo del hígado del tamaño de una naranja. Aquella perforacion habia sido hecha por nuestras tracciones, y á sobrevivir un poco el enfermo, en dos ó tres dias hubiera sido otro ejemplo de *derrame pleural purulento*, pero de *origen hepático*.

Registramos el hígado con mucho cuidado, y le hallamos otro foco purulento más pequeño, situado en el lóbulo izquierdo y hácia la parte anterior. Fuera de los puntos supurados, el hígado ofrecia el mejor de los aspectos, y cualquiera le hubiera tomado por un hígado perfectamente sano. Cosa notable, el Sr. Lavista, que habia asistido á este enfermo, nunca pudo hallar nada que le llevara á buscar un padecimiento hepático, y, sin embargo, aquello era francamente inflamatorio. Mencionaba el Sr. Lavista que el enfermo sufría algo de sus vias digestivas.

Es notable lo incompleto de las descripciones extranjeras que tenemos sobre las hepatitis supuradas, y el hecho se explica bien por la rareza de esta afeccion en Europa, y lo comun de ella entre nosotros. Yo debo marcar aquí, á la atencion de mis compañeros algunos puntos de interés, sin dejar de mencionar ántes que tampoco son raros, como me lo hace justamente notar el Sr. Andrade, los focos peri-hepáticos, que pueden hacer fallar la puncion si el trócar cae en pleno tejido hepático.

Volviendo á nuestro asunto y en interés del diagnóstico, formularé la siguiente regla: «Derrames pleurales del lado derecho, y derrames del pericardio que no tienen un origen franco, pueden haber tomado nacimiento de una hepatitis supurada, y entre nosotros no debe excluirse esto, sin un exámen minucioso de los antecedentes del enfermo, y sin un exámen físico muy cuidadoso de la glándula hepática.

El Sr. Vértiz-Ricardo, poseerá de seguro mi misma creencia. Contaba sobre

un vivo, la historia de un muerto, refiriéndose á que la autopsia le habia enseñado la posibilidad del paso del pus hepático al pericardio. En el enfermo de que trataban, habia una pericarditis, pero el Sr. Vértiz, que tan presente guardaba su recuerdo, no lo aplicó al caso actual, y resultó despues con la misma afecion «absceso del hígado abierto en el pericardio.» Hoy, aquella leccion la utiliza bien, y aplica sus recuerdos con mayor precision.

Llegamos á este otro hecho: hay derrame pleural ó pericárdico, tenemos el pus afuera ya, obtenido por una puncion exploradora, ¿cómo distinguirle de un pus hemorrágico, es decir, mezclado á sangre como parece el pus hepático? Refiriéndome en esto á los trabajos del Sr. Dr. Carmona y Valle estableceré otra regla.

«El exámen microscópico del pus hepático nos enseña que se halla constituido por una emulsion gránulo-grasosa.» En el pus de cualquier otro órgano, ostensibles y claros son los glóbulos purulentos: en el pus hepático no es asi: cuando se encuentran glóbulos bien desarrollados en la citada emulsion, puede asegurarse que pus de otros tejidos se halla mezclado con el hepático. Debo decir con verdad que no he encontrado hasta ahora excepcion, y el dato señalado por el Sr. Carmona ofrece á mi juicio un interés positivo. ¿A qué puede ser debido ese aspecto? Lo ignoro, pero quizá podia referirse á la accion de la bilis sobre el pus.

Para hacer el diagnóstico del absceso en el órgano mismo, bastante conocidos son los trabajos del ilustre médico y sabio clínico Dr. Miguel Jimenez; no debemos referirnos más á ellos, pero sí quiero señalar un hecho que vengo notando desde hace algunos años, y del cual hablo siempre á los alumnos que cursan la clase de clínica interna.

Los abscesos de hígado nunca son acompañados de ictericia, por más que parezcan existir todos los caractéres de supuracion hepática; el tinte amarillo de las conjuntivas y la piel, debe hacernos excluir la existencia de la supuracion. La puncion en estos casos solo hace escurrir sangre; la autopsia nos lo enseña blando y como difluente, y esa difluencia explica la sensacion de falsa fluctuacion. El Sr. Cordero me hacia ver una enferma que presentaba todos los signos de una hepatitis supurada. Ya él habia practicado una puncion sin obtener nada, y se empeñó en que yo la repitiera. Observé la ictericia y le hice presente que no sacariamos pus; en efecto, piqué á sus instancias y solo obtuve algunas gotas de sangre: todavia temió que hubiésemos errado la direccion del foco, pero pocos dias despues nos convenciamos en el anfiteatro de que no existia foco grande ni pequeño en aquel hígado. Comunicándole al Sr. Licéaga mi modo de pensar sobre el particular, pudo referirme á continuacion tres hechos tan marcados que robustecen bastante esta creencia. En uno de ellos el Dr. Lavista que le acompañaba, hasta deploró la existencia de un vejigatorio supurado que les estorbaba en parte para la puncion. Aquella enferma estaba icterica,

y se curó por completo algun tiempo despues, arrojando un número regular de cálculos hepáticos. Hasta ahora no he hallado una excepcion á esta regla, y con lealtad la haré conocer en la Academia tan luego como la encuentre. Me creo hasta hoy autorizado para formularla así:

«La existencia de la icteria debe excluir la idea de la hepatitis supurada.»

Queriendo buscar una explicacion á esto creo podriamos hallarla en algunas consideraciones de que voy á hacer mencion. Las hepatitis intersticiales, del mismo origen que las supuradas, afectan todo el órgano y estorban el curso de la bilis; las supuradas, afectan una ó varias porciones del órgano, pero nunca su totalidad, y la funcion biliar no sufre un trastorno tan profundo. La supuracion destruirá de hecho muchos canalillos, pero deja una buena parte en libertad de funcionar. Será ésta ó no la causa, pero creo importante el hecho y lo señalo.

Para concluir voy á referirme á otro punto de tratamiento. Aqui tambien el nombre del Sr. Jimenez debe encabezar nuestras líneas, porque fué á su práctica y á su audacia razonada y científica á lo que se debe el tratamiento quirúrgico de la enfermedad; pero yo solo deseo tocar un lado de la cuestion.

¿Es conveniente puncionar el hígado una vez abierto el foco en alguno de los órganos vecinos?

Desde luego contestaria negativamente, exceptuando, sin embargo, cuando la abertura es en la pleura ó el pericardio solamente. Pero hay que fijarse en que no son éstas las más comunes, y aqui debemos insistir en el orden de frecuencia; para mí y por mis observaciones lo hallo así:

Abertura del absceso. 1.º En los bronquios, 2.º en el intestino, 3.º en la pleura, 4.º en la piel, 5.º en el pericardio, 6.º en el estómago; posible es la abertura en el riñon derecho, pero nunca la he observado. Cuando se ha hecho en los bronquios, en el intestino ó en la piel, lo más prudente es no puncionar, porque la experiencia nos viene ya enseñando que, aunque larga, la curacion por la abertura espontánea en los órganos citados es casi segura; al menos nada rara, y nosotros hemos visto que la puncion ya abierto el foco en los bronquios en dos casos produjo una septicemia evidente y en algunos otros apresuró mucho la terminacion fatal. Aqui ensayaria yo la misma explicacion del Sr. Vértiz. Aunque la abertura por los bronquios ponga el foco en comunicacion con el aire, ese aire se filtra ántes de llegar á él, el epithelium de los bronquios puede detener los microbios, y el pus se conserva bien. Si en esos momentos se practica la puncion, el aire sin filtrar se precipita al foco, y éste no tarda en descomponerse en parte. Quizá la curacion Listeriana con todos sus laboriosos detalles podria impedir este accidente.

Repito que temeria cansar á la Academia relatando más hechos, pero alguno podria citar que comprueban lo que tengo asentado, y que me han obligado ya á formular para mí esta última regla relativa al tratamiento:

«La abertura espontánea de un foco supurativo del hígado en una cavidad ú órgano que lo pone en comunicacion con el aire, contraindica formalmente la intervencion quirúrgica.»

México, Agosto 30 de 1882.

DEMETRIO MEJIA.



DICTAMEN de la Comision nombrada para calificar los trabajos presentados fuera de turno reglamentario, y que pueden optar el premio anual extraordinario.

Con el propósito de dar cumplimiento al honroso pero delicado encargo que á los que suscriben confirió esta H. Academia, pasando á nuestro estudio la Memoria presentada fuera de turno reglamentario por el socio Dr. Demetrio Mejia, intitulada: «Algunas particularidades relativas á las hepatitis supuradas, su terminacion y tratamiento. Observaciones. Autopsias,» y la cual, conforme al antiguo reglamento, puede optar al premio extraordinario, miétras su autor no manifieste lo contrario; procedió la Comision á sus deliberaciones, reuniéndose varias veces en este lugar, y estudiando cada uno de los miembros el asunto, á fin de alcanzar una resolucion acertada. Dificil es, en verdad, llenar debidamente este encargo, porque el tenor del art. 18, donde se establece que el premio extraordinario de cien pesos, se concederá «á las Memorias ó trabajos extraordinarios de los socios que importen un positivo adelanto científico,» es sumamente dificil en su aplicacion, pues ó exigiria un descubrimiento para cada premio, lo cual no parece haya sido la mente de la Academia, ó traeria en el extremo contrario el demérito de estas distinciones, que, como tales, deben acordarse en especiales casos.

Pero, afortunadamente para la Comision, el trabajo que se encomendó á su estudio le abria por si mismo el campo para una leal investigacion, porque su autor desea que la Academia vea y discuta los hechos clinicos que presenta, y aprecie en su justo valor las deducciones que ha asentado; y expresa bien claramente, que es su mira exclusiva la investigación de la verdad. De este modo, el camino de la Comision quedó trazado, y pudimos, despues de estudio y discusiones, formular las ideas que en seguida exponemos.

Todo hecho clinico es de grandisima importancia, cuando ha sido bien observado, porque ciertamente ninguno, por insignificante que parezca, deja de éncerrar una enseñanza. Para nosotros, el trabajo del Sr. Mejia presenta doble interés, porque se ocupa de una enfermedad, que si no es exclusiva de nuestro país, si ha merecido en él detenido estudio por nuestras ilustraciones médicas, y porque tiene entre nosotros la frecuencia de una enfermedad tropical.