

MEDICINA: Observaciones clínicas sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos.—Memoria de prueba de don Miguel Claro en su exámen para optar el grado de licenciado en la Facultad de Medicina, leída a principios de enero de 1885.

I.

Supongamos un enfermo que ha presentado el cuadro sintomático de una hepatitis aguda, en el que, a pesar de un tratamiento conveniente, el hígado ha permanecido con su volúmen aumentado; el proceso febril ha tomado el tipo remitente, han sobrevenido ataques semejantes a los de una intermitente palúdica, ha aparecido un ligero edema del hipocondrio derecho, que suda copiosamente i que se demacra cada día mas: ¿cuál será nuestra conducta? No importa que no sintamos fluctuacion en parte alguna, es preciso proceder a hacer una puncion esploradora con un trócar puesto en comunicacion con un aparato aspirador.

A veces encontraremos una coleccion purulenta, otras extraeremos unas cuantas gotas de sangre.

Estas punciones hechas en condiciones de asepsia debidas, están perfectamente exentas de todo peligro i son demasiado conocidas las esperiencias emprendidas por Lavignerie, en Francia, en 1864 i por la Sociedad de Alejandría, en Egipto, en 1867, para que yo me detenga a demostrar su inocuidad.

Por el contrario, Murchison i otros autores afirman que, en el caso de no develar la presencia de pus, léjos de hacer mal, hacen un bien inmenso permitiéndonos practicar una sangría local que apresurará la resolucion del proceso inflamatorio.

Por mi parte, numerosas veces la he visto practicar dando resultados negativos respecto de la existencia o no existencia del pus; pero nunca las he visto producir el menor daño. Uno de mis compañeros presentaba de tiempo atras fenómenos de una hepatitis que parecía haber terminado por supuracion i en el cual los fenómenos inflamatorios no habrían cedido a un tratamiento médico perfectamente dirigido. Se le hizo una puncion esploradora que solo dió salida a un poco de sangre, continuó despues su mismo tratamiento i rápidamente entró en la mas completa convalescencia, estimulada, segun mi opinion, por esa pequeña sustraccion sanguínea.

Si ella nos revela la presencia del pus en un punto cualquiera

del parenquima hepático, nos habrá hecho un beneficio incalculable, pues que nos permitirá atacar el absceso desde los primeros momentos de su formación.

Las observaciones que voi a esponer, me parece que demuestran los beneficios de las punciones exploradoras a la vez que los peligros de una intervencion tardía.

En resúmen: siempre que tengamos sospechas de la presencia de un absceso hepático, debemos cerciorarnos de ello por el medio indicado i con las precauciones que enumeraremos a propósito de las punciones aspiradoras.

Ya que estamos investigando la presencia del pus, resolvamos de paso una cuestion que tiene mucha importancia tratándose de los abscesos abiertos espontáneamente.

Esta cuestion es si hai un pus que sea característico de los abscesos hepáticos. I una vez ví diagnosticar un absceso del hígado abierto en el pulmon derecho, fundándose en gran parte en el pus tan característico, color ladrillo o chocolate; i otra ví negar la existencia de un absceso abierto espontáneamente por la pared abdominal, porque el pus era enteramente blanco amarillento i el médico que asistia a este enfermo me pidió le hiciera la autopsia para comprobar su diagnóstico.

En el primer caso la autopsia reveló que se trataba de un absceso de la base del pulmon derecho, que habia hecho descender el líquido tres traveses de dedo mas o ménos por debajo del reborde costal.

En el 2.º caso se trataba de un absceso crónico del lóbulo derecho del hígado.

Por mi parte puedo decir que no he visto tres abscesos que presenten la misma clase de pus: unas veces lo he visto de aspecto cremoso, otras color chocolate i lleno de detrites, otras espeso como gelatinoso i ligeramente teñido de sangre. Pudiendo solo afirmarse que, en jeneral, el pus de los abscesos de marcha aguda es sanguinolento, color chocolate o café con leche, i a veces de una consistencia gelatinosa, i que el de los abscesos de marcha crónica es jeneralmente cremoso o apenas teñido de sangre.

Supongamos ahora que la exploracion nos ha revelado la presencia del pus en el interior del hígado; ¿cuál debe ser en este caso nuestra línea de conducta? dejaremos que el absceso busque solo su salida al exterior? lo puncionaremos? lo abriremos a bisturí? En qué momento debemos operar?

Hé aquí las cuestiones que procuraré resolver en el curso de esta memoria.

II.

Debe siempre intervenirse i jamas esponer al enfermo a los azares de una terminacion espontánea, ni confiar en la reabsorcion del pus que, aunque entra en los límites de lo posible, no entra en los de lo probable. I la estadística de la Sociedad Médico-quirúrgica de Alejandría, que es una de las mas estensas que se conozca, ha venido a cortar definitivamente la cuestion: está apoyada por 123 observaciones cuyo resultado es el siguiente:

No operados, muertos.....	80 %
Operados.....	32 »

Grandes abscesos.

No operados, muertes.....	88 »
Operados.....	68 »

Pequeños abscesos.

No operados, muertos.....	69 »
Operados.....	30 »

No insistiré mas sobre este punto.

Admitida la necesidad de operar todo absceso hepático, ¿de qué modo intervendremos?

Mr. Boinet resume así el tratamiento de la hepatitis supurada en un artículo del Diccionario enciclopédico de ciencias médicas (serie 4.^a, t. 3.^o, páj. 77).

«Despues de una apreciacion atenta de estos métodos, dice el autor, aconsejamos principiar por una puncion capilar, porque si el absceso es reciente, operado a tiempo puede curar fácilmente; si despues de muchas aspiraciones se constata que el líquido se reproduce i que el estado del enfermo decae, inmediatamente es preciso tratar de obtener una salida constante del pus, sea por la sonda a permanencia, sea por la abertura con los cáusticos, i pedir a uno de esos métodos la curacion que no se ha podido obtene por la puncion capilar».

No es esta, segun mi opinion, la conducta que debe observarse. Puede serse mas esplicito que Mr. Boinet i desde la primera puncion, i aun a veces ántes de ella, podemos fijar cuál va a ser nuestra conducta funcionaria futura.

III.

Principiamos por el estudio de las punciones aspiradoras.

Algunas quieren que siempre se trate los abscesos hepáticos por punciones seguidas de inyecciones, ya yodadas, ya de cualquiera otra naturaleza. Dieulafoy, el introductor de los aparatos aspiradores, las preconiza ardientemente, i solo permite otro método de tratamiento en casos mui escepcionales. Murchison las aconseja en los abscesos de mayores dimensiones i abre a bisturí los pequeños. ¿Es esto lo que aconseja la observacion imparcial de los hechos? Absolutamente nó, segun mi opinion.

Si el pus sale fácilmente por la cánula, si es de naturaleza como el que llamamos flegmonoso, cremoso, loable, convenido: debe puncionarse; pero si al dia siguiente o subsiguiente el pus ha vuelto a reproducirse i el hígado ha vuelto a tomar las mismas dimensiones que ántes, talvez va a ser insuficiente la puncion. Si la fiebre continúa, si los sudores no han disminuido i a la tercera puncion el pus se reproduce como ántes, es inútil perder el tiempo, agotaremos sin resultado alguno las fuerzas del enfermo: es preciso determinarse a abrirlo por bisturí.

Si el pus es mui consistente no podremos evacuarle convenientemente; si sale con dificultad obstruyendo a cada paso la cánula, a causa de los grumos que contiene, formados por detritus del parenquima destruido, es inútil continuar con las punciones, porque aun cuando se haya elejido el trocar mas grueso del aspirador, éste no podrá dar salida a trozos de tejido celular de mas de un dedo de ancho, como los que he observado en dos de los casos que operé a bisturí. Lo único que conseguiríamos seria filtrar cada dia el pus estrayendo únicamente la parte líquida i dejando siempre en el fondo la parte sólida: el enfermo caeria entre tanto en el marasmo. Si por otra parte la cantidad de pus es demasiado considerable, se reproducirá indefinidamente, presentándose los mismos inconvenientes que en el caso anterior, como lo demuestra la siguiente observacion que voi a resumir:

Se trataba de un individuo de 39 años de edad, de hábitos alcohólicos mui pronunciados, que presentaba el cuadro sintomático de

una hepatitis supurada i en el cual se diagnosticó un absceso crónico del hígado consecutivo i una hepatitis aguda.

El límite superior del hígado habia descendido centímetro i medio en todas las líneas de percusion; su límite inferior era el siguiente: en la línea esternal llegaba a un centímetro por encima del ombligo; en la línea mamelar a 3 centímetros por debajo del ombligo, i en la línea axilar a $4\frac{1}{2}$ centímetros. La temperatura era de 37.6 por la mañana i 38 en la tarde.

Se le hizo una puncion i se estrajo 2,475 gramos de uu pus fétido color ladrillo molido, haciéndosele en seguida una inyeccion yodada.

La temperatura sigue fluctuando entre 37 i 39°, i cinco dias mas tarde el hígado ha vuelto a tomar las dimensiones descritas, decayendo rápidamente las fuerzas del enfermo.

Se le hizo una nueva puncion i se estrajo 2,520 gramos de pus; se repitió la inyeccion, i 6 dias mas tarde la postracion del enfermo era tal que, habiéndose tratado de abrir el absceso con el bisturí, se temió que el enfermo no resistiera a esta pequeña operacion i hubo de puncionarse una vez mas estrayéndose 2,000 gramos de pus. El paciente cayó en el marasmo i en medio de los fenómenos de la fiebre héctica, murió seis dias despues.

En la autopsia se encontró un hígado que contenia 3,000 gramos de pus.

Esta observacion pone de manifesto tanto los peligros de una intervencion tardía, como la insuficiencia de las punciones en los casos de abscesos mui considerables.

Mui distinto resultado obtuvimos este año con las punciones seguidas de inyecciones yodados en las dos observaciones cuyo resumen os voi a leer:

En la primera se trataba de un absceso consecutivo a excesos alcohólicos, se le puncionó i se estrajo 250 gramos de pus cremoso; la temperatura, que fluctuaba ántes entre 37.5 por las mañanas i 39.1 por las tardes, bajó inmediatamente despues de la puncion a 36.8 i 37.2, permaneciendo normal; el pus no volvió a reproducirse i el enfermo curó perfectamente.

En la 2.^a se trataba de un absceso al parecer consecutivo a una disenteria. Se le hizo tres punciones seguidas de inyecciones yodadas: en la 1.^a se estrajo 300 gramos; en la 2.^a 425, i en la 3.^a 125 gramos de pus cremoso, lijeramente teñido de sangre la primera vez. Salió de alta perfectamente curado, i un mes despues se le encontraba en la calle en completa salud. La temperatura bajó a la

normal desde la segunda puncion, fluctuando ántes entre 37 i 39.

Lo habeis oido, señores: éxito completo del tratamiento por las punciones seguidas de inyeccion yodada. En la que sigue vereis lo contrario.

El enfermo es un individuo alcohólico i su hígado presentaba las siguientes dimensiones en el momento de la puncion: en la línea superior los límites eran normales, midiendo en la línea esternal 13 centímetros, 18 en la mamelar i 15 en la axilar. El 3 de noviembre lo puncioné en el 9.º espacio intercostal, en que hacia prominencia el absceso, estraje 150 gramos de un pus sanguinolento, tan espeso que a cada paso obstruia la cámbula i que se coaguló en masa en el frasco del aspirador. La temperatura oscilaba i siguió oscilando entre 37.5 por la mañana i 38.5 en la tarde. El día 6º el pus se ha reproducido i los dolores no dejan descansar un momento al enfermo. Nueva puncion i extraccion de una cantidad mas o ménos igual de pus de la misma calidad. La curva termométrica sigue las mismas oscilaciones; se presentan sudores profusos i el enfermo comienza a decaer visiblemente.—Día 18; nueva puncion i extraccion de 200 gramos de pus de igual naturaleza. Temperatura igual i empeoramiento del estado jeneral.—Día 28; abertura a bisturí en el 8.º espacio intercostal entre las líneas mamelar i para-esternal, en una estension de 2½ a 3 centímetros mas o ménos, dando salida a 300 gramos de pus. La temperatura baja a la normal; 3 dias despues el pus estaba casi agotado.

El 10 de diciembre salió de alta con la herida completamente cicatrizada i el hígado de dimensiones enteramente normales.—Fracaso absoluto de la puncion i éxito completo de la abertura franca a bisturí.

En otra observacion, cuya autopsia narro mas adelante, vereis que despues de las punciones i de parecer curado el enfermo, abandonó el hospital i sin causa apreciable alguna, al mes i medio despues volvió con destrozos tales, causados por su absceso, que no fué posible salvarle la vida. El absceso, hacia eminencia en el 9.º espacio intercostal, habia cariado la 7.ª, 8.ª, 9.ª i 10.ª costilla, el pus se habia deslizado bajo la piel, habia disociado las fibras del músculo recto i penetrando en el abdómen habia ido determinado un flemon crónico de la fosa iléaca derecha, casi todo el lóbulo derecho del hígado estaba destruido.

Ante hechos, al parecer, tan contradictorios; ¿cuándo está indicado el tratamiento por medio de las punciones aspiradoras?

Mi opinion se resume en lo siguiente:

Siempre debemos comenzar por la puncion con el aparato aspirador.—Ella confirmará nuestro diagnóstico, nos dará cuenta cabal de la cantidad i calidad del pus.

Si el pus es cremoso, si sale perfectamente por la cánula i no pasa de 500 gramos, en jeneral, curará el enfermo con solo la puncion seguida de inyecciones modificadoras de diversa naturaleza.

En todo otro caso, continuar con las punciones; es no solo perder el tiempo, agotar la paciencia i las fuerzas del enfermo, si no tambien esponernos a que cuando con mas fé nos proponemos reiterar las punciones, el absceso haga inuficion en los bronquios o en el intestino, como mas de una vez ha sucedido, i en los abscesos de marcha aguda este método presenta los mismos inconvenientes, como parece deducirse de la observacion siguiente:

Se trata de un hombre de 56 años de edad, de hábitos alcohólicos, i en el que despues de haber presentado el cuadro de una hepatitis aguda se diagnosticó un absceso hepático. El límite superior del hígado llegaba a la 5.^a costilla en la línea mamaria i a la 7.^a en la asilar, midiendo 18 centímetros en la 1.^a i 19 en la 2.^a—La temperatura oscilaba en las tardes entre 39 i 40.

El 24 de mayo se le hizo una 1.^a puncion aspiradora i se estrajo 945 gramos de un pus de consistencia líquida i uniforme, en seguida se hizo una inyeccion yodada.—Dos dias despues el enfermo presentaba un aspecto tifoideo: la temperatura era de 39 en la mañana i 40 en la tarde. El dia 29 el hígado ha disminuido de volúmen i ha desaparecido por completo la matidez hepática: el absceso se habia abierto en el intestino. Al dia siguiente muere el enfermo i la autopsia confirmaba el diagnóstico.

Acusan algunos a las punciones de poder producir hemorrájias i de causar la gangrena de las paredes del foco por la introduccion del aire.

Acusacion que seria fundada si pudiese hacerse con justicia en la puncion misma; pero ella solo puede recaer sobre el modo como se la practica. El mal resultado que se supone en las punciones, es orijinado, por no tomarse las medidas de desinfeccion necesarias o porque no se han hecho con un aspirador o porque no se ha sabido hacerlas. Toda precaucion es poca, por nimia que sea.

El modus operandi es el siguiente:

Debe desinfectarse perfectamente la superficie en que se va a operar, el operador debe desinfectar sus manos i todo los útiles de

que va a servirse. El sitio de la puncion varia en cada caso particular. Si el absceso proemina en un espacio intercostal, debe puncionarse en él. Si por bajo las costillas, se puncionará a un centímetro por debajo del reborde costal para dejar campo para mover la cánula cuando el hígado haya ascendido a su sitio normal. El médico no debe abandonar un momento el trocar i seguirá con él el movimiento de ascenso del hígado, i si el enfermo acusa dolor debe atendersele en el acto: variar de direccion al trocar para no contundir la glándula. La mano que sujeta el trocar debe ser apoyada sobre el abdómen o torax del enfermo, segun donde se haya hecho la puncion; así podrá seguir los movimientos o cualquier otro accidente i podrá irlo introduciendo lentamente a medida que el hígado se vaya retrayendo, i no se espondrá así a que un acceso de tos o en un movimiento cualquiera, abandone la cánula la cavidad o se vierta pus en el peritoneo, o haga en él la inyeccion en lugar de hacerla en el foco del absceso. El olvido de esta precaucion puede traer fatales consecuencias.

Dieulafoy da como precepto absoluto, que debe seguirse al pié de la letra, el no percutir ni ménos malaxar el hígado despues de una puncion normal. Son estas investigaciones que no urjen i que podemos diferir para el dia siguiente; i nadie nos asegura por otra parte que por nuestra intempestiva curiosidad no vayamos a hacer salir, cuando mas no sea, algunas gotas de pus que pueden caer en el peritoneo. Es indispensable que haya un espacio vacío en el frasco del aspirador, al retirar la cánula, para tener seguridad de que no es de ménos importancia el consejo de retirar la cánula habiendo siempre vacío en el frasco del aspirador; así estaremos ciertos de que ella no dejará escapar ni una partícula de su contenido.

Cuando la cánula se obstruye es mas prudente desobstruirla por medio de un golpe de piston, que por medio de los estiletos romos que vienen con ese fin, de este modo es posible que dejemos entrar aire en el foco del absceso, i a este respecto debemos ser excesivamente cautelosos.

Si el absceso está en el borde posterior o en la cara convexa del hígado, es fácil darse cuenta de su volúmen exacto por un método que, bien practicado, no falla jamas: miéntras el médico ausculta la parte anterior del torax, un ayudante percute la parte posterior al mismo nivel que el oido del médico, con golpes secos i repetidos con lentitud. Esta percusion combinada marca con toda exactitud el volúmen real del hígado.

Sucede a veces que mientras se extrae el pus i con mas frecuencia al hacer los lavados o las inyecciones, sea que hayamos procedido con rapidez, aunque se haya procedido con solidez o lentitud, el enfermo comienza a sentir un dolor en el hipocondrio derecho; vago al principio, que se irradia en seguida al epigastrio, despues al ombligo i concluye por jeneralizarse a todo el abdómen i hacerse a veces intolerable. Sin que tenga una explicacion suficiente, lo ví sobrevenir, una vez en un enfermo operado por nuestro sentido maestro el Dr. Schneider, con una tal intensidad, con un demudamiento tal de las facciones del enfermo i coincidiendo con un movimiento brusco hecho por el operado, que todos creimos que parte de la inyeccion se habia vaciado en el peritoneo i que iba a sobrevenir una peritonitis mortal. El Dr. Schneider, con su calma habitual, nos pidió que en la tarde volviéramos a ver el enfermo, i avisó que él tambien volveria. Se le puso un vendaje de cuerpo i se le hizo una inyeccion de morfina. En la tarde con gran sorpresa nuestra, solo estaba un poco decaido, pero los dolores habian desaparecido por completo.

Muchas opiniones se han emitido para explicar este fenómeno; pero la mayor parte admite que es debido al desgarramiento de adherencias poco sólidas que han sido rotas por el ascenso i descenso repetidos del hígado. Pero ello no puede afirmarse acertadamente, es un fenómeno que causa mas espanto que mal.

Mala práctica es la de tratar de extraer hasta la última gota de pus, por decirlo así, forzando para ello el vacío, porque es exponerse a lesionar el hígado sin ningun resultado útil.

Despues de extraido el pus se lava la cavidad con un líquido desinfectante cualquiera, solucion fenicada, de borato de soda, etc. En seguida se hace una inyeccion con tintura de yodo *yodurada* i se deja *toda o solo* una parte para mejor modificar las paredes del foco. Rara vez sobrevienen fenómenos de yodismo, pus la absorcion es casi nula en las paredes del foco.

Dados los resultados obtenidos en los casos abiertos a bisturí, es preferible cesar las inyecciones con una solucion de cloruro de zinc al 2 % que produzca efectos mas rápidos, sin molestar tampoco en nada al paciente.

Una precaucion importante es no introducir una cantidad mayor de inyeccion que la de pus que se ha extraido, de otro modo, distendiendo la inyeccion el parenquina hepático es mui dolorosa para el enfermo i no exenta de peligros.

En seguida se aplica en el sitio de la puncion un pedazo de

esparadrappo, cortado en cruz de malta; se pone un vendaje de cuerpo i todo está concluido por el momento.

¿Cuándo debe repetirse la puncion?

En jeneral, tres o cuatro dias despues, escepto cuando el pus se reproduce mui rápidamente; entóuces habria que evacuarlo al dia subsiguiente.

Un hecho mui importante es el siguiente, que ha solido acontecer a los que por necesidad o conviccion curan solo con la puncion. Sucede a veces que el enfermo rehusa dejarse puncionar repetidas veces, i el médico tiene que condescender a pesar de que el hígado ha tomado de nuevo un gran volúmen i está mui tenso, retardando de dia en dia la nueva puncion: entretanto el enfermo tiene un poco dedisnea i una tos seca i fatigosa; o bien se queja de dolores mas o ménos agudos en el abdómen i sobreviene un poco de diarrea; es preciso inmediatamente proceder a una nueva puncion sin dilacion alguna, porque esa tos viene a anunciarnos que el pus está pronto a hacer irupcion en el pulmon o los intestinos. Un médico me referia un caso que le habia acontecido a él, en que por condescendencia i a pesar de la tos habia demorado para el dia siguiente la puncion: en la noche el pus salia a traves de los bronquios.

IV.

«En los abscesos hepáticos de los paises cálidos, dice Dujardin Beaumetz, esta sencilla operacion (la puncion aspiradora) no puede bastar; es un método de diagnóstico, pero no un método curativo. Es necesario recurrir a otros procedimientos para permitir una libre salida al pus, i para practicar en el foco lavados mas o ménos abundantes».

Esto es tambien, señores, lo que salvo en los casos ya espuestos, es necesario practicar en los abscesos hepáticos de nuestro pais que tanta semejanza tienen con los abscesos tropicales.

Nada hemos conseguido con las punciones en las observaciones que os leeré mas adelante.

¿Cómo abriré el absceso? fué mi pregunta.

Entre los diversos métodos que se ha propuesto para abrir el foco, solo mencionaré algunos.

El método de Graves i el de Bogia, que aconsejan incindir las paredes abdominales hasta el nivel del peritoneo esclusive, despues aguardan que la naturaleza misma haga la abertura; el mé-

todo de Recamier, por aplicaciones sucesivas de pastas de Viena o de Canquoin i la abertura por el termo-cauterio, imitando en esto a los negros del Senegal; no deben emplearse: ¿a qué fin causar tanta molestia al enfermo i esponerle a una peritonitis, cuándo podemos disponer de métodos tanto o mas rápidos i por cierto mas seguros?

Algunos afirman que toda hepatitis, por el hecho mismo de la inflamacion, provoca adherencias entre el hígado, el peritoneo i las paredes abdominales, si esto fuera siempre así, nada seria tan sencillo como resolver este punto.

Es verdad que en los abscesos períficos de marcha aguda suele acontecer esto. Pero ¿cuántas veces en abscesos que habian reducido el parenquima hepático a una simple corteza de algunos centímetros de espesor, no hemos encontrado una sola adherencia!!

Dutrolean i Cambay, que tanto se han ocupado de las enfermedades de los europeos en los países cálidos, proceden del modo siguiente: confiando en las adherencias que, segun ellos, deben existir, hacen desde luego una puncion exploradora, se sirven de la cánula como conductor i de un solo golpe penetra en el absceso. Puede ser que en sus manos este procedimiento haya dado siempre hermosos resultados. Una sola vez lo he visto practicar, hace ya algunos años en un absceso crónico i con tan mal resultado que el enfermo murió al dia siguiente, víctima de una peritonitis sobraguda, porque gran parte del pus se habia vaciado en el peritoneo.

Yo creo que no debe confiarse en adherencias que puedan o no existir; si el médico no está plenamente seguro de ellas, debe proceder a establecerlas.

Algunos han resumido las indicaciones de estos diversos métodos del modo siguiente: Si hai urjencia, si el absceso es mui voluminoso i causa grandes estragos en el enfermo, debe usarse los métodos rápidos, el de Cambay v. gr.; si no la hai debe usarse el método lento, el de Recamier o el de Graves, etc. No es esto, señores, lo razonable. Deberia decirse: si hai urjencia, si hai fenómenos que puedan hacer temer una abertura espontánea del absceso, se puncionará en el acto, sin aguardar aun al dia siguiente; si no hai urjencia, se puncionará aun, i despues de la puncion se decidirá o a curar el absceso por este método, o a abrirlo a bisturí por un procedimiento que ponga a cubierto de todo incidente, tanto nuestra responsabilidad como la vida del paciente. Nada nos obliga a obrar de otro modo, puesto que la puncion prévia que hecha como

medio de diagnóstico habrá alejado todo peligro de abertura espontánea.

Si el enfermo por una u otra causa ha debido estar sometido a punciones repetidas, debemos aprovecharnos de ellas para determinar las adherencias haciéndolas a pequeñas distancias una de otra en el sitio en que debemos incidir, teniendo a veces la satisfacción de ver salir una gota de pus por una de ellas ántes de practicar la incision, como sucedió en la observacion núm. 1.

Pero si inmediatamente despues de la primera puncion hemos resuelto operar con el bisturí, ¿cómo se determinará las adherencias? Algunos recurren a los cáusticos; pero despues de haber ensayado el método que me sugirió mi profesor, el Dr. Ugarte, método que, segun creo, es usado por los alumnos, me ha parecido tan cómodo, tan inofensivo i tan poco molesto que no querria usar otro, i que consiste en determinarlas por medio de alfileres, procediendo del modo siguiente:

Se escojen seis u ocho alfileres de los usados comunmente para la sutura ensortijada, una pinza porta-agujas i se desinfectan convenientemente, así como el punto donde se va a introducirlos. Se pasa cada alfiler por un trocico de esparadrapo cortado circularmente, que sirve para mantenerlos fijos, colocados en la pinza i prévia la anestesia local obtenida por un pulverizador de éter; se introducen perpendicularmente hasta penetrar en el foco a distancia de ménos de un centímetro uno de otro, describiendo con ellos el trayecto que va a recorrer el bisturí. Se atan los alfileres con un hilo, se adhiere el esparadrapo a la piel i se cubre todo con una pieza de la misma sustancia. Si durante la operacion hemos hecho volver el rostro al enfermo, ni siquiera se apercibe de lo que le hemos hecho, pues que la molestia es insignificante.

A veces solo siente mas tarde una lijera incomodidad al moverse, i otras picazones un poco mas fuertes; pero que no le quitan ni el reposo ni el sueño. Si despues de introducidos los alfileres se queja el enfermo, conviene retirar el que le molesta i reemplazarlo por otro mas largo, porque, segun he podido observar, esto sobreviene cuando el alfiler queda rozando la superficie del hígado o fuera del foco.

Se recomendará el reposo i se dejará los alfileres durante 48 horas en su lugar; al quitar el apósito se ve fluir o no el pus al rededor de los alfileres. En el segundo caso que fué lo que sucedió en una de las observaciones de que os he dado cuenta, no me atreví a incidir desde luego i funcioné una vez mas, abriéndolo mas tarde

a bisturí. Según mi modo de ver eso indicaba que había que atravesar una estension mayor, que cada alfiler, de parenquima sano i aunque, bien sé, que para otros este no es un inconveniente, yo temí una hemorrája i preferí esperar. El completo éxito obtenido unos dias despues compensó plenamente este pequeño retardo.

Hemos resuelto ya la operacion i hemos determinado las adherencias de cuya existencia estamos plenamente seguros: vamos ya a abrir el absceso a bisturí.

Aun hai algunas precauciones que es indispensable tomar, si queremos contar con un éxito satisfactorio.

Pocas enfermedades hai que abatan mas el ánimo del enfermo que las afecciones hepáticas. Así es que ante todo he procurado levantar la moral del paciente, que en jeneral está mui decaida i aun cree firmemente que va a morir; he imbuido en su ánimo la certeza de su pronta curacion i la idea de que necesito que él se convenza de que va a sanar, para obtener un buen resultado.

En seguida se le acomodará convenientemente en su cama de modo que se pueda retirar todos los lienzos manchados, dejándolo despues de la operacion en toda su ropa perfectamente seca i limpia. Esto se facilita mucho pegándole una faja de tela emplástica de una mano de aucho i de largo necesario, por debajo del límite inferior de la futura incision a la cual venga a adherirse el hule que se pone sobre las sábanas para evitar que el pus huya por el flanco i ensucie sin necesidad al paciente; así se evita enfriarle demasiado con un lavado mui estenso que pueda resfriarle.

¿En que punto debe hacerse la incision? Algunos autores, al discutir el tratamiento de los abscesos hepáticos, la resúmen de este modo: si puedo incindir en un espacio intercostal, abro a bisturí, sinó punciono. Esta era tambien la opinion que me daba uno de mis profesores al consultarle sobre este punto, apoyándose, si la memoria no me es infiel, en un trabajo que sobre la materia ha publicado un señor Ramirez de Méjico. Pero habeis visto, señores, que casi en todas mis observaciones las punciones: han sido hechas bajo el reborde costal.

Repetiré lo dicho al tratar de la puncion si el absceso hace eminencia en un espacio intercostal ahí se incindiré, teniendo en cuenta que en este caso nuestra intervencion debe ser mucho mas rápida, sea que se trate de puncion, sea que se trate de abrir a bisturí, so pena de ver carriadas las costillas i esponer al enfermo a peligros gravísimos que puedan conducir a un desenlace *letal*, como en una de las observaciones que os he leído.

Si el hígado ha descendido mucho bajo el reborde costal, en jeneral, será necesario abrirlo entre las líneas axilar i mamelar, siempre a un traves de dedo de las últimas costillas, porque si se hace mas cerca de ellas la retracion del hígado disminuiria mucho el ancho de la incision. La estension varia con el tamaño del absceso, si es pequeño, una incision de 3 centímetros basta; si es de tamaño considerable, será necesario una de 6 a 7 centímetros.

Los instrumentos necesarios, son solo un bisturí recto i los elementos de la curacion Lister. Estando todo pronto, se retiran los alfileres, se lava la piel con una solucion de bicloruro de mercurio o borato de soda i una esponja nueva, se hace la anestecia local con un pulverizador de éter, se desinfecta el operador las manos i los instrumentos o útiles que va a usar i bajo una atmósfera anti-séptica, obtenida con un pulverizador, se penetra de un golpe por puncion en el absceso i se incinde en una estension conveniente; se penetra de un golpe, porque no se está seguro de las adherencias o se está; si lo primero, se abstendrá de operar; si lo segundo es inútil hacer sufrir al paciente con incisiones capa por capa. Apénas hecha la incision salta un chorro de un líquido fuertemente coloreado de rojo, color de sangre venosa, ya de parte de inyecciones que se ha dejado dentro, ya de la parte líquida del pus que ha dejado depositar las partes sólidas por un reposo prolongado. Su aspecto de sangre venosa puede hacer creer que es sangre, i la primera vez que lo ví caltar en un enfermo que yo operaba, francamente que no fué sin emocion.

Se facilitará la salida del pus entreabriendo los labios de la incision; pero se abstendrá de hacer hacer esfuerzos al paciente o de oprimir sobre las paredes del abdómen. En este momento es mui útil introducir el dedo i esplorar la cavidad del absceso. Su cavidad es a veces lisa, lijeramente mamelonada. Este absceso curará rápidamente; otros, es una cavidad anfractuosa llenas de partes de tejido hepático que no tardarán en ser eliminadas, i erizadas sus paredes de bridas de tejido conjuntivo que flotan en su interior: este absceso cicatrizará mucho mas lentamente que el anterior, porque nos costará mucho mas modificar sus paredes. Esta exploracion nos da elementos mui seguros de pronóstico i de tratamiento, dándonos a conocer qué inyecciones conviene practicar. En los primeros nos bastaria simples lavados antisépticos o inyecciones con yodoformo suspendido en alcohol i glicerina. En el segundo caso apresuraremos su curacion con inyecciones de cloruro de zinc al 2%, curando con ellas mucho mas rápidamente que con las in-

yecciones de tintura de iodo i no presentando las molestias de este último.

En seguida se lava el foco con una solucion de borato de soda u otro desinfectante cualquiera hasta que ya no salga mas pus, lavado que será facilitado con la introduccion de un tubo bastante grueso de drenaje; a continuacion se hará una inyeccion de 2 gramos de yodoformo suspendido en 50 de alcohol i 50 de glicerina o de cloruro de zinc al 2%, segun los casos; se deja parte de la inyeccion en el foco, para prolongar su accion de contacto, se coloca un tubo de drenaje fijando a exterior sus dos estremidades, se cubre el todo con la curacion Lister, teniendo que aplicar debajo de la gasa una capa espesa de algodón boratado o fenicado. Despues de colocado el vendaje de cuerpo, se recomendará al enfermo la mayor quietud posible.

Esta curacion debe renovarse dos veces al dia mientras la supuracion sea muy abundante, una sola bastará en seguida i despues será suficiente renovarla cada dos dias.

Cuando el pus comienza a disminuir i se ha hecho cremoso, se reemplazarán las inyecciones por simples lavados antisépticos.

Respecto a la alimentacion de esta especie de enfermos, solo hai que advertir la conveniencia de no darles alimentos hidrocarburos ni medicamentos que tengan esta composicion, porque, dadas las condiciones mismas de su estado, ellos podrian determinar la degeneracion grasosa del parenquima hepático que queda sano. Es notable la rapidez con que engordó uno de los enfermos, cuya observacion se encuentra al fin de este trabajo, al cual se administró el aceite de bacalao solo durante quince dias.

Por el contrario, las preparaciones yodadas ejercen una accion de las mas benéficas i apresuran mucho la convalescencia. Por lo demas, ni esto, ni los demas cuidados que hai que prestar al enfermo, presentan particularidad alguna.

Una vez que la supuracion no mancha demasiado el apósito, puede el operado levantarse sin inconveniente alguno.

Un accidente raro i del cual no he visto caso alguno, es el que tomo de una observacion publicada por el Dr. Allende Padin en la *Revista Médica*.

Despues de puncionar el absceso sin resultado alguno, se resolvió a abrirlo a bisturí, i en el cuarto dia, despues de curar al enfermo como tenia de costumbre, me retiré, dice el Dr. Allende, i no habia marchado aun cinco minutos cuando fui alcanzado por el sirviente que desolado me avisaba que el enfermo se moria. Volví

apresuradamente i el paciente estaba lívido, sus labios amoratados i todos los asistentes consternados. La escupidera que tenia al lado contenia toda la inyeccion que yo habia puesto en la herida (inyeccion de tintura de yodo) i que acababa de arrojar por la boca. Al momento pensé que el absceso habia comunicado directamente con las paredes del estómago i creí en la muerte próxima.

«Sin embargo, despues de dar un estimulante i serenar al paciente, juzgué que habia solo sucedido una comunicacion con los conductos que se abren en el intestino pasando de allí al estómago.

«Hice al instante una segunda inyeccion i cuidé que el enfermo no se moviese, obligándole a permanecer acostado sobre el lado derecha. El vómito no se reprodujo i pudo soportar las inyecciones subsiguientes hasta el agotamiento completo de la supuracion.

«La curacion fué completa en cuatro semanas, i des años despues el enfermo seguia perfectamente».

Entre los accidentes que se han achacado a la abertura a bisturí, los principales son la piohemia, la gangrena de las paredes del foco, las hemorragias i los trayectos fistulares. Por lo que respecta a los primeros, ni la puncion ni la abertura a bisturí son responsables de ellos; los responsables son los que, empleando estos métodos, no han podido o no han querido usar las medidas de desinfeccion que la ciencia aconseja.

En uno de los casos que yó operé a bisturí quedó un pequeño trayecto fistuloso a tres centímetros de longitud, que apénas dejaba salir unas cuantas gotas de pus i que no pude modificar en nada, pero que no perturbó tampoco la rapidez de la convalescencia.

Estos trayectos permanecen fistulosos a veces por toda la vida; pero no ejercen ninguna accion desfavorable sobre la salud del individuo: conozco un caballero que lleva uno hace 20 años, pero que no le molesta absolutamente.

En los demas casos la cicatrizacion de la herida ha sido perfecta.

V.

Estudiemos ahora cuál es el resultado obtenido por este método de tratamiento de los abscesos hepáticos.

El Dr. Lewis i Stromeyer Litte de Shang Hai, citado por Dujardin, refiere que tuvo que tratar 23 casos de abscesos del hígado. En 20 no empleó la curacion Lister i 19 murieron, en los 3 restantes la empleó i los 3 salvaron.

Hé ahí, señores, la causa de las acusaciones que se han dirigido a la abertura con el bisturí, i hé ahí también su mas brillante defensa.

Seis casos he visto abrir en nuestras salas de clínica: 3 de ellos han sido abiertos por mí. De estos 6 uno solo murió, i ¿sabeis de qué? de una pleuro-neumonia doble, causada por descuido de los sirvientes que dejaron mojado en su cama al enfermo i espuesto a una violenta corriente de aire, despues de una curacion, i cuando iba en vía de convalescencia. Otra observacion mas que copio de los libros de la clínica del Dr. Barros, donde, segun creo, fué abierto por él, con el mas completo éxito.

En su mayor parte han sido abscesos de grandes dimensiones, en uno de los que he leído, habeis visto que estraje 2,000 gramos de pus, i no ha sido méuos considerable esta cantidad en otra de las observaciones que apunto al fin de este trabajo.

Un hecho digno de notarse es la rapidez con que cae el termómetro a la cifra normal, de la de 38.4—39.2—39.5 en que fluctuaba ántes de la abertura en los casos febriles.

Ahora bien, señores, ¿cuál es el secreto del éxito obtenido en los casos que apunto en esta memoria? ¿será que se ha escojido los casos? Nó, al ménos a lo que respecta en nuestra sala de clínica, se ha abierto todo absceso que no podria sanar por la puncion, i en cuanto a mí, que siempre fuí dejado en la mas amplia libertad por mi profesor el Dr. Ugarte, siempre he procedido guiado por el criterio que os he espuesto.

El secreto está, señores, en que se ha empleado siempre, con la mas absoluta escrupulosidad, la curacion Lister, preservando así a los enfermos de todo peligro de infeccion, que es la causa mas comun de muerte despues de la abertura a bisturí de un absceso hepático.

Creo, pues, que, aun el reducido número de 8 observaciones de abscesos curados por medio de la abertura franca con el bisturí, no nos fija un tanto por ciento sobre su mortalidad. Podemos afirmar que el pronóstico de esta afeccion ha disminuido mucho de su gravedad primitiva, hasta hacerse completamente benigna en aquellos casos que pueden ser tratados oportunamente, puesto que una pequeña parte de parenquina hepática que quede sana, bastará para satisfacer las necesidades de la economía, como parece probarlo la observacion núm. 2; i por fin, que la abertura con el bisturí es el único tratamiento racional de los abscesos de grandes dimen-

siones, empleando, bien entendido, la curacion Lister con todo rigor.

VI

Nos queda que examinar un último punto i es: ¿qué debe hacerse cuando el absceso se ha abierto espontáneamente?

Las terminaciones mas comunes son la abertura en el pulmon, en el intestino, o que perfora las paredes abdominales.

A veces un mismo absceso se abre en las paredes abdominales i en el pulmon o en el intestino.

Terminaciones mas raras son la abertura en el peritoneo, en el pericordio, en la vena porta, i en estos casos se comprende que los medios de que podemos disponer sean enteramente ineficaces.

La jeneralidad considera como mas probable la abertura espontánea en el intestino: esta es tambien la opinion de los profesores actuales de elina interna, i yo no he visto sino un caso que tuvo esta terminacion, pero el enfermo murió.

Otros estiman como mas favorable la terminacion por abertura en el pulmon; se comprende que fuera exacta esta opinion, si el absceso se hubiera puesto siempre en comunicacion con un grueso bronquio; pero de ninguna manera cuando el pus se haya fraguado una vía mas o ménos tortuosa a través del tejido pulmonar mismo, i es innecesario insistir sobre los peligros que acarrearía para el enfermo una situacion semejante.

Dada la abertura espontánea en la pleura, el pulmon o los intestinos, creo que lo racional es no cruzarse de brazos i contentarse con sostener las fuerzas del enfermo; creo que siempre que aunque esté el absceso a nuestro alcance, es decir, siempre que no se haya vaciado enteramente i sea posible operarlo, debemos intervenir, sea por la puncion, sea por la abertura a bisturí; ellas nos permitirán lavar ampliamente la cavidad i sustraer al enfermo, en cuanto es posible, a los peligros de una infeccion i permitira cicatrizar la abersura que habia dado paso al pus.

Voi a concluir, señores, pero ántes voi a resumir este trabajo en las siguientes conclusiones:

1.^a Siempre que haya sospechas de la presencia de un absceso hepático, debe procederse a una puncion exploradora, tomando los medios convenientes de desinfeccion. Hecha en estas condiciones, la puncion es enteramente inofensiva.

2.^a La puncion aspiradora no necesita adherencias para ser efectuada.

3.^a Antes de proceder a abrir un absceso con el bisturí, es necesario proceder a determinar adherencias, prefiriendo para esto el método de los alfileres, por ser el mas cómodo i el mas inofensivo.

4.^a La longitud de la incision varía entre 3 i 7 centímetros. Será hecha en un espacio intercostal cuando el absceso proemine en él, o a un traves de dedo bajo el reborde costal.

5.^a Para hacer la incision se introducirá el bisturí por puncion i, en jeneral, se pierde toda la lámina.

6.^a Sea que se puncione, sea que se opere con el bisturí, se tomará las medidas mas estrictas de desinfeccion usando en el segundo caso la curacion Lister.

7.^a Como inyeccion modificadora es mas conveniente la solucion de cloruro de zinc al 2 por ciento que obra mas rápidamente i no tiene las molestias e inconvenientes de la tintura de iodo.

8.^a Como antiséptico conviene añadir a los lavados desinfectantes las inyecciones compuestas de 2 gramos de yodoformo suspendido en 50 de alcohol i glicerina, dejando parte de la inyeccion en la cavidad.

9.^a La puncion aspiradora solo es útil en los casos en que el pus puede ser estraído con toda facilidad i que su cantidad no sea mayor de 500 gramos.

10.^a La abertura a bisturí, hecha con las precauciones de asepsia debidas, es el único tratamiento racional de los abscesos cuyo contenido es mui considerable; el único que permite modificar la gravedad del pronóstico, hasta hacerlo casi completamente favorable, en los casos que puedan ser tratados oportunamente.

ABSCEOS DEL HÍGADO ABIERTOS A BISTURÍ

OBSERVACION NÚM. 1.

Francisco Jorquera, de 30 años de edad, natural de Talagante, residente en Santiago, donde es costador de carne, de hábitos alcohólicos inveterados, de buena salud anterior hasta hace dos años Entró el 14 de julio de 1884.

Anamnesis.—Dice que desde hace 2 años viene sufriendo de dolores localizados al hipocondrio derecho, i cuando éstos faltan tiene una sensacion de peso i tirantez que le molesta mucho. En setiembre del año pasado dice haberse aumentado sus sufrimientos, ha-

ber sentido escalofrios en las tardes i sudores abundantes en las noches, i todo esto acompañado de un malestal jeneral.

Poco despues comenzó a notar que su hígado aumentaba de volúmen a formar un tumor redondo por bajo las costillas, tumor que desapareció varias veces para reaparecer en seguida exasperándose los síntomas jenerales.

En este estado entró al hospital en el mes de diciembre, donde permaneció hasta el mes de marzo del presente año. Ignoro como fuera curado.

El enfermo asegura que su tumor desapareció casi por completo, que no tenia sino una pequeñísima hinchazon en el epigastrio. No ha tenido durante este tiempo ni diarrea, ni vómitos, ni ningun otro síntoma que pudiera indicarnos que el pus, de este absceso, que sin duda ha tenido este enfermo, habia buscado salida hácia algun órgano vecino.

Sea como fuere, el hecho es que el enfermo pudo entregarse a sus ocupaciones hasta el mes de mayo, en que volvia a entrar al hospital para salir en junio, notando de nuevo que su hígado comenzaba a aumentar rápidamente de volúmen hasta alcanzar el que ahora presenta a nuestro exámen.

Estado presente.—El individuo presenta un aspecto demacrado i un tinte subictérico de la piel i francamente ictérico de las conjuntivas.

Tiene anorexia, estado saburral i constipacion. Se queja de sentir escalofrios en las tardes i de tener insomnio, no sudar; ademas adolece de un dolor constante en el hipocondrio derecho, donde encontramos un tumor que se estiende hácia la fosa iliaca derecha, adelgazándose en forma de lengua i continuándose con el parenquina hepático.

Mas abajo del ombligo presenta un surco trasversal que parece dividido en dos. El resto del hígado tiene una consistencia bastante dura.

Los límites del hígado en su parte superior son los normales i se estiende por abajo $24\frac{1}{2}$ centímetros, en la línea mamelar, 26 en la para esternal, siendo normal en la axilar i dorsal (escapular).

Ningun otro fenómeno subjetivo i objetivo nos llamó la atencion.

Nuestro diagnóstico fué: absceso hepático del lóbulo derecho, desarrollado en un hígado que sufre un proceso de esclorosis debido al alcoholismo.

Pronóstico.—Grave.

Para no repetir, espondremos en conjunto la marcha de la temperatura.

Tratamiento.—Propuse una puncion esploradora que nos diera a conocer la calidad i cantidad del pus que debíamos encontrar en el absceso. Debiendo en seguida, si el pus se reproducia, procurar determinar adherencias por un medio cualquiera i abrirlo a bisturí.

El dia 18 lo puncioné por primera vez i estraje 500 gramos de pus, color chocolate, espeso, que salia con dificultad i obstruia a cada paso la cánula. No pudo extraerse mas a pesar de haberse hecho una inyeccion de agua débilmente fenicada i tibia.

En la tarde el enfermo se sentia mas aliviado i no ha tenido ni escalofrios ni sudores.

Dia 22.—Nueva puncion un poco por debajo para ayudar a determinar las adherencias. Se estrajo como 600 gramos de pus i no pudo continuarse por los mismos inconvenientes que en la primera. Se hizo una inyeccion iodada que se dejó en parte.

Se determinó proceder a abrir a bisturí el absceso.

Dia 23.—No estando seguro de las adherencias, iba a determinarlas con la pasta de Viena morfinada; pero despues de levantar la tela que cubria las punciones, pude notar que salia pus por una de ellas.

Dia 24.—Hice la anestesia local por medio del éter, i bajo una atmósfera fenicada procedí a hacer la abertura del absceso. Practiqué en un tiempo una incision lineal de 6 centímetros, a 2 centímetros del reborde costal, en una situacion intermedia a la línea media i mamelar. Hecha la abertura saltó a distancia un chorro de la inyeccion yodada, en seguida pus claro de aspecto casi sano i despues pus espeso color chocolate, acompañado de trozos de detritus del parenquina hepático i de olor desagradable, en cantidad de cerca de 3 litros (sin contar la tintura de iodo, que llenó completamente mas de dos palanganas de curacion). Se lavó el foco con disolucion fenicada al 5 por ciento. Se colocó un tubo de desagüe i se hizo la curacion Lister en toda forma. Durante cuatro dias se hizo la misma curacion.

El 29 se comenzó a inyectar yodoformo suspendido en alcohol en la proporcion de 5 por ciento, dejando una parte de la inyeccion en el foco.

Lentamente se fué modificando el pus i a los diez dias era cremoso, amarillento, espeso i comenzó a disminuir en cantidad.

El 25 de agosto se levantó por primera vez; el 26 de setiembre

se quitó el tubo i el 1.º de noviembre salió de alta en perfecto estado de salud i bastante gordo, hasta el punto de que nadie podría pensar que aun llevara un trayecto fistuloso de unos 2 centímetros de profundidad del cual se escapaban 2 o 3 gotas de pus todas las mañanas. Trayecto que no pudo cerrarse a pesar de las inyecciones a que se le sometió.

Se extrañará que desde el 26 de setiembre, día en que se le quitó el tubo de drenaje, permaneciera hasta el 1.º de noviembre; pero esto fué debido a que yo deseaba permaneciera en el hospital todo el tiempo posible, para ver la marcha posterior de mi enfermo.

Al salir de alta el hígado $\frac{2}{3}$ habia recobrado en todas direcciones sus límites normales.

El tratamiento interno se redujo a algunas lavativas simples, i durante 15 días al uso del jarabe de:

Yoduro de fierro de Blancard.....	300 gramos
» de potasio	4 »

Una cucharada despues de cada comida.

Buena alimentacion.

Temperaturas.—Julio 14, tarde, 38.5.—Julio 15, 37.4=38.8.—Julio 16, 38=38.5.—Julio 17, 38=38.5.—Julio 18, 37.7=38.—Julio 19, 37.8=38.—Julio 20, 38.5=38.—Julio 21, 38=38.—Julio 22, 39.5=38.1 un gramo de muriato de quinina.—Julio 23, 37.7=38.—Julio 24, 37.5=38.5.—Julio 25, 36.5, carne=37.7.—Julio 26, 36.5=37 i continúa con 37°.

Llamo la atencion al tipo i el haber bajado inmediatamente.

OBSERVACION NÚM. 2.

Eleuterio Arce, de 35 años de edad, bien conformado, natural de Rancagua, de hábitos alcohólicos, antiguos, i llevados a veces al último extremo, pues confiesa que durante el año pasado raro era el día en que no estaba ébrio.

Por los síntomas que dice haber experimentado puede afirmarse que muy a menudo ha estado sufriendo de congestiones hepáticas mas o ménos intensas.

Hace dos meses se dió una vuelta de caballo i sufrió fuerte contusion en el hipocondrio derecho. Desde ese momento comenzó a sentir en él una sensacion de peso i tension acompañada de un

malestar jeneral, que si bien le molestaba bastante no le impedia entregarse a sus ocupaciones diarias; a los pocos dias (4 a 5) notó que su hígado aumentaba de volúmen i mas tarde aun notó que enflaquecía i perdía sus fuerzas, continuando, no obstante, desempeñando sus labores, hasta que el 30 de julio entraba al hospital.

Estado presente.—Tiene el paciente un tinte anémico mui pronunciado, sin huellas de icterias, i está tan flaco que la primera impresion que a uno le producía era la de un tuberculoso, tanto que sin hacerle pregunta alguna me puse a examinar sus pulmones, engañado al mismo tiempo por una tos seca i frecuente que tenía el paciente. Anticiparé que el exámen nada me hacia notar en los órganos torásicos. Hace dias tiene mucho frio en las tardes i suda mucho al anochecer i al venir el dia.

Llama la atencion hácia el bulto que tiene en el vientre. En efecto, en el hipocondrio derecho se nota un tumor lijeramente doloroso a la presion, redondo i fluctuante, del tamaño de una cabeza de feto, rodeado de una zona tan densa i resistente que daba una sensacion comparable a la que produciría un hígado cirrótico.

El hígado está considerablemente aumentado de volúmen en el lóbulo derecho, estendiéndose por abajo hasta tres traveses de dedo de la espina iliaca, siendo normal en su límite superior. Sus dimensiones son: 18 centímetros en la línea mamelar, 22 en la axilar.

Diagnóstico.—Absceso del lóbulo derecho del hígado; una puncion exploradora vino a confirmarlo.

Al dia siguiente se hizo una puncion aspiradora que dió salida a 200 gramos de un líquido rosado oscuro, en el que apenas se distinguía huellas de pus. No se pudo estraer mas por haberse obstruido la cánula.

A los tres dias se hizo una nueva puncion i se estrajo 800 gramos de pus color chocolate. Ocho dias despues se estrajo 1,000 gramos. Despues de cada puncion se hicieron lavados desinfectantes en la cavidad. Hasta este momento no se hizo observaciones termométricas.

Dia 22.—En la tarde ha tenido deposiciones frecuentes i acompañadas de mucho tenesmo, compuestas en su conjunto de dos onzas mas o ménos de un pus de aspecto cremoso i mui fétido. El tacto rectal i el exámen con el espéculum hizo ver que el pus provenia de hemorroides internas ulceradas que cedieron pronto a un tratamiento convenienté.

Dia 23.—Habiéndose rezuelto a abrir el absceso con el bisturí,

se procedió a establecer las adherencias necesarias por medio de alfileres, por el método ya descrito, los cuales no le causaron la menor molestia ni durante ni despues de su introduccion.

Dia 26.—Al levantar el apósito, el pus fluia al rededor de cada alfiler, lo que probaba que las adherencias estaban establecidas.

Despues de tomar todas las medidas necesarias de desinfeccion i haber hecho la anestesia local bajo una atmósfera fenicada, penetré a bisturi por puncion en el foco a 2 centímetros bajo el reborde costal entre las líneas mamilar i axilar e incindí las paredes en una estension de 6 centímetros en el trayecto marcado por los alfileres.

Se estrajo dos palanganas llenas de pus, al principio sero-sanguinolento i en seguida de un color plomizo de consistencia mui espesa i conteniendo verdaderos trozos de parenquina hepático destruido. Introduce el dedo en la cavidad del absceso pudiendo notar la depresion que hacian las costillas sobre la pared anterior, que era la única accesible; su superficie era lijeramente mamelonada i de cuando en cuando se encontraban bridas que parecian estenderse de una pared a otra. Despues de lavar el foco con una solucion fenicada al 5 por ciento, se inyectó una solucion de cloruro de zinc al 1 por ciento i se dejó parte en la cavidad. Se hizo la curacion Lister.

Dia 27.—Han cesado los escalofrios i los sudores comienzan a disminuir para desaparecer completamente tres dias despues.

Agosto 1.º.—El pus es francamente cremoso i ha disminuido mucho. A las 6 semanas el hígado ha tomado sus dimensiones normales i la herida está completamente cicatrizada, pero se dejó en observacion hasta el 25 de octubre en que se le dió de alta, al parecer en un estado perfecto de salud.

Reflexion.—Durante 15 dias se le administró el aceite de Bacalao en dosis de dos cucharadas diarias i engordó tanto que el profesor hizo suspender su administracion por temor de que pudiera sobrevenir una esteatosis del parenquina hepático.

Otra.—La temperatura era ántes de operarlo de 37.1 por la mañana i 39.5 en la tarde; el dia que se le operó la temperatura de la tarde fué de 36.9 i siguió normal.

Temperatura.—Agosto 22, no se tomó, 39.8.—Agosto 23, 37.5=38.—Agosto 24, 37.2=38.2.—Agosto 25, 37.1=39.5.—Agosto 26, 37.7=36.9.—Agosto 27, 36.5=36.6. Despues sigue normal. La respiracion i el pulso siguieron las mismas oscilaciones que la temperatura.

OBSERVACION NÚM. 3.

Clodomiro Soto, gañan, de 50 años de edad, de buena constitucion, hábitos alcohólicos, entró el 27 de octubre de 1884 a la clínica del Dr. Ugarte.

Anamnesia.—Hace 22 dias que despues de haber bebido mucho tuvo escalofrios repetidos, quebrantamiento de cuerpo i una puntada en el hipocondrio derecho, debajo de las costillas, puntada que se exasperaba con la respiracion i los movimientos. En los dias siguientes aumentó el dolor, i los escalofrios se repitieron todas las tardes; tenia mucha fiebre. Dice que a las dos semanas notó que su hígado se le hinchaba.

Por lo demas, todas sus funciones se han ejecutado normalmente. En el momento del exámen se notó un edema circunscrito al hipocondrio derecho que está levantado por un tumor blando pastoso que sobrepasa las costillas i doloroso a la presion. El hígado está aumentado de volúmen i tiene las dimensiones siguientes, siendo normal el límite superior: línea paralela 13 centímetros; línea mamelar 18 centímetros; axilar 15 centímetros.

Se diagnosticó un absceso del hígado consecutivo a una hepatitis aguda en un individuo de hábitos alcohólicos.

El absceso hace eminencia en el 9.º espacio intercostal entre las líneas mamelar i axilar, donde se puncionó el 2 de noviembre, estrayéndose 150 gramos de un pus cremoso, lijeramente teñido de sangre i tan espeso que salia con suma dificultad por la cánula i que se coaguló en masa en el frasco del aspirador. Se lavó la cavidad i se hizo una inyeccion iodada. La temperatura oscila entre 37.5 i 38.6.

Noviembre 6.—La temperatura sigue las mismas oscilaciones, los escalofrios se repiten todas las tardes, el sudor continúa i el dolor se ha hecho insoportable no dejándolo dormir. El hígado ha vuelto a aumentar de volúmen i se ha reproducido el pus haciendo eminencia en el 8.º espacio intercostal, donde se hizo una nueva puncion, dando salida a 180 gramos de pus de igual naturaleza al estraído ántes; las fuerzas decaen notablemente.

Noviembre 13.—El enfermo tose mucho; el dolor es mui violento; los sudores mui abundantes; no puede tomar el decúbito dorsal, tiene que permanecer sentado; el enfermo mismo pide una nueva puncion.

Se procedió a determinar adherencias con alfileres para abrirlo a bisturí en el 8.º espacio intercostal.

Noviembre 14.—No ha sufrido casi nada con los alfileres.

Noviembre 15.—No saliendo pus al rededor de los alfileres se resolvió esperar algun tiempo.

Noviembre 18.—No saliendo aun pus, se creyó que esto significaba que habia que atravesar una estension considerable de parenquina sano; se sacó los alfileres i se hizo una nueva puncion, dejando para despues la abertura a bisturí, se estrajo 200 gramos de pus de igual naturaleza que el anteriormente estraido.

Noviembre 28.—El estado jeneral ha continuado decayendõ; se procedió a abrir a bisturí en el 8.º espacio intercostal, haciendo una incision de 2 a 3 centímetros. Se hizo la curacion Lister.

La temperatura bajó en la tarde a 37.1, habiendo sido en la mañana de 38.4; en seguida continuó normal.

A los tres dias el pus habia desaparecido casi por completo. Doce dias despues la herida estaba completamente cicatrizada. El 14 de diciembre salia de alta, habiendo recobrado rápidamente sus fuerzas.

Temperaturas.—Octubre 27 a 19 de noviembre fué constantemente de 37.5 a 38.6, con variaciones de una a dos décimas.

Noviembre 19, 38=38.4.—Noviembre 20, 38.6=38.6.—Noviembre 21, 38.8=38.6.—Noviembre 21, 37.1=38.1.—Noviembre 22 al 26, 37.2=38.4.—Noviembre 27, 38.1=39.—Noviembre 28, 38.4=37. Se abrió a bisturí i continuó normal.

OBSERVACION NÚM. 4.

Juan Antonio Guzman, de 34 años de edad, buena constitucion, minero, mui bebedor de cerveza, entró el 16 de abril de 1884.

Anamnesia.—En octubre del año pasado, a consecuencia de desórdenes alimenticios, de haber bebido mucho aguardiente i haber trasnochado, tuvo escalofrios repetidos i numerosas deposiciones diarreicas.

Se le puso entónces i siguió sintiendo un malestar durante 15 dias, fecha en que se notó una hinchazon del porte de un huevo de gallina, situada en el hipocondrio derecho, bajo el reborde costal i por fuera de la línea mamelar; malestar e hinchazon que no le impedian entregarse a sus trabajos, salvo una vez que otra que solia sentir un dolor bastante fuerte al epigastrio; sudaba mucho al venir el dia. Per hábito obra dos veces al dia. Ha conservado su buen apetito, pero ha enflaquecido bastante.

Estado presente.—Su musculatura i panus adiposo son escasos;

tiene un ligero tinte subictérico; su respiracion es anhelante i cuando forzada dolorosa; pero no hai disnea; pulso débil, depresible, filiforme.

Acusa un dolor bastante vivo en el hipocondrio derecho, dolor que aumenta con la presion i los movimientos i que le impide tomar el decúbito lateral izquierdo.

El hipocondrio derecho está abombado, i ocupado por un tumor blando i fluctuante en parte que le ocupa en totalidad asi como el epigastrio. La matidez hepática se estiende en la línea mamaria 20½ centímetros, 17 en la axilar i 21 en la esternal.

El borde inferior puede sentirse a 4 centímetros bajo el ombligo i está mui duro, lo mismo que la zona que circunscribe la fluctuacion.

Las orinas no contienen ni albúmina ni pigmento biliar.

Diagnóstico.—Teniendo en cuenta los escalofrios, el dolor al hipocondrio derecho, el tinte subictérico i el aumento considerable del hígado, se diagnosticó un absceso hepático del lóbulo derecho.

El dia 18 se puncionó i se estrajo 1,200 gramos de un pus espeso, lijaramente teñido de sangre, color chocolate en leche, obstruyéndose en seguida la cánula. Se inyectó: iodo metálico, 4 gramos; ioduro de potasio 4 gramos i agua lijaramente alcoholizada 400 gramos.

El dia 23 habiéndose reproducido el pus, despues de tomadas todas las medidas de desinfeccion convenientes, se abrió el absceso a bisturí i se estrajo 2,000 gramos de pus. Se hizo la curacion antiséptica, se lavó i pulverizó borato de soda al 5 por ciento.

En ningun momento ha habido fiebre.

El tratamiento interno consistió únicamente en algunas pociones con quina. En los dias subsiguientes se usó la misma curacion.

Poco a poco se fué mejorando el estado jeneral, modificándose i disminuyendo la supuracion.

En el curso de su convalescencia tuvo una disenteria lijera que, curada convenientemente, no perturbó en nada la curacion.

El 1.º de julio salia de alta completamente curado.

OBSERVACION NÚM. 5.

Miguel Flores, de 44 años, de edad, de Limache, hábitos alcohólicos, entró el 25 de julio de 1884.

Llega al hospital con todos los síntomas de una hepatitis supu-

rada. Se le hace una puncion el 28 de julio i se estraen 500 gramos de pus espeso.

Agosto 6.—Se reproduce el pus i se abre anchamente a bisturí; tubo permanente. El 31 de agosto la supuracion se encuentra mui disminuida, no queda, al parecer, sino el trayecto del tubo; el 5 de setiembre la cicatrizacion es completa i el 27 sale de alta en buen estado de salud.

ABSCESOS HEPÁTICOS CURADOS POR PUNCION.

OBSERVACION NÚM. 1.

José Tomas Aranedá, de 34 años, casado, natural de Taguata-gua, cervecero, hábitos alcohólicos, temperamento linfático nervioso, entra el 18 de agosto de 1884 a la sala de clínica del Dr. Ugarte.

Anamnesis.—Dice el enfermo que cuando se excedia de sus 6 botellas de cerveza que se tomaba por dia o tomaba aguardiente, sentia un dolor bastante agudo en el hipocondrio derecho.

Hace un año que tuvo el hígado aumentado de volúmen, todo lo cual pasó, merced a purgantes repetidos. Ha sentido i siente dolores vagos en las espaldas, así como en la rejion precordial, palpitations cuando se impresiona en algo. Tos seca; náuseas i vómitos pituitosos matutinos.

Desde hace 14 dias, por exceso de la injestion de sus bebidas habituales, se agravaron sus sufrimientos por lo que se vió obligado a recurrir al hospital.

Estado presente.—Al presente se nota en el hipocondrio izquierdo un tumor del tamaño de una naranja pequeña rodeado de una zona bastante dura. Dando el todo la sensacion de un tumor canceroso, reblandecido en el centro.

La matidez hepática es normal en el lado derecho. En el izquierdo normales, en el límite superior descende a 4 centímetros del reborde costal,

Se diagnosticó un absceso pequeño del lóbulo izquierdo en un hígado en el cual parece principia a desarrollarse un proceso cirrótico.

Se puncionó con el aparato de Potain i se estrajo 250 gramos de pus blanco amarillento, cremoso, de las cualidades del que llamamos loable.

La temperatura ha fluctuado ántes de la puncion entre 37.5 mañana i 38 en la tarde; despues entre 36.8 i 37.2.

El pus no se renovó despues, recobrando el hígado sus límites fisiolójicos.

Salió de alta el 19 de setiembre perfectamente curado.

Temperaturas.—Dia 20, 38.—Dia 21, 37.5=38.5.—Dia 22, 37.2=39.1.—Dia 23, 37.3=38.—Dia 24, 37.5=38.5.—Dia 25, 37.6=38, puncionado.—Dia 26, 36.8=37. Sigue normal.

OBSERVACION NÚM. 2.

Isidoro Tobar, de 60 años de edad, mala salud anterior, constitucion débil, entró el 16 de mayo de 1883 a la clínica del Dr. Schneider.

Presentaba el cuadro de una disenteria catarral que no ofrecia particularidad alguna.

El dia 20 habia desaparecido i el enfermo comenzaba a sentir un dolor lijero al hipocondrio derecho, que fué aumentando gradualmente.

El 27 tuvo vómitos biliosos, escalofrios i se constató un pequeño aumento del hígado. Este aumento progresó rápidamente en una estension circunscrita entre la línea para esternal i la mameolar, i donde se presentó bajo el reborde costal un tumor del porte de una naranja, al principio pastoso, despues blando i casi fluctuante.

El 29 se hizo una puncion aspiradora i se estrajo 300 gramos de pus cremoso, lijeramente teñido de sangre, que salia con facilidad; se hizo despues una inyeccion yodada.

Junio 2.—El tumor ha tomado las dimensiones de una cabeza de feto i se puede percibir claramente la fluctuacion. Nueva puncion con estraccion de 435 gramos de pus cremoso. Inyeccion yodada, dejando parte en la cavidad.

Junio 12.—Se reproduce el pus; se puncionó nuevamente i se estrajo 125 gramos de pus igual al anterior; se repitió la inyeccion.

El pus no volvió a reproducirse i el enfermo salió de alta el 28 de junio, teniendo el hígado sus límites fisiolójicos.

El estado jeneral no ha ofrecido particularidad alguna; la temperatura ántes de la puncion fluctuaba entre 37 i 39, i se hizo normal despues de la primera puncion.

OBSERVACION NÚM. 3.

N. N., de 56 años, casado, buena salud anterior, hábitos alcohólicos, entra el 18 de mayo del 84 a la clínica del Dr. Ugarte.

Hace 18 días, después de beber licor hasta la embriaguez, sintió dolor al hipocondrio derecho, escalofríos i malestar jeneral, síntomas que aun persisten.

Estado actual.—Además de los fenómenos anteriores, el enfermo presenta palidez icterica en las conjuntivas i la cara. Temperatura de 37.8 en la mañana i 37.9 en la tarde.

Estado saburral de la lengua i falta de apetito. Hígado aumentado: por su parte superior llega la a 5.^a costilla en la línea mamaria i a la 7.^a en la axilar. Dimensiones: línea mamaria 18 centímetros; axilar 19 centímetros:

Diagnóstico.—Hepatitis supurada.

Los días siguientes las oscilaciones termométricas fueron más marcadas, fluctuando en 38.5 i 39° por las mañanas i 39.5 en las tardes.

Día 24.—Persistencia de todos los síntomas. Se practica una punción i se extraen 945 gramos de un pus líquido uniforme. Se hace una inyección iodada.

Día 26 de mayo.—Temperatura media, 39. Tarde, 40. Postración tifoidea.

Mayo 28.—Temperatura 40°, en la tarde 39.6. El hipocondrio derecho está levantado bajo el reborde costal; fluctuación. Se determina abrir a bisturí al día siguiente.

Mayo 29.—Temperatura 38.4; tarde 39.4. La tumefacción del hipocondrio ha disminuido. Desaparición completa de la matidez hepática. En la noche el enfermo había tenido deposiciones sanguinolentas abundantes. Se diagnosticó la abertura del absceso en el cólon i se suspende por lo tanto la operación. Tratamiento, dieta láctea.

Mayo 30.—El enfermo muere a las 3 P. M. Al día siguiente la autopsia confirmó el diagnóstico.

OBSERVACION NÚM. 4.

N. Contreas, de 39 años, zapatero, hábitos alcohólicos, entra el 11 de julio de 1883 a la clínica del Dr. Schneider.

Por los antecedentes del enfermo i el examen del estado actual se llega a comprobar un absceso del hígado.

El límite inferior del hígado descendía de la línea umbilical, mamelar i axilar en 4 centímetros, estando a su nivel en la esternal. Temperatura en la mañana 37.6 i 38 en la tarde.

Julio 12.—Temperatura 37.2. Se hizo la puncion i se estrajo 2,475 gramos de pus color ladrillo, fétido. Inyeccion yodada con parte en la cavidad.

Las fuerzas siguen decayendo, aun despues de la puncion de un tratamiento tónico. El 16 de julio se aplicó emplasto de Vigo en la rejion del hígado para provocar adherencias i abrir a bisturí.

La temperatura oscilaja entre 37 i 38.5.

El 20 de julio se hizo una nueva puncion, por no permitir las fuerzas del enfermo abrir ampliamente, estrayéndose 2,520 gramos esta segunda vez, de un líquido purulento mui fluido, color café con leche, inyeccion iodada en seguida.

Los síntomas jenerales se acentúan cada dia mas; la temperatura alcanza en las tardes, hasta 39.7. Murió el 26 de julio.

En la autopsia se encontró un hígado que contenia 3,000 gramos de pus i el parenquina estaba reducido a una corteza de 3 centímetros de espesor.

MEDICINA. La Kairina: lijera reseña sobre sus propiedades i aplicaciones.—Memoria de prueba de don José Agustín Ramírez G. en su exámen para optar el grado de licenciado en la Facultad de Medicina, leida a principios de enero de 1885.

Honorable comision examinadora:

Desde que se supo apreciar el inmenso rol que desempeña el elemento calor en la evolucion de los diversos procesos mórbidos que los producen; desde que se midieron los peligros que acarrea siempre una alta cifra térmica, llegando en muchas ocasiones a dominar por completo el cuadro de las indicaciones, se han puesto en práctica todos los medios conocidos con el objeto de combatir este síntoma.

La verotrina, la digital i la quinina primero, las preparaciones salicilicas, el bengoato de soda, la resorcion, etc., despues, han sido empleados sucesivamente con mas o ménos entusiasmo i con éxito variable. La quinina, medicamento heróico como sabemos, en cier-