

un signo de gravedad y que en tres casos, en los que se presentó en la cara, sitio muy insólito para dicha erupción, el desenlace fué funesto.

El Sr. Orvañanos refirió que el profesor Morales que lleva hechos unos 18,000 análisis de orina, y entre ellos muchos centenares de orinas de tíficos, ha podido comprobar que cuando hay en la orina cilindros granulo grasosos ó una disminución excesiva de la urea, sobreviene la muerte del enfermo viniendo esto de la urea á corroborar lo dicho por los Sres. Mendizábal y Ruiz acerca del participio que las lesiones del hígado toman en la producción de la anuria.

Suspendida la discusión sobre este asunto, el Señor Ruiz manifestó que, como se recordará, cuando se discutió el dictamen acerca de la iniciativa del Sr. Santa María, en dicho dictamen sostuvo la Comisión, y más particularmente él, que en la enseñanza primaria superior se había reducido mucho el estudio de la higiene.

Como algún diario político ha pretendido que eso no es exacto, para demostrar que su aserción estaba fundada en documentos oficiales tan autorizados como son los programas expedidos por la Subsecretaría de Instrucción Pública el 28 de Febrero del presente año presenta el número respectivo del «Diario Oficial» para que se transcriban en el acta los artículos conducentes del programa en los que se ve que en las escuelas de niños, el primer año se enseña moral, instrucción cívica, lengua nacional, francés, historia general, geografía, aritmética, geometría, elementos de física, elementos de química, dibujo y caligrafía. Cada una de las materias enumeradas tiene su programa en el que no se encuentra nada correspondiente á la higiene. Segundo año, después de varias materias, está: Elementos de Fisiología é higiene con el siguiente programa: "Ampliación de las nociones ya estudiadas de fisiología que versarán sobre los puntos siguientes: El hombre.—Funciones de digestión, circulación y respiración.—Organos del movimiento y de los sentidos.—Al tratar cada uno de los puntos anteriores se deducirán los preceptos higiénicos correspondientes.—Ligero estudio acerca de la influencia que ejercen sobre la salud la luz, el aire y el agua.—Limpieza del cuerpo, vestido, ejercicio y reposo.—Trabajos intelectuales y manuales (Dos veces por semana)."

Como se ve, no hay estudio de higiene en pri-

mer año, y en el segundo está incorporado al de la fisiología en unión de la cual constituye una de las materias que se estudian tan sólo dos veces por semana.

ISMAEL PRIETO.

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Estudios acerca de los abscesos del hígado, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico moderno, precedido de algunas consideraciones acerca del pus hepático. Localización del absceso en la glándula y emigraciones naturales del pus.

La grandiosa evolución de la cirugía abdominal, determinada por la aplicación escrupulosa de la asepsia y antisepsia, por fuerza que debía alcanzar al tratamiento de los abscesos hepáticos, como de hecho ha alcanzado, modificando en lo absoluto las intervenciones, ampliando su campo considerablemente y levantando el velo á la curación de los más recónditos abscesos de esta víscera.

No hay órgano en la economía, que pueda enviar como el hígado envía, el pus de sus colecciones, á órganos lejanos, á regiones verdaderamente remotas en las que parecería imposible, á primera vista, fuesen alcanzadas y aun atravesadas por el emigrante pus hepático.

En efectos, le vemos arrojado por la boca frecuentemente con la tos, ó más raras veces, por vómito. De igual modo le podemos ver arrojado por la extremidad final del intestino, por la vejiga; por la vagina en la mujer, cuando no se aloja en cavidades, como la pleural, peritoneal y pericárdica.

A nadie, que yo sepa, ha preocupado el por qué de la tendencia de este pus á emigrar; voy á ocuparme brevemente de ello, pero permítaseme antes que, consecuente con mi programa, toque los puntos enunciados.

Hasta hace pocos años, nos habíamos conformado con saber que el pus hepático ofrece, por lo común, el color de chocolate ó champurrado, más ó menos rojo, verdoso unas veces, otras amarillito, aunque las más oscuro tirando al color de la

víscera, presentando numerosas granulaciones grasosas, aun verdaderas gotas de grasa, etc., condiciones que hacía le designara el Sr. Profesor Carmona, con el epíteto de "emulsión gránulo grasosa".

La Bacteriología, constituida ya como una ciencia especial, grandiosa al estudiar lo infinitamente pequeño, lleva sus investigaciones á este pus y aunque no dicha aún la última palabra, acerca de su composición microscópica, ha señalado, sin embargo, una nueva etapa en la historia de los abscesos del hígado, allanando el camino para nuevas y fructuosas investigaciones.

He aquí, en pocas palabras, el fruto de trabajos emprendidos en este sentido por nuestro ilustrado consocio, el Dr. Sr. Don Ismael Prieto, según nota que me comunica el Dr. J. León M.

Ha hallado constituido este pus, por leucocitos gránulo grasosos, en los que es difícil percibir los núcleos; por gotitas de grasa y granulaciones grasosas; por cristales de hematoïdina con su forma típica; por celdillas epiteliales, pavimentosas unas, cúbicas; y por corpúsculos redondos ó irregulares que semejan amibas, pero que se distinguen de ellas por sus dimensiones, por la falta de núcleo y de vacuolos.

Los gérmenes que ha encontrado el citado micrografo, han sido los siguientes, enumerados por orden de frecuencia: coli bacillus, estroptococcus; estafilococcus, amibas que son poco frecuentes, neumococcus y el bacillus florecente se Flügge, de cuya acción patógena se ha dudado y que ha sido comprobado por la experiencia siguiente: habiéndose encontrado dicho germen en el pus de un enfermo se le aisló por una serie de culturas y con una, muy pura, se hizo una inyección á un conejo; al cabo de algún tiempo, dicho conejo presentó evidente, un absceso hepático.

Pero, agregó el Sr. Prieto, hay casos y no muy raros por cierto, en los que, estudiado muy cuidadosamente el pus hepático, no se han podido encontrar en él ni amibas ni bacterias.

Deseando yo, por mi parte, dilucidar en lo posible, cuestión tan importante, consultaba la obra de Schwartz publicada el presente año. He aquí lo que encontré en ella á propósito de las amibas:

«Los microbios, asociados en general á las amibas, han sido de aquellos que estamos habituados á encontrar en las supuraciones banales.

La observación que hace el objeto de la memoria de Peyrot y Roger es un bello caso de absceso disintérico con amibas, sin asociación alguna microbiana. No fué sino hasta pasados algunos días, después de la incisión transpleural del foco purulento que se encontraron en el pus microbios que se habían desarrollado secundariamente y que probaban por su presencia que la esterilidad desde el punto de vista microbiano, no era debida á la presencia en el pus de materias bactericidas.

«Para establecer el papel patógeno de las amibas, sería evidentemente indispensable reproducir en los animales por medio de culturas puras, las lesiones del intestino y del hígado. Si se han obtenido de esta especie, lesiones intestinales, pudiendo ser aproximadas á las de la disentería, los abscesos del hígado no han podido ser reproducidos.

«Este papel patógeno, ha sido desde luego diversamente interpretado por los autores. Mientras que unos piensan en una acción propia de la amiba dando lugar á supuración, otros, por el contrario, no le dejan más que un papel mecánico; serviría de vehículo á los gérmenes con los cuales estaría casi siempre asociada, jugando allá, aunque en proporciones menores, el papel de una lombriz que penetraría en las vías biliares gruesas, cargada de colibacilos virulentos y determinaría una angioecolitis.

«Sea lo que fuere: asentado que se han hallado amibas en las evacuaciones no disintéricas y en personas que jamás habían tenido la disentería; que por otra parte su presencia es inconstante en individuos manifestamente atacados de disentería y de abscesos disintéricos, es difícil admitir que se trate aquí de un agente específico de la disentería y de los abscesos del hígado, es necesario esperar nuevas investigaciones para afirmar punto de tan grande importancia."

Y es evidente que el estudio bacteriológico del pus hepático entraña especial y grande interés. El solo, quizá, podría darnos la clave de hechos que todos conocemos, que á todos nos sorprenden y que hasta hoy se hallan sin explicación.

He operado por simple punción y una sola vez un enorme foco-hepático central. El individuo que lo sufría, en buena edad y de buena constitución, adquirió la hepatitis por excesos alcohólicos repentinos, á los que no estaba acos-

tumbrado. En la época que lo operé, el hígado descansaba en la fosa ilíaca derecha: su límite superior al nivel de la tetilla. Más de media hora estuvo escurriendo el pus: llenamos una bacinica grande y cerca de un cuarto de otra igual. No fué necesario repetir la punción; al cabo de un mes, el hígado, perfectamente reducido, permitía al convaleciente hacer una digestión correcta, ofreciendo muy buen apetito. Cerciorados de su completa curación le dimos de alta. En cambio su vecino del núm. 6, en la Sala de Clínica, sucumbió por un absceso relativamente pequeño situado en el hueco epigástrico, pero absceso hepático. No le bastó una punción, ni la segunda hecha con lavado del foco. Debridé éste, paralelo al reborde costal. Las curaciones se hacían como era debido y con toda regularidad; sin embargo, el pus no pudo extinguirse jamás y el enfermo sucumbió al agotamiento.

En algunas ocasiones, hallaba explicación algo satisfactoria del hecho, notando que hay en efecto abscesos, con hepatitis; otras veces la hepatitis se halla extinguida, terminada, en fin, por supuración y sólo queda el absceso. Este es más fácilmente curable por un buen tratamiento. Si así ocurriese constantemente, no habría ni la menor dificultad, comprendiéndose perfectamente el por qué de la incurabilidad de ciertos focos pequeños. La persistencia de la hepatitis, más aún: la intensidad de la flegmasía, razones son sobradamente satisfactorias para la explicación del hecho. Pero ¿cuándo ya no existe la flagmasía? ¿Cuándo todo se reduce á un pequeño foco, que es la causa ostensible de la muerte, ó que no cura, no se extingue en un largo lapso de tiempo, á pesar de sujetarle á las más escrupulosas y correctas curaciones antisépticas?

Los casos felices, de grandes focos hepáticos curados por simple y única punción, ¿no corresponderán á abscesos de pus estéril, y los incurables al contrario? He aquí lo que toca decir á la bacteriología y he aquí un campo tan virgen como fecundo para las investigaciones.

Y la cuestión, en verdad, se halla muy lejos de ser resuelta. Nuestro inteligente bacteriologista ya citado, el Sr. Dr. Prieto, lo ha dicho: «no es extraño hallar estéril del todo el pus hepático; así lo ha encontrado en diversas ocasiones.»

En Europa Kartulis ha sido de los primeros en insistir sobre este hecho. Después Laveran y

Netter; de Veillon y Peyrot; d'Arnaud y d'As-tros. Le Dentu, Tuffiest, Henat, A. Petit. etc. Talamon, Lanstein, etc. Loison en 7 abscesos hepáticos, examinados desde el punto de vista bacteriológico, ha encontrado estéril el pus una sola vez. Giordano de Venecia en 17 casos lo ha hallado estéril 7 veces. — Falta ahora el completo consorcio de la Clínica con las observaciones bacteriológicas: es decir, falta estudiar de un modo preciso, las relaciones de la composición microscópica del pus con la marcha de la enfermedad, señalando á la vez la influencia del tratamiento, según que el pus sea ó no estéril.

Antes de abandonar este punto, importa recalcar sobre el hecho de abscesos hepáticos, que coinciden con la ictericia en el enfermo y ofrecen constantemente pus de color blanco amarillento, enteramente semejante al pus de un absceso flegmonoso.

Jamás es único este absceso hepático. Desde la primera vez que tuve la honra de señalarlo en esta ilustrada Academia, hace 16 ó 17 años, más tarde, cuando llevé al Congreso Médico Internacional de Berlín, una colección de observaciones, seguidas cuidadosamente, dieron éstas con las anteriores, apoyo suficiente para constituir una entidad patológica no señalada por los autores, ó confundida con otros padecimientos hepáticos.

Llamé á esta forma: Hepatitis intersticial aguda supurada y ahora, como entonces, he podido seguir comprobando que esta forma de absceso, extraordinariamente grave, se caracteriza siempre por la multiplicidad de focos, por la coexistencia de la ictericia, por los caracteres del pus, por la incurabilidad, en fin, del padecimiento. Falta, sin embargo, en esta forma también y quizá más que en la otra, el estudio bacteriológico del pus, fecundo tiene que ser ese campo de observación y lo señalo con toda fe y entusiasmo á nuestros inteligentes é ilustrados bacteriologistas mexicanos. Ese estudio, por fuerza que debe poner el sello para que del todo se caractericen como entidades patológicas diversas las hepatitis de cuya terminación nos ocupamos: Parenquimatosa é intersticial.

Debo pasar ahora al estudio de la localización del absceso ó abscesos en la glándula, asunto que desde el punto de vista del tratamiento, entraña particular interés.

Tengo, por fuerza, que hacer reminiscencias de

mis propios trabajos publicados años atrás en nuestro periódico; muy someramente les toco, para considerar ahora su enseñanza, bajo la nueva faz que la cirugía abdominal moderna tiene que imprimirles. Con insistencia marcaba, que así como se justifica la división en la flagmasia de:

Hepatitis de la convexidad,

Hepatitis de la cara cóncava,

Hepatitis central y

Hepatitis del lóbulo izquierdo, de igual modo los focos hepáticos, para la mejor descripción de su tratamiento quirúrgico, podemos dividirlos en:

Focos de la convexidad,

Focos de la concavidad,

Focos centrales y

Focos del lóbulo izquierdo. Y no perdamos de vista que les considero alojados aún en la glándula, consideración que se justifica plenamente con solo recordar que la emigración del pus no se hace mientras se trata de focos bien pequeños. La emigración sólo puede hacerse cuando ensanchado ya el foco, propaga la flagmasia á los tejidos y órganos vecinos, reblandeciendo y fundiendo los elementos para abrir camino al pus.

Al recorrer minuciosamente una serie respetable de observaciones, luego resalta la frecuencia con que aparece alojado el absceso en la cara convexa, muy cercano al borde posterior.

Sigue por orden de frecuencia el absceso central, con tendencia á ganar para la cara convexa. Ocupan el tercer rango los abscesos del lóbulo izquierdo; y vienen en último lugar, los abscesos de la cara cóncava.

No insistiré en los síntomas comunes á todo absceso hepático alojado aun en la glándula, ni tampoco en los síntomas especiales á cada variedad. Asunto es este que me ha preocupado seriamente en diversas ocasiones, consagrandome á su estudio artículos especiales; ahora debo consignar simplemente el hecho de observación siguiente: los abscesos más remotos, ó mejor dicho los más lejanos á la pared torácica, ocupan la mayoría de veces la cara convexa; pero mientras más ajenos, más se aproximan, por fuerza, al borde grueso posterior del hígado. Los centrales, merecen tanto más el nombre, cuanto que es una verdad que la mayoría de veces, ocupan, en efecto, el centro del espesor del hígado, alejándose tanto del borde anterior como del posterior. En los del

lóbulo izquierdo se observa gran tendencia á invadir la superficie convexa de ese lóbulo, lo que hace tan á menudo que se nos presenten formando verdadero salimiento ó relieve en el hueco epigástrico, que por esa circunstancia deja de ser hueco, para convertirse en prominencia.

Por último, los abscesos de la cara cóncava, son en lo general, los menos desarrollados y tienen tendencia indudable á localizarse muy cercanos al borde cortante y á veces, aun, sobre el mismo borde.

Esto es lo que yo he podido observar en una larga serie de hechos, durante 30 años de no descuidar este punto.

No dudo por supuesto que puede variar la localización. Yo mismo he tratado un absceso hepático de regulares dimensiones, alojado en la cara cóncava y cercano al borde posterior, pero lo tengo someramente consignado á título de excepción, pues la mayoría de veces nos ofrecen los abscesos de hígado, el asiento que acabo de indicar para cada variedad.

Consideración es esta, que si no tiene una importancia propiamente capital, no es despreciable en verdad, llegado el momento de la intervención. Nos ofrece algunos indicios para guiar más seguramente el trocar explorador, cuando anhelantes buscamos el sitio del absceso diagnosticado.

Emigraciones naturales del pus hepático.

Ningun otro órgano en la economía, nos ofrece, como el hígado, una tendencia tan marcada, para que el pus engendrado en su seno emigre, á los órganos ó cavidades vecinas, buscándose así, paso para el exterior.

Circunstancia es ésta que ofrece altísimo interés, imprimiendo caracter especial á la historia de los abscesos del hígado.

Desde mis primeros trabajos leídos en esta Academia por los años de á 80-90 ya asentaba mediante el analisis de varias series de observaciones, que las emigraciones naturales del pus hepático, podían clasificarse según su frecuencia en el orden siguiente:

- 1.º En los bronquios.
- 2.º En el intestino.
- 3.º En la pleura.
- 4.º En el estómago.

5.º En la pared del abdomen. (En territorio hepático, ó muy inmediato.)

6.º En el riñón derecho.

7.º En el pericardio.

8.º En el peritoneo.

Quedan como emigraciones más raras aún y fuera de clasificación, por falta de hechos suficientes, las que se hacen al riñón izquierdo, útero, á la vegiga, á la pared del abdomen; pero lejanos; totalmente fuera del territorio hepático, como el hecho que observé en una señora, único que se me ha presentado, la cual llevaba el foco de pus hepático, enorme por cierto, al nivel de la espina iliaca derecha altero superior, curada por amplia debridación y lavados antisépticos.

Más rara aún es la emigración á la pleura izquierda. Conozco un solo hecho que más adelante describo con detalle; no me parece aventurado expresar, desde luego, que es quizá el único registrado en la ciencia, por lo cual le consigno con algunos detalles. Aun posible es que haya otras emigraciones; más por mis manos solo han pasado estas á que acabo de aludir.

¿Porqué existe en los abscesos del hígado, esta marcada tendencia á la emigración? Creo que fácilmente nos podemos dar cuenta de ello.

En primer lugar, y este es un principio general de Patología: todo foco purulento, sea cual fuere el punto en donde desarrolla, tiende forzosamente á abrirse paso para el exterior.

Los abscesos desarrollados en el tejido celular subcutáneo ó submucoso, nos ofrecen un palpable ejemplo. Interviene el cirujano y les abre, pero, en suma, no hace más que lo que la naturaleza haría por sí sola un poco más tarde.

Las colecciones de pus desarrolladas en el hígado están sujetas á la misma ley; pero, hay que fijarse; *colecciones purulentas* no se ha mencionado jamás que emigrase de igual modo el líquido contenido en un quiste hydatíco.

Para ahorrarnos digresiones inútiles, examinemos lo que pasa en un absceso cualquiera desarrollado bajo la piel. El trabajo flegmático, se dice, cesa tan luego como el pus se colecta: esto es justamente la terminación de la flegmasia. Es verdad en parte: ha terminado la flegmasia en todo el contorno del foco, *menos* en el punto por donde dicho foco; se halla mas cercano á la piel; allí no termina, ni podría terminar, salvo el caso de enquistamiento y regresión del absceso; hecho

que, por lo demás, es bastante raro. Por lo común acontece que el incendio continúa, como decía, en los puntos más cercanos á la piel: no tarda ésta, en participar de la flegmasia: el trabajo inflamatorio funde gradualmente los elementos del fondo á la superficie, hasta que alcanza así la capa epidérmica que desaparece brevemente, quedando ya constituida la abertura espontánea ó puerta de escape, por donde el absceso se vacía, tendiendo, naturalmente á la curación radical del foco.

Exactamente iguales son los fenómenos de progresión que observamos en el hígado, desarrollado un foco en la convexidad, pero del todo bajo su superficie. Si camina felizmente, cesa la flegmasia, es decir, desaparece la hepatitis en todo el contorno del foco, menos en el punto más cercano á la superficie; alcanzada ésta, y no siendo todavía el exterior, como no lo es de hecho, continúa la flegmasia en el diafragma, perfectamente dispuesto para ello, porque á medida que se aproximaba el trabajo inflamatorio, produjo adherencias bastante firmes, lo que nos explica, lo diré de paso, porque no se derrama el pus por toda al superficie convexa del hígado, cayendo á la cavidad de la serosa abdominal. No: cuando la flegmasia hiere al diafragma, ya éste, en ese punto, al menos, hace completo cuerpo con el hígado, y permite paso seguro al pus, que no halla otro escape. Cercana la flegmasia á la serosa pulmonar, se le comunica igualmente: la pleura parietal se inflama, y esta pleuresia, la inmensa mayoría de veces es seca, produciéndose de igual modo y simultáneamente en la pleura visceral; de ahí la adherencia entre las dos fojas pleurales, que aseguran la progresión del pus hepático al pulmón, hiriéndole desde la superficie y penetrando más y más en su espesor; precedido de la flegmasia fundente que la lleva, á veces, hasta el centro de esta viscera, ó le detiene en cualquier punto en donde, ensanchado su camino, encuentra suficiente número de bronquios abiertos, por donde el pus penetra para ser arrojado al exterior por la boca, ya como una verdadera vómica; ya con la lentitud consiguiente á las pequeñas proporciones que lleva cada esputo.

Esta es la marcha que he encontrado, punto por punto, puedo asegurarlo así, en series de autopsias, que nos han permitido rehacer todo el camino y que pongo de manifiesto, en unas cuan-

tas figuras semi-esquemáticas, pero dibujadas según modelos naturales. Así, en la lámina I, la fig. 1.^a representa una rara emigración: el paso del pus hepático á la cavidad del pericardio. Puedo asegurar que la irrupción del pus, se hizo en un instante, á mi vista, porque al empezar á pasar mi visita, el enfermo que ocupaba el número 6 se hallaba recostado en su cama, fumando. Cuando llegué á ese número, el enfermo estaba muerto; aún ardía el cigarro en el suelo. Le autopsié luego, pues no podía explicarme aquella muerte, como de rayo: la inspección nos enseñó claramente, el porqué de esa rapidez: acababa de pasar el pus á la serosa pericardica, deteniendo bruscamente los movimientos del corazón. El Dr. D. Jesús Villagrán, estudió conmigo aquella importantísima pieza anatómica. Y es de notar que aún había otro punto, próximo á determinar en el foco nueva abertura al pericardio. En la fig. 1.^a está representado ese punto con la letra z.

La fig. 2 de la misma lámina, representa una de las emigraciones más comunes del pus hepático: justamente la que ocupa en la clasificación el número uno. Ofrece, como puede observarse, la gran expansión, correspondiente al foco de pus en el hígado; luego, una especie de tubo ó canal *n* que es la llamada *chimenea* de Mr. Fontán de Tolón, hábil cirujano que ha hecho muy recientes é importantísimos estudios, acerca de las emigraciones del pus hepático; después, ya en pleno territorio pulmonar, nueva expansión *a* en la cual es posible seguir con el escalpelo, algunos escapes de pus á los bronquios, señalados en la figura con la letra *a''' a''' a'''*.

Estos hechos son muy frecuentes, y aunque ahora, como vamos á verlo prontamente, se debe intervenir siempre quirúrgicamente en ellos, suele suceder que no se diagnostique con precisión por lo cual, aun suelen hallarse en las autopsias en condiciones muy semejantes á las expresadas en la fig. 2.^a que analizamos.

Hay otra emigración, quizá la más rara de las conocidas hasta el día. No la hice figurar en la clasificación, ni antes lo he pretendido, porque yo no conozco más que este único hecho y en los muchos escritos que he registrado antiguos y modernos, no le hallo, ni aun mencionado. Me refiero á la emigración del pus á la pleura izquierda. La enferma en quien esto observamos, se halló en condiciones tan extraordinarias y sor-

prendentes, que creo importante señalar, aunque sea á grandes rasgos los caracteres más salientes de su interesante historia patológica.

La pieza patológica está representada en la lám. II, que corresponde á una mujer de nombre Juana Muñoz, de 25 años de edad, entrada en fines de 1880 á la 3.^a sección de Medicina de mujeres, en el Hospital de San Andrés.

Desde los primeros exámenes que sufrió á su ingreso, llamó la atención de los muchos médicos que la observamos, por aquel entonces, un abovedamiento marcadísimo, casi sobre la región precordial, un poco afuera de ella, ofreciendo la particularidad, de que los espacios intercostales se hallaban bastante ensanchados, dejando apreciar una sensación tan neta y tan clara de pulsaciones ísocoras á las del corazón, que hasta se veían perfectamente. Además, palpando aquel abovedamiento, sobre todo dejando la mano aplicada, era bien perceptible la sensación de expansión acompañando á los latidos. Confundidas la matitez cardiaca con la producida en el abovedamiento, daba una extensísima área de ruido completamente mate. Por la auscultación no se obtenían datos positivos que pudieran utilizarse. Faltaba el soplo, arterial ó cardiaca; en cambio, arriba, en la región infra claviclar izquierda, á nivel de la 3.^a y 4.^a costillas, se percibía un soplo scódico evidente.

La mayor parte de los médicos que observaron á esta enferma la creían portadora de un enorme aneurisma de la aorta torácica, haciendo salir, á la izquierda de la región precordial aunque sin dislocar el corazón á la derecha, como claramente se observaba. No faltó, sin embargo, quien diagnosticase «derrame pleural enquistado, probablemente purulento, pulsátil, por comunicarle el corazón sus movimientos. Nadie de todos los que la observamos, llegó al diagnóstico verdadero, y aun á punto estuvo de ser desconocido hasta en la autopsia, por no haber hallado de pronto la comunicación ó chimenea del foco que era menos apreciable de como se representa en la figura.

Determinó la muerte de esta enferma la consunción originada por la calentura vespéral precedida de escalofríos.

Al practicar su autopsia el 15 de febrero de 1881, delante de algunos de los médicos del Hospital y acompañado del Sr. Villagrán, descubri-

mos desde luego el foco pleural perfectamente enquistado en todo su contorno, y revestido de una pleura extraordinariamente engruesada. Este foco que cubría la parte anterior, y lateral izquierda del corazón, no cabe duda que recibía directamente de él los movimientos. Ofrecía la particularidad, además, de hallarse á punto de independerse por completo del hígado. Es lo que se observa, en algunos focos hepáticos, emigrados al pulmón y que pueden á la larga, independerse por completo del hígado. Un absceso central más, en el caso á que aludo, servía como para desterrar toda duda, respecto al rarísimo origen de la lesión pleural. He pretendido expresar hasta donde ha sido dable en la lámina II, las principales particularidades de este hecho que me parece hasta hoy único en la ciencia. No he hallado otro ejemplar semejante buscando con toda escurpulosidad y paciencia, lo principal de lo escrito hasta ahora, acerca de las emigraciones del pus hepático.

La descripción que acabo de hacer, nos ahorra de entrar en pormenores acerca de las emigraciones al riñón derecho ó izquierdo, al intestino, estómago, á la piel etc., etc. Todas estas diversas emigraciones, se hacen de un modo igual; el pus camina, obedeciendo á los mismos principios que antes he señalado. El pus emigra al órgano que tiene más cercano. Jamás, un absceso de la concavidad del hígado se abre en los bronquios; así como, tampoco el pus de la convexidad, camina hacia la cavidad abdominal ó peritoneal, salvo el caso, por supuesto, de abscesos desarrollados cerca del borde cortante que por su situación y por el crecimiento del órgano están ya, propiamente, en plena cavidad abdominal.

La emigración al pericardio, ya señalada, é ilustrada además con la fig. 1.^a de la lám. I, que ya describí, consituye, como fácilmente se comprende, uno de los peores escapes que puede tener el pus hepático. Esa emigración es rápidamente, instantáneamente mortal, y no se concibe, en efecto, que el corazón se hallase en aptitud de continuar sus importantes funciones después de haber hecho irupción el pus á la cavidad pericardial.

La cuestión capital, á mi juicio, es evitar por cuantos medios sea dable, semejante emigración. El punto primero y muy importante está, en comprender la posibilidad de que se haga. De ahí mi afán en marcar el hecho y hasta ilustrarlo. Viene ahora la segunda cuestión: ¿qué abscesos son,

los que más fácilmente pudieran hacer irupción al pericardio? Evidentemente, y según lo dicho anteriormente: los abscesos de la convexidad; y de éstos, los situados cerca del borde grueso posterior, más cercano á la línea media, es decir: los que en realidad se hallan debajo del corazón ó más propiamente debajo del gran espacio circunscrito por la adherencia ó inserción natural del pericardio al diafragma. Una vez que se halla reconocido la existencia de semejante foco, si éste se encuentra en las condiciones señaladas, hay que temer la posibilidad de esa terrible emigración, interviniendo cuanto antes, sin vacilar. En este caso, se hallan justificadas aun las más aventuradas intervenciones, toda vez que la emergencia del paso del pus al pericardio, no deja tiempo, ni para la más rápida y corta operación.

Antes de abandonar la cuestión de las emigraciones del pus hepático, réstame añadir dos palabras, acerca del escape á la pleura. ¿Porqué se derrama el pus en esta cavidad y no pasa á los bronquios? Al ocuparme de las emigraciones del pus en lo general, había indicado como la flegmasia que va precipitando al avance del pus; se hace de una manera constante, adhesiva. En términos más claros: la pleuresía engendrada por el pus, es comunmente seca; mas puede suceder que dicha pleuresía, desarrollándose lentamente atacando primero á la foja parietal; determine la producción de un poco de líquido, entonces las fojas plaurales se separan, y queda así una verdadera cavidad, dispuesta del todo, para recibir el pus que el hígado le envía. Aumentando gradualmente, esa cantidad de pus recibido en la cavidad pleural, sigue ascendiendo en ella el nivel del líquido. El pulmón es rechazado á la canaladura costó vertebral en donde se retrae, se enjuta y puede llegar hasta la más completa esclerosis. Estas condiciones indican la gran cantidad de pus que la pleura alberga: puede, en efecto, pasar de dos litros, y no es raro, en ocasiones, que se establezca un trabajo ulcerativo sobre la foja visceral, buscando paso el pus al exterior. Existe entonces la doble emigración: primero á la pleura y segundo á los bronquios. Esta condición es esencialmente desfavorable; pero afortunadamente en la actualidad, la cirugía no queda inactiva ante complicaciones de este género; por el contrario, hace aumentar la necesidad de la intervención, y no es extraño que el éxito más

completo justifique la gran operación que debe emprenderse.

En las figuras ya descritas, he puesto de manifiesto las principales emigraciones: á los bronquios, á la pleura, al pericardio etc. Repito que no son figuras imaginarias, sino representación, imperfecta es verdad, pero de hechos reales, pasados por nuestras manos, acompañándonos unas veces el Dr. Villagrán, otras los Dres. Altamira, Martínez del Campo, González de la Vega, Doctor Feristain, Dr. J. León Martínez, etc., etc.

Tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado

Aboco, en fin, la gran cuestión del tratamiento. Son tantas y tan notables las modificaciones que le ha impreso el desarrollo de la antisepsia quirúrgica que puede decirse, ha sido necesario rehacer la historia de los abscesos de hígado, puesto que las grandes y admirables intervenciones del presente modifican del todo la marcha, pronóstico y terminación de las hepatitis supuradas.

Yo era de los que decía, ante la emigración del pus hepático á los bronquios, «esta circunstancia contra indica toda intervención;» y era cierto: cuando la intervención quirúrgica rolaba nada más sobre el estrecho cuadro de punción, lavado del foco y cuando más, una tímida y limitada debridación. Con estos elementos, cierto que estaba contra indicada; pero cuando hoy podemos llevar nuestras investigaciones, con mano segura encasi toda la extensión de las superficies hepáticas convexa y cóncava; cuando podemos abrir sobre el costado una enorme brecha á la Delorme y esto, sin serio peligro ó al menos: sin inminente peligro para el paciente; cuando de igual manera por laparotomía, podemos alcanzar el órgano en cuestión, extensamente y con relativa benignidad, claro está que han desaparecido las antiguas contraindicaciones. Y, sin embargo, tampoco es racional ni cuerdo despedazar á un enfermo, por el hecho de que ajustados á severa antisepsia, tolerará sin perder la vida, grandes y aventuradas intervenciones. No; lo juicioso, lo sensato, es tratar de establecer el diagnóstico con la más rigurosa exactitud posible y ceñir la intervención á lo estrictamente necesario para llenar este principio radical: extracción completa del pus y en caso de reproducción proporcionarle

salida fácil, con posibilidad de buenos lavados al foco y aun raspa de sus paredes, en ciertos casos que así lo exigen.

Esto se entiende para abscesos aún contenidos en la glándula. En cuanto á los de emigración, á su tiempo me ocuparé de ellos.

No es, por consecuencia, posible establecer un tratamiento determinado y siempre el mismo, como pretende el Profesor Giordano de Venecia, quien asienta «que el mejor método de elección en el tratamiento de los abscesos hepáticos es la laparotomía de colgajo-costal.» En su propia estadística se nota muy alta la cifra de mortalidad: 42 por 100.

Puedo asegurar sin temor de equivocarme que en México, la capital al menos, raro tiene que ser el médico que no cuente entre sus éxitos algunos grandes abscesos del hígado curados por simple punción, no siendo escasos los curados con una sola punción.

Asentado este hecho indudable, tiene que quedar como principio y base de toda intervención quirúrgica en el hígado, el sencillo procedimiento de nuestro inolvidable Maestro y gran Clínico: el célebre Profesor Don Miguel F. Jimenez.

Mas para proceder, con el debido orden, importa grandemente establecer la distinción entre los abscesos del hígado:

- 1.º Abscesos aún contenidos en el órgano.
- 2.º Abscesos emigrados á los órganos ó cavidades vecinas, sin salida al exterior.
- 3.º Abscesos emigrados á los órganos ó cavidades vecinas y comunicados ya con el exterior.

I

Abscesos aún contenidos en el hígado.

Paso por alto, como advertí desde el principio toda indicación relativa al diagnóstico.

Supongo que nos hallemos ante un enfermo en quien se han notado los síntomas de la hepatitis parenquimatosa aguda y su cuadro actual, ya por síntomas generales, como la fiebre de tipo intermitente vespéral, sudores profusos generalmente á la madrugada, ya por examen físico local enseñándonos el crecimiento, desigual á veces del órgano, ampliación de los espacios intercostales, quizá aun fluctuación, nos induce á pensar en un absceso de hígado.

- Conviene desde luego asentar cuán oportuna y ventajosa es, en condiciones análogas, la intervención inmediata.

Pierdo la cuenta ya del número de enfermos que han venido á consultarme y aun de fuera de la Capital algunos, cansados de seguir por uno ó dos meses, á veces por más tiempo, un tratamiento riguroso antipalúdico, que lejos de mejorarles les empeora más y más cada día.

Si compruebo el crecimiento más ó menos marcado del hígado y rehago con paciencia y cuidado la historia del principio de la hepatitis, sin vacilar propongo la exploración del órgano por punciones y procedo así, desde luego, si el paciente me autoriza.

Insisto sobre la conveniencia de emplear para estas pesquisas agujas finas y suficientemente largas, que nos permiten alcanzar el centro del órgano.

Desde mi primera estancia en París, el año de 90, me hice construir en la Casa Galante Frerez, una docena de trokars y agujas de exploración hepática que obsequié aquí á diversos compañeros, conservando las que uso hasta el presente y que me han prestado incalculables servicios, contribuyendo de un modo poderoso á plantear el tratamiento definitivo en cada caso, puesto que nos proporciona los dos datos de más interés: 1.º locación ó asiento del absceso, y 2.º caracteres del pus obtenido.

Por supuesto que á esta aguja de exploración agregó una jeringa que hace vacío perfecto; perfecto digo, por que llevado el émbolo el extremo de su carrera, al soltar, golpea contra el otro extremo del pequeño cuerpo de bomba.

Cerciorado por la exploración del sitio que el absceso ocupa en la glándula, punciono con trokart grueso, siguiendo el mismo camino que me enseñó la aguja exploradora.

Hecha la extracción del pus con un trokart competente, importa sobre manera observar cuidadosamente al enfermo, porque posible es que baste esa sola punción, por grande que haya sido la cantidad de pus obtenido. Inútil sería cansar la atención de esta ilustrada Academia, refiriendo observaciones que son tan frecuentes, que no dudo, repito, las han tenido iguales cada uno de nuestros consocios.

En el espacio de una semana ó poco más, se puede prevér muy fundadamente la curación.

Los síntomas no han sedido ó vuelven á encenderse reproduciendo el cuadro que nos obligó á intervenir la primera vez; repítase la punción agregando el larado del foco con agua caliente esterilizada ó con solución bórica al 4 por 100.

Y aquí se puede plantear la serie de intervenciones que pueden hacerse en focos persistentes y que constan publicadas con mi nombre en la obra de los Dres. Bernheim y Laurent en 6 volúmenes intitulada «Tratado práctico de Medicina, Clínica y Terapéutica».

Más lo que no consta allí y que es de interés palpitante, se refiere á la precisión de las intervenciones, no confundiendo el tratamiento de los abscesos emigrados con el de los contenidos en el hígado.

Abrir las pleuras ó abrir el vientre para tratar un absceso hepático propiamente, retenido aún en la glándula, no es racional. Podrá ser inocente, lo es de hecho muchas ocaciones; pero no es apreciar la indicación.

Al contrario: siento aquí un principio que he venido confirmando desde hace algunos años.

Para expresarlo y comprobar el fundamento que me asiste, debo decir: que después de pacientes y laboriosas pesquisas, creo haber hallado el término medio en la disposición y relaciones del hígado normal. Su límite superior, lo representa una línea casi horizontal que á nivel de la línea parasternal media, se halla á la altura de la 6.ª costilla. Sigue hacia fuera un corto trayecto y alcanza á la 7.ª costilla á nivel de la línea mamilar. Continúa el límite superior del hígado sobre esta costilla y llegando á la línea axilar media, alcanza á la 8.ª costilla. Por último, un centímetro atrás de la línea axilar posterior, cruzá la 9.ª y sigue sobre ésta hacia atrás un corto trayecto. En suma, desde cerca del esternón, hasta un poco atrás de la línea axilar posterior, el límite hepático superior ha cruzado la 6.ª, 7.ª, 8.ª y 9.ª costillas, como lo representa la figura adjunta, Lam. III, media de un crecido número de observaciones.

Ahora bien, el espacio comprendido entre las dos líneas axilares anterior y posterior, espacio en que el límite superior del hígado se halla entre el borde inferior de la 6.ª costilla y el superior de la 8.ª y el límite inferior paralelo al reborde costal y un poco arriba, ese espacio es el que yo designo con el nombre de *Territorio Hepático*, extendiéndose dicho territorio, hasta un po-

co más hacia dentro de la línea mamilar derecha. En este *Territorio Hepático*, que como se ve, es un espacio suficientemente amplio, allí, repito, nos hallamos en el terreno más adecuado para todo género de intervenciones quirúrgicas. en el tratamiento de los abscesos de hígado, retenidos aún en el órgano y alojados en el gran lóbulo ó sea lóbulo derecho.

Si el foco, como frecuentemente sucede, se halla más cercano á la superficie convexa, aproximándose al borde grueso posterior; pero además, no se halla muy profundamente situado, respecto de la pared, podemos intervenir en caso necesario, con amplia debridación en territorio hepático, y en caso de foco que no se retrae, no obstante una buena entubación y constante aseo en el interior de la cavidad; se puede pensar sin inconveniente, en la resección de fragmentos competentes de una, dos y aun tres costillas, que determinan una gran depresión de la pared, contribuyendo poderosamente á la retracción del foco, y su curación definitiva. Esto, suponiendo del todo extinguida la flegmasia, pues si persiste la hepatitis, con el foco, no se obtendrá la curación. En focos ó abscesos profundos del lóbulo derecho, el accidente más formidable que ocurre en su tratamiento quirúrgico, es la hemorragia. Voy á manifestar con cierto detalle, cómo procedo en estos casos.

Se recomienda actualmente la debridación é inmediatamente el taponamiento con gasa; pero aún así, no se está del todo á cubierto de ese peligro.

Más halagador aparece el procedimiento de Inllanoff para tratar los quistes hidáticos del hígado desarrollados en la convexidad; procedimiento que el hábil é ilustrado Profesor D. Manuel Toussaint, ha practicado en México, aplicándolo al tratamiento de los abscesos.

Consiste, dicho procedimiento, en suturar las capas que se encuentran cubriendo el foco, antes de abrirlo. La primera parte de la operación es igual á lo que se hace ordinariamente para toda debridación, ó resección de costilla: sección de las partes blandas á lo largo de la costilla: separación del periostio: resección del hueso respetando el periostio interno; entonces, en vez de punccionar ó hacer una incisión, se practica una sutura de puntos separados, circunscribiendo un espacio cuadrangular ú ovalar. En este espacio

se hace la incisión consecutivamente. La aplicación de la sutura, es el detalle más importante del procedimiento: se hace con una aguja de Martín, procurando comprender en cada punto todas las capas que se hallan encima del hígado y una zona de tejido hepático: cada punto comprende parte de lo abarcado por el punto anterior y es aplicado apretando el hilo moderadamente, para no cortar el parenquima del hígado.

Israeli, en Alemania, aplica un procedimiento semejante para los abscesos sub-frénicos, haciendo unas veces lo que llama la operación en un tiempo y otras en dos, es decir, entre la sutura y la incisión, deja trascurrir algunos días.

Se comprende que en estas condiciones la hemorragia debe suprimirse; pero no es posible llevar á cabo este procedimiento, cuando la corteza de hígado sang encima del foco, pasa de cuatro ó cinco centímetros. No se concibe la posibilidad de hacer una sutura en esas circunstancias. De tiempo atrás en focos tan profundos, procedo del modo siguiente: Cerciorado por la exploración previa, del asiento del absceso, sustituyo el trocart grueso al delgado. Dejo escurrir un poco de pus, para quedar siempre seguro de estar en la cavidad. Por supuesto, que tanto la exploración como la sustitución del instrumento explorador, la practico en el citado *Territorio Hepático*, campo natural é inocente de las intervenciones hepáticas. Desbrido después, sobre la cánula, el mismo espacio intercostal en que la introduce, hasta alcanzar la superficie del hígado: si el absceso no fuese muy profundo, bastaría seguir con la hoja delgada de un bisturí recto el trayecto de la sonda, para hacer un camino suficientemente amplio, que permite, retirada la hoja del bisturí, apoyar la yema del índice derecho contra la cánula y seguir resueltamente su dirección hasta el foco.

(Continuará)

Turnos de lectura de los Socios de la Academia en el mes de Mayo de 1902

Día 7.—Sección de Patología y Clínica médicas.—Dr. José Olvera. Dr. J. J. Ramírez de Arellano.

Día 14.—Sección de Física y Química médicas.—Dr. Jesús González Urueña.

Día 21.—Sección de Historia Natural médica.—Dr. Manuel Villada.

Día 28.—Sección de Anatomía normal y patológica.—Dr. Francisco Vázquez Gómez.

Día 14.—Socio correspondiente en Veracruz. Dr. Manuel S. Iglesias.

ganglio hace muy difícil el percibirlo pues si cuando se liga la carótida externa al desnudar el vaso se guía uno más por el tacto que por la vista, con más razón tratándose de un ganglio pequeño y situado todavía más profundamente. En la bifurcación de la carótida hay un ganglio que se ha demostrado ser una dependencia de la glándula tiroides y no del simpático. Terminó recordando que Farabeu coloca esta operación entre las más difíciles y peligrosas y ase gurando que en el cadáver casi no ha podido ejecutarlo.

El Sr. Hurtado replicó que la operación es mucho más difícil en el vivo que en el cadáver. La glándula carótidea no puede confundirse con el ganglio simpático que se continúa con un tronco nervioso y que está situado más profundamente. La separación de los vasos y nervios es ardua y peligrosa y no debe hacerse con bisturí. Para disminuir las dificultades le ha parecido mejor hacer la incisión sobre el borde posterior del externo cleido mostoideo hasta llegar al borde inferior del apófisis mastoide. Se tiene así la ventaja de caer detrás del paquete vasculo-nervioso. La operación es difícil pero no imposible, y comparada con los extensos trépanos aplicados á la curación de la epilepsia resulta menos peligrosa. El vió á Doyen hacer una grande incisión en el cuero cabelludo hasta llegar al hueso, no hacer hemos asis á pesar de la abundancia de la sangre; quitar con una sierra eléctrica un gran casquete huesoso, descubrir el encéfalo, reaplicar el casquete y hacer la sutura, durando toda la operación unos diez minutos. Muchos de estos operados han muerto. Parece mejor la extirpación del simpático. La operación es difícil y requiere ensayos previos en el cadáver, pero es posible, y en cuanto á que no se sepa cuándo se extirpan los ganglios nerviosos, el error no es posible por la aparición de los fenómenos neuro-paralíticos en las regiones correspondientes. Hay otras operaciones igualmente difíciles y peligrosas, y que sin embargo, están aceptadas: tal es la operación de Hart de Nueva York para las tuberculosis de los ganglios del cuello, que consiste en su extirpación y que en México ya ha sido hecha por el Dr. Macías. Concluyó invitando al Sr. Urrutia para las operaciones que iba á hacer y pidiéndole que aplazaran para después la discusión.

El Sr. Urrutia aceptó la invitación insistiendo en que, respetando vasos y nervios, no ha podido

llegar hasta los ganglios, que si se llegan á descubrir por la disección no empleando bisturí sino disociándolos tejidos son muy difíciles de descubrir y faltan puntos de referencia, como los tuberculos de Lisfrani y de Chassaignac, que tantos servicios prestase en la ligadura de las arterias carótida y subclavia.

ISMAEL PRIETO.

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Estudios acerca de los abscesos del hígado, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico moderno, precedido de algunas consideraciones acerca del pus hepático. Localización del absceso en la glandula y emigraciones naturales del pus,

(CONCLUYE.)

Una vez allí, retiré la cánula y estudio con el dedo, la disposición del absceso, el cual se vacía ampliamente, por el ensanchado trayecto que da alguna sangre; pero nunca en proporciones exageradas. En caso de tener el hígado mucha tendencia á despegarse de la pared, no hay inconveniente alguno en suturarlo contra dicha pared, sutura que no ofrece dificultad ya bien hecha la desbridación. Mas, puede suceder como pasa de hecho, que el foco no es alcanzable con el dedo: que hay un espesor considerable de hígado, entre el absceso y la pared. Entonces, una vez desbridado el espacio intercostal, siempre con la cánula en su lugar; descubierta ya la superficie del hígado, retiré dicha cánula sustituyéndola por un grueso trokart especial que permite, retirado el punzón, introducir por la cánula un tubo de hule de regular grueso. Es posible, y así lo he hecho más de una ocasión, acomodar un segundo tubo, requiriendo nueva introducción del trokart grueso en un trayecto muy cercano al primer tubo: coloco un segundo tubo que completa la canalización. Me cercioro luego, con una corriente de agua esterilizada y caliente, del efecto de los tubos, que por lo general es satisfactorio, puesto que el absceso se vacía perfectamente permitiendo, además, un completo y correcto lavado. No he tenido así que lamentar esas gran-

des hemorragias que son accidente obligado de toda desbridación profunda en el hígado.

Interviniendo así, oportunamente, se puede evitar con toda evidencia el escape ó huida del pus, á las cavidades ú órganos vecinos.

Podemos, en definitiva, asentar, como principio indudable, que las intervenciones quirúrgicas, para combatir ó tratar los abscesos de hígado: cuyo asiento se hace en el gran lóbulo, sean cuales fueren, desde la simple punción, hasta la más completa y amplia abertura, *deben practicarse siempre en el espacio señalado con el nombre de Territorio Hepático.*

Allí, por fuerza, quedan respetadas las dos grandes cavidades, torácica y abdominal, poniéndonos á cubierto de complicaciones peligrosas y desagradables, que no son dominadas siempre, ni aun por la más rigurosa antisepsia.

En cuanto á los focos que radican en el lóbulo izquierdo, les vemos allí, por lo común, hacer un gran salimiento que borra el llamado "hueco epigástrico." No es extraño ver entonces que baja el límite inferior del hígado, más allá del ombligo, ó por lo menos le cruza, tal como acabamos de observarlo, en un enfermo de la clínica que está á mi cargo, enfermo que operé ante los alumnos el 23 de Septiembre último, á las diez de la mañana. De un límite al otro, medía este hígado, en la línea mamilar derecha, la alta cifra de 26 centímetros.

En la misma lámina III, se hallan exactamente dibujados los límites de este enorme hígado supurado: una línea formada de crucecitas rojas, indican claramente la forma y dimensiones del órgano. Dichas líneas de crucecitas rojas, están marcadas, la superior, con los números 1 y 2; la inferior, con los números 3 y 4. (Véase la fig.)

Parece que en estas condiciones, en que el límite inferior llega al ombligo y aun más abajo, sería indiferente abrir y debridar al medio de la región umbilical ó más abajo. Esto parece, y desgraciadamente muchos cirujanos proceden de ese modo; mas no debe hacerse así: el menor de los inconvenientes que tiene, es retardar indefinidamente la curación del absceso. El mecanismo de esa curación nos da la clave, ó el por qué, de la inconveniencia de las incisiones bajas.

En efecto, la curación sólo se obtiene, por retracción del hígado, cuyo límite inferior, palpa-

blemente sube, hasta llegar á ocultarse de nuevo bajo el reborde costal, cuando la curación es completa. Así, pues, las intervenciones deben hacerse, tal como se hallan marcadas en la figura de la lámina III: para la incisión izquierda, sitio señalado entre las letras *e f*. Para la derecha, el correspondiente á las letras *c d*, siempre paralelas dichas incisiones, al reborde costal y siempre cercanas á él. De este modo en nada se estorba á la retracción del hígado; en cuanto á la salida del pus, se verifica perfectamente, aun cuando la incisión no corresponda de hecho al punto más declive.

II

Abscesos hepáticos, emigrados á las cavidades ú órganos vecinos, sin salir aun al exterior.

No fácilmente se puede apreciar situación semejante. Mucho será, si podemos abrigar de ella alguna sospecha.

Importa, sin embargo, fijar ¿cuál debería ser la conducta del médico cirujano, ante un absceso de esta especie?

Acontecesí, que diagnosticado y aun tratado ya, por punción, supongamos, un absceso al parecer retenido todavía en la glándula, despierta, no obstante, síntomas pulmonares evidentes, hay que pensar, en semejantes condiciones, en la posibilidad, de la emigración del pus. Entonces, sin vacilar, debe procederse á una amplia desbridación, en el espacio indicado, con la mira de evacuar el pus del modo más completo: único remedio capaz de apagar los accidentes provocados por la emigración del pus; pero si el trayecto ó la chimenea, como la llama el Profesor Fontan, de Tolón, es sinuoso ó semivalvular, muy posible es que se contituya en el pulmón una especie de vómica, que brevemente aparecerá en el exterior.

De igual modo podría observarse con las emigraciones del pus hepático, á otros órganos ó cavidades.

Debemos, según esto, pasar á ocuparnos someramente de los abscesos hepáticos que se hallan en esas condiciones.

III

**Abscesos del hígado, emigrados á los órganos vecinos
con salida del pus hasta el exterior.**

Hemos señalado ya la frecuencia de comunicación de los focos hepáticos, con los bronquios.

Es esta la emigración natural que más discusiones provocara, respecto á la indicación de intervenir. Grandemente divididas las opiniones, muchos clínicos obtaban por la abstención y parecía que la justicia se hallaba de su parte, toda vez que esta emigración era reputada como la más favorable. Y, en efecto, por nuestras manos han pasado, en años anteriores, algunos enfermos de esta especie, que llegaron á alcanzar su curación. ¡Pero cuánto tiempo era necesario para ello, y cuántos peligros, á los que se hallaban expuestos, antes de alcanzar la victoria!

Hemos visto algunos arrojar durante dos años, el pus hepático en los esputos. Otros un año; pocos, muy pocos, menos de este tiempo. Y entre ellos, varios se perdían agotados por tan larga supuración. Otros sucumbían á la tuberculosis.

Desde que la antisepsia modificó la cirugía ensanchando sin medida sus horizontes, desapareció la funesta ley de abstención de intervenciones quirúrgicas en las grandes cavidades, lo cual permitió, en la cirugía del hígado, que pudiese perseguirse el pus de sus abscesos, hasta en los más delicados órganos, hacia los cuales puede emigrar.

Importa, sin embargo, insistir de una manera precisa, en la necesidad de fijar bien las indicaciones sin ir más allá del objeto, lo que desvía y aún desvirtúa las indiscutibles ventajas de la reforma quirúrgica.

Un profesor distinguido de Tolón, hábil cirujano, ha estudiado con talento, las emigraciones del pus hepático, practicando grandes operaciones, particularmente en la cavidad torácica, con resultados frecuentemente muy halagadores; pero cegado á veces por la impunidad de sus grandes intervenciones, no ha vacilado en llevarlas á cabo; alguna ocasión al menos, ya no diré sin indicación precisa, sino despreciando la enseñanza que ya había dado en ese caso, una exploración cuidadosa y metódica por punciones.

Ruego á los señores socios que me escuchan,

fijen su atención en la observación siguiente que he traducido de la manera más fiel, de una de las últimas memorias publicadas por este Profesor en la «Revista de Cirugía Abdominal.»

Dice lo siguiente:

IV

Observación.

Cassinet, Sargento en el 8.º de Marina, entra al hospital el 5 de octubre de 1899, con el diagnóstico de «Bronquitis crónica y paludismo,» del Senegal. Este hombre, muy vigoroso antes, tiene 13 años de servicio, con residencia algunos años en el Tonkin, Madagascar y el Senegal; ha sido atacado de paludismo y de disentería. Aunque de gran estatura, sólo pesa 63 kilos, habiendo perdido 20 kilos en seis meses. Ante una expectoración purulenta, algunas veces hemoptoica y signos de bronco neumonía en la base de ambos pulmones, se ha dado el siguiente diagnóstico: «Pleuro-neumonía doble, predominando á la izquierda.»

El 4 de noviembre se habla por primera vez de congestión de hígado. Se aprecia que el hígado está doloroso y aumentado de volumen, hay un retorno de disentería aguda. En fin, el estudio de sus esputos, que aparecen por vómitos intermitentes, permite establecer que no contiene bacilos de Koch, y que están formados de un pus color de chocolate, mezclado con detritus y coágulos pareciendo de origen hepático. Habiendo examinado al enfermo en los primeros días de Diciembre con mi colega el Dr. Galliot, no vacilamos en diagnosticar un absceso de hígado emigrado á los bronquios. Una sola cuestión queda indecisa: «¿el absceso se elimina por el pulmón derecho ó por el izquierdo?» No obstante la presencia de cierta zona neumónica á la izquierda, yo estimo que la emigración ha debido hacerse, por el pulmón derecho, siendo el izquierdo tocado solamente por una propagación de la bronco-neumonía infecciosa.

El 5 de diciembre el enfermo entra á la Clínica quirúrgica. Ha vomitado en estos días muy cerca de medio litro de pus chocolate y el momento me parece favorable para intervenir.

9 de diciembre. Primera operación. Despues

de haber buscado los puntos dolorosos estando, el principal un poco abajo y afuera del pezón, practico sin éxito hasta cinco punciones exploradoras á grandes profundidades y en diversos sentidos. Estas investigaciones, aunque infructuosas, no me detienen; yo no abrigo dudas sobre mi diagnóstico. *Reseco* entonces en el lugar de elección, es decir, sobre la línea axilar anterior, un fragmento de 6 centímetros de la 9.^a costilla. Sutures pleurales. Incisión del diafragma. No se halla absceso, *ni por nuevas punciones exploradoras, ni por la palpación con ayuda de dos dedos introducidos en la herida*, pero esta exploración es muy limitada.

Practico entonces *una gran ventana de De-lorme* de base axilar, comprendiendo la 8.^a, 9.^a y 10.^a costilla, lo cual abre muy ampliamente el seno costo diafragmático. El pulmón se percibe en la parte alta de la brecha: se produce cierto grado de neumotórax. Hiendo ampliamente el diafragma, á partir del punto ya abierto y fijo el labio superior, al labio superior de la pleura costal por un surgete de catgut. Mi mano, introducida entonces bajo el diafragma, hasta el ligamento falciforme hacia adentro y hasta el coronario hacia atrás, explora y palpa toda la superficie convexa del hígado, desde el borde cortante. No compruebo deformación alguna: ningún reblandecimiento, ninguna adherencia.

Aunque no desanimado del todo, pero no queriendo añadir nuevos traumatismos á esta maniobra, ya laboriosa, detengo acá mi intervención. La ventana es exactamente suturada ó recosida, repuesta cada costilla en su lugar, sin drenaje ni taponamiento.

No se observa reacción febril alguna, como consecuencia de esta operación. La reunión ha sido inmediata. Los focos de neumonía, se han limitado; los esputos purulentos han disminuido, y el estado general se ha mejorado algún tanto.

Después de un mes de espera, los síntomas neumónicos se reduplican en ambos pulmones, reapareciendo la fiebre. Muéstranse de nuevo los esputos hemoptoicos, haciéndose el estado general más y más malo. El 24 de febrero de 1900, aparece un dolor vivo en forma de dolor de costado en el 9.^o espacio intercostal derecho, muy hacia atrás, cerca de la columna vertebral; algunos esputos sangrantes, temperatura de 39°.

El 25 de febrero: vómito brusco de un gran

vaso de pus chocolate; tos muy penosa; sudores abundantes; estado de ansiedad. Estos nuevos accidentes, muy amenazadores para la vida, me inducen á una nueva intervención.

Sin embargo, recordando el inéxito de la exploración de 9 de diciembre, por la cual yo había comprobado no existir absceso alguno en la cara convexa, en el sector circunscrito entre el ligamento coronario y el ligamento falciforme, pensaba que el pus debía haber caminado, en el ligamento coronario mismo, del todo hacia atrás. El dolor indicado arriba, muy cerca del raquis, me hizo también pensar en un absceso del lóbulo de Spiegel. Ahora bien; no podía alcanzarse esta región tan remota, por la vía sub-diafragmática, á causa de los ligamentos normales y de las adherencias que había debido engendrar la gran ventana quirúrgica. Elegí, pues, la vía supradiafragmática.

Incisión de diez centímetros sobre la 9.^a costilla á plomo de la línea axilar posterior: resección de siete centímetros de esta costilla, de la cual una parte había sido resecada en la primera operación é incisión directa de la pleura. Por esta herida que descubre el borde del pulmón, desprendo éste que se halla fuertemente adherido al diafragma; y mi mano, insinuándose poco á poco en el tórax, libera enteramente las adherencias que llenan la pleura diafragmática. Mi mano avanza así, sobre la bóveda del diafragma, sin encontrar perforación hasta el raquis y hasta el tabique mediastino. El pulmón enteramente desprendido, aparece duro y compacto; pero en ningún punto encuentro chimenea yendo del diafragma al pulmón.

Este nuevo inéxito, me conduce á la idea emitida alguna vez que yo no había aceptado: que el absceso podría haber partido del lóbulo izquierdo, alcanzando el pulmón de ese lado. Es evidente que no se puede pensar, en una nueva intervención supra-diafragmática á la izquierda. Se crearía así un segundo neumotórax, que pondría en situación insostenible las funciones respiratorias. Practico entonces una laparatomía epigástrica estrecha, siguiendo el borde cartilaginoso izquierdo y exploro rápidamente, toda la cara convexa que se encuentra á la izquierda del ligamento falciforme. Aquí aún: superficie sana, unida, libre de adherencias, sin señal alguna de absceso. La herida de la laparotomía, es suturada. La trans-

Estudio sobre "Abscesos del Hígado," por el Profesor de Clínica Médica, Dr. D. Mejía.

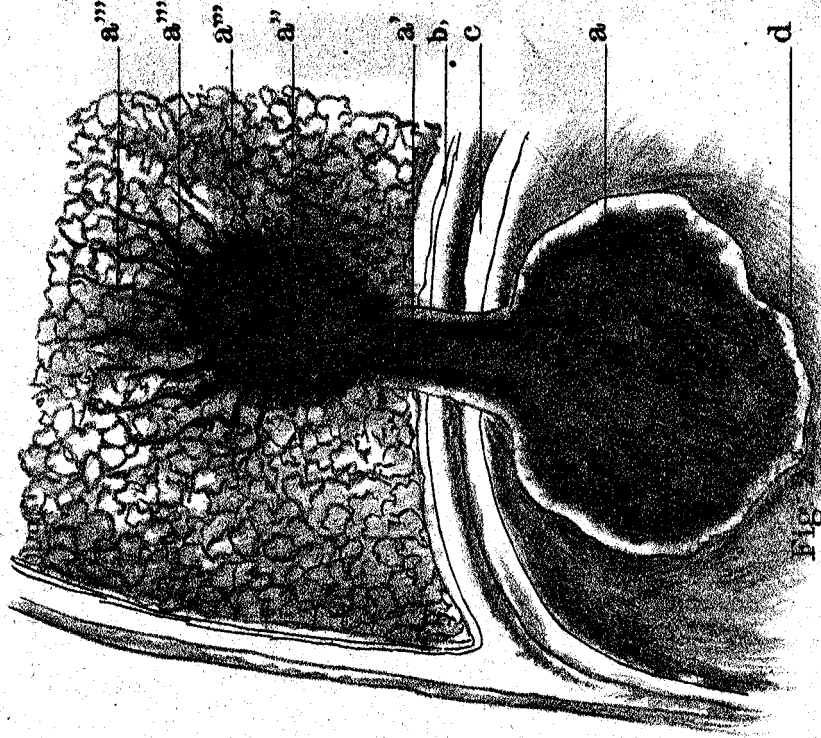


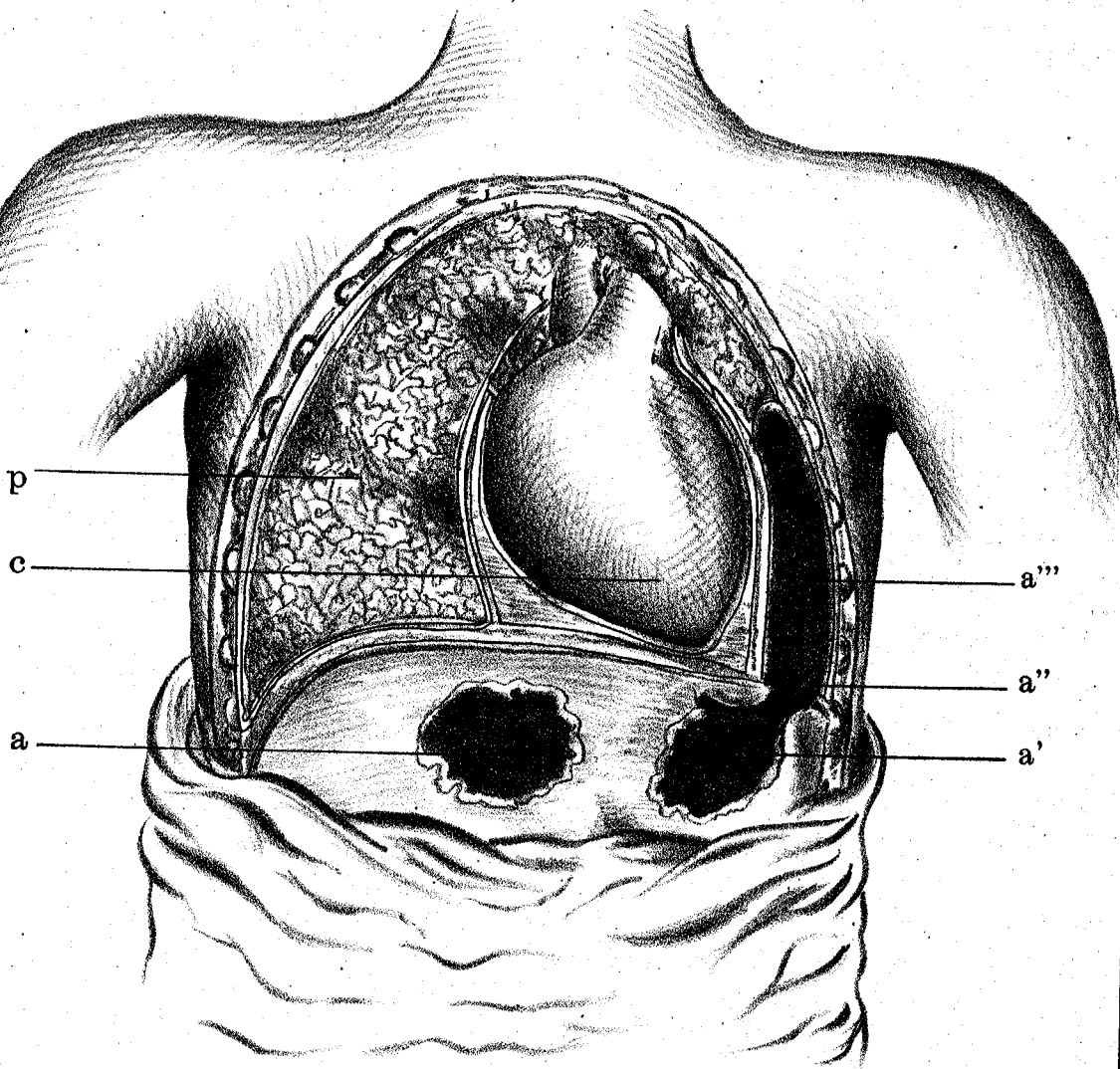
Fig. 1.a

Explicación.—La figura 1ª representa un foco hepático f''' con su envoltura fiv, comunicando, por el trayecto estrecho f'' con el pericardio, derramándose el pus en la cavidad f. f.'—e, corazón, paralizado bruscamente. z, otra vía á punto de perforar el diafragma.—d, hígado. c, serosa hepática. a, pulmon. b, las dos hojas pleurales.—La fig. 2ª representa el absceso hepático a, comunicando por a' (Chimenea de Fontán) con el pulmón, en donde sufre una expansión a'' dejando ver las huidas ó escapes á los bronquios a''' a'''' a'''. b, pleuras.—c, diafragma.

ESTUDIO SOBRE "ABSCESOS DEL HIGADO"

Emigración rara del pus hepático, habiendo caminado á la pleura izquierda, siendo fuertemente pulsátil, por su disposición sobre el corazón. Enquistado.

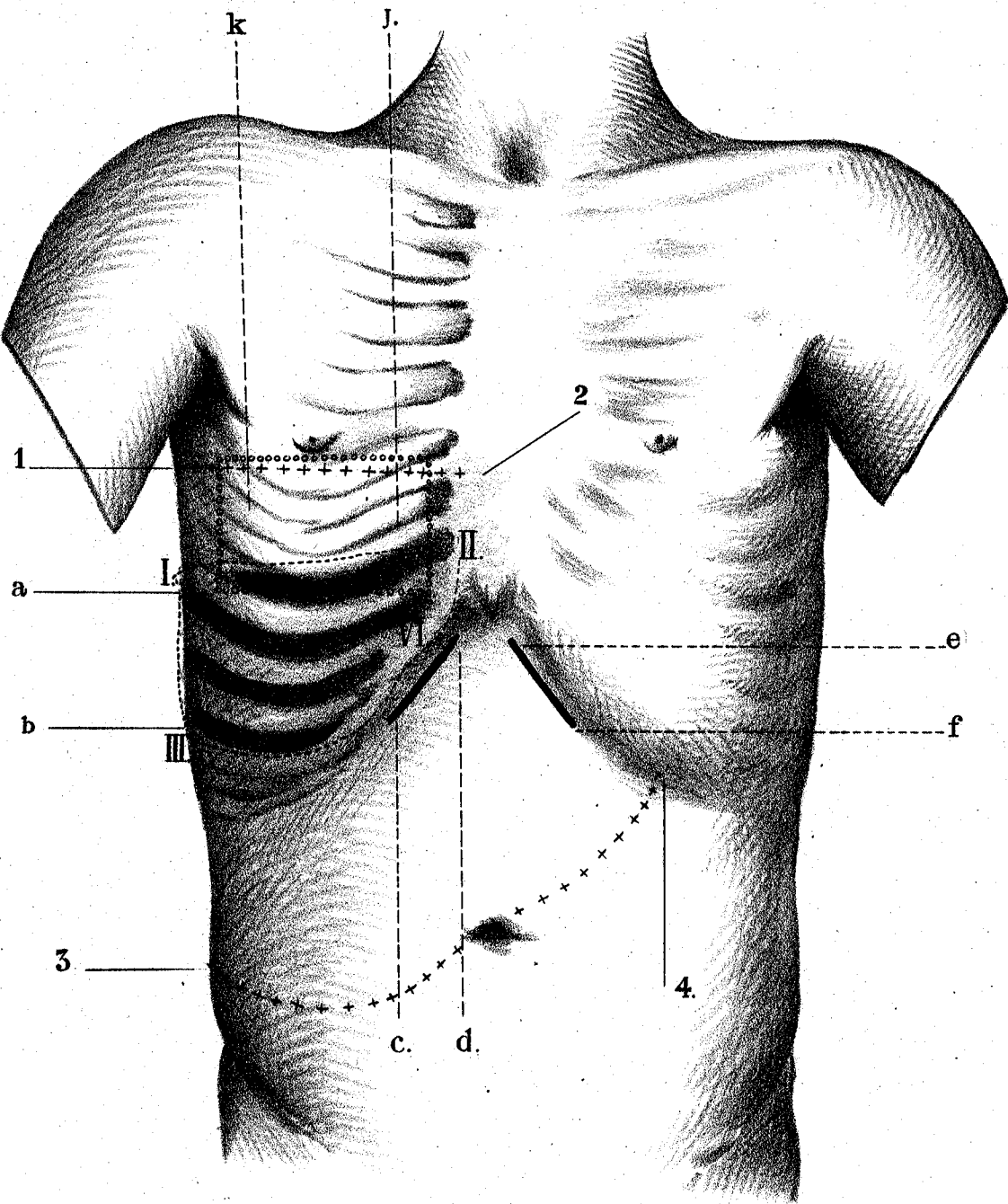
Este importantísimo hecho clínico, no pudo ser diagnosticado en vida. Se tomó por un aneurisma. Juana Muñoz, de 25 años. Autopsiada el 15 de Febrero de 1881.



EXPLICACIÓN.—a a'' focos hepáticos, comunicando el segundo a' con la pleura izquierda, en donde se enquistó, hallándose situado casi delante del corazón, recibiendo fuertísima impulsión de este órgano c.—a'', chimenea, ó punto de comunicación a'' con la expansión pleural del foco a'''

Intervención Quirúrgica en los "Abscesos del Hígado"

Por el Profesor de Clínica Médica, Dr. D. Mejía.



Explicación.—El espacio comprendido entre los números romanos I, II, III y VI, comprende el hígado normal. El abarcado por a y b, corresponde al espacio que yo designo con el nombre de TERRITORIO HEPÁTICO, para las intervenciones c d y e f, asiento de las incisiones del vientre. K J. Cuadro marcado con estos signos..... indicando la gran ventana Delorme. 1, 2, 3 y 4, hígado crecido por Hepatitis supurada. Del natural exactamente.

México, Diciembre 30 de 1901. D. MEJÍA, dibujó.

pleural derecha es llenada con gasa iodoformada.

Saco de esta serie de maniobras infructuosas, la inducción siguiente: «el absceso debe partir del lóbulo de Spigel, seguir el mediastino posterior y abrirse en el bronquio derecho á cierta altura.»

Desgraciadamente, el hombre agotado por tantos traumatismos y por su estado de marasmo, sucumbe el dos de marzo, á consecuencia de una peritonitis supurada.

Autopsia el 4 de marzo. ¿Qué le enseña dicha autopsia? Que hay un pequeñísimo absceso en el borde cortante que no justificaba intervención alguna. En cambio, en el pulmón derecho existen las señales evidentes, de una vómica, probablemente, seguramente, de origen hepático. Las muchas punciones exploradoras, practicadas al principio, ¿no están enseñando claramente, que no existía tal absceso hepático? y luego aquella intervención abriendo el tórax y palpando con los dedos, casi con toda la mano la cara convexa, ¿no es más que suficiente, para detener ya, toda investigación ulterior?

No está la grandeza de la ciencia ni el rehombre del cirujano, en esas vivisecciones, por más que hayan sido insuficientes para arrebatár la vida; la verdadera ciencia es tan grande y tan digna de admiración ante justificadas abstenciones, como ante operaciones de la más alta cirugía. Y sin vacilar puede asegurarse que es más fácil poseer habilidad para las grandes intervenciones quirúrgicas, que ciencia suficiente para apreciar las indicaciones verdaderas, que tan á menudo conducen al cirujano, á una prudente abstención.

Así, pues, los abscesos del hígado, emigrados á uno ú otro pulmón, requieren: debridación, resección de costillas, aun la gran ventana de DeLorme, siempre que el trokart explorador, bien conducido, nos enseñe y nos demuestre la coexistencia del absceso hepático.

La huida del pus ¿se ha hecho á cavidad ú órgano del abdomen? ¿coexiste aún con la expansión hepática, es decir, con el absceso? Sin vacilar está indicada la laparatomía. Pero siempre y por siempre, cualquiera de estas grandes intervenciones debe ser precedida de una serie de punciones que nos pondrán á cubierto de errores lamentables, enseñándonos de un modo cierto, el camino

que debemos seguir, así como la gran operación que debemos practicar.

Al dar cima á esta tan larga memoria, fruto de pacientes y laboriosas observaciones, séame permitido deducir de todo lo expuesto, unas cuantas proposiciones, que resumen en pocas palabras lo más esencial referente á cuestión de tan vital trascendencia.

1.^a Es de suma importancia el conocimiento exacto y preciso del pus hepático, ya en sus caracteres físicos, ya en su composición bacteriológica.

2.^a El consorcio de la clínica, con el estudio bacteriológico del pus hepático, contribuirá poderosamente á la exactitud y precisión de la historia de la hepatitis supurada.

3.^a Las emigraciones del pus hepático, señalan el esfuerzo de la naturaleza, para la curación de absceso.

4.^a El asiento más frecuente del absceso hepático es en la convexidad, cercano al borde posterior. Por razón natural.

5.^a La emigración más frecuente es la que se hace á los bronquios, en el pulmón derecho.

6.^a Es posible la emigración del pus hepático á cualquiera de los órganos encerrados en las cavidades torácica y abdominal.

7.^a Ninguna de las emigraciones del pus hepático, contra indica la intervención quirúrgica, si hay tiempo para ello.

8.^a El tratamiento quirúrgico no puede ser siempre el mismo, tiene que variar según si se trata de abscesos hepáticos propiamente ó abscesos cuyo pus ha emigrado á otros órganos ó cavidades.

9.^a Cualquiera intervención quirúrgica en el hígado, para tratar los abscesos, debe ser siempre precedido de la punción.

10. Las punciones exploradoras en esta víscera, no entrañan peligro alguno, aun cuando se multipliquen, siempre que sean practicadas convenientemente, con aguja larga y delgada, sin desviarla de su camino y ciñéndose á las prescripciones antisépticas generales.

11. Los movimientos de lateridad impresos á la aguja ó trokart explorador, buscando ó pretendiendo comprobar que está en cavidad, entrañan eminente peligro de hemorragia.

12. Las intervenciones quirúrgicas indicadas para el tratamiento de los abscesos encerrados

aun en la glándula, deben hacerse siempre que sea posible, dentro del espacio que llamo *Territorio Hepático*.

13. De igual modo debe intervenir, siempre que sea posible, en los casos de emigración del pus.

14. El tratamiento quirúrgico debe siempre plantearse gradualmente, aumentando la importancia de la intervención conforme lo reclame la persistencia en la reproducción del pus.

15. Para los abscesos emigrados á la caja torácica, no bastando la intervención en territorio hepático, debe procederse por toracotomía.

16. En los abscesos emigrados á la cavidad abdominal ó á cualquiera de los órganos en ella encerrados, debe procederse á la laparotomía para tratarlos convenientemente.

17. En los abscesos hepáticos salientes en el epigastro, las incisiones de debridación deben practicarse paralelas al reborde costal y lo más inmediato posible, para no estorbar el mecanismo de la curación que se hace por retracción del hígado.

México, noviembre de 1901.

Profesor, DR. D. MEJIA

VARIEDADES

XIV^e Congrès International de Médecine.

Madrid, 23-30 avril 1902.

Les travaux préparatoires du XIV^e Congrès international de Médecine qui doit avoir lieu á Madrid dans les jours du 23 au 30 avril 1902, se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique des Comités Nationaux de propagande se

sont constitués. Le Ministre des Affaires Etrangères d'Espagne a invité tous les Gouvernements á se faire représenter au Congrès; une invitation analogue a été envoyée á toutes les Universités, Ecoles de Médecine etc., áinsi qu'aux principales Sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui jusqu'à présent sont parvenues au Secrétariat général, figurent déjà 85 Délégués, et tout fait prévoir que la participation á ce Congrès ne le cèdera en rien á celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui déjà ont annoncé des conférences de grand intérêt, citons Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal, etc., etc.

Les différentes Sections ont presque toutes arrêté leurs thèmes officiels et ont commencé á désigner les rapporteurs étrangers.

Dans le programme préliminaire qui va étre publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les démarches nécessaires ont été faites pour obtenir des Compagnies de Chemins de fer et de Navigation les réductions d'usage; le resultat sera publié ultérieurement.

Les Médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid, peuvent étre sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le Corps médical espagnol.

En vue de faciliter le grand travail que l'année précédant le Congrès apportera au Secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres, sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant, á leur demande un chèque sur Madrid de 30 pesetas (23 á 25 francs selon les oscillations du change).

Madrid, 25-2-1902.

(Continuará).