

Vargas (Sol)

# BREVE ESTUDIO

sobre el

DIAGNOSTICO\_DIFERENCIAL

de los

# ABCESOS DEL HIGADO

ABIERTOS EN LA PLEURA.

TESIS INAUGURAL

Por Eduardo Vargas,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO.



REGISTRATION OFFICE

JUL 16 1889

MEXICO.

IMPRENTA DE JOSE VICENTE VILLADA,  
1.ª CALLE DEL 5 DE MAYO NUMERO 3.

1879.

So. Dtor. José M.<sup>a</sup> Bandera



# BREVE ESTUDIO

sobre el

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

de los

# ABCESOS DEL HIGADO

ABIERTOS EN LA PLEURA.



TESIS INAUGURAL

**Por Eduardo Vargas,**

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO.



LIBRARY  
SURGEON GENERAL'S OFFICE

JUL 15 1899

MEXICO.

IMPRENTA DE JOSE VICENTE VILLADA,

1.ª CALLE DEL 5 DE MAYO NUMERO 3.

1879.

BREVE ESTUDIO

DE LA

ARTE DEL HIGADO

DE LA TIERRA

DE LA TIERRA

Por Eduardo Vargas

DE LA TIERRA

Al Sr. Don Francisco de P. Hidalgo

DE LA TIERRA

MEXICO

IMPRESA DE JOSE VICENTE VILLALBA

N.º 10 CALLE DEL PRINCIPAL

1875

## A mi padre.



Al Sr. Don Francisco de P. Urquidi.

PEQUEÑA PRUEBA DE CARÍO.

A mis maestros

los señores doctores

D. Manuel Carmona y Valle, D. Rafael Lavista  
y D. Ildefonso Velasco.

**E**N día, en la Clínica, después del más minucioso estudio hecho á la cabecera del enfermo que ocupó la cama núm. 5 de la sala, y cuya historia consigno, quedé vivamente impresionado en vista de las dificultades casi insuperables que se presentaban para poder fundar el diagnóstico de su enfermedad. Leí con entusiasmo los preciosos escritos de nuestro sabio clínico el Dr. Miguel Jimenez, y no pudiendo encontrar en ellos algo aplicable á nuestro caso, me hice el propósito de seguir muy de cerca las investigaciones, que sobre este importante asunto, ocupan actualmente la atención de nuestro digno catedrático de Clínica, el Dr. Manuel Carmona y Valle.

No es mi ánimo el reproducir en este pequeño ensayo los cuadros conmemorativos y sintomáticos, que con tanto esmero se hallan consignados en los notables trabajos de Jimenez, Rouis, Castro, etc.; ni tampoco el de estudiar todos y cada uno de los signos que en ellos se expresan. Mi objeto es únicamente, hacer el estudio del valor semeiótico que pueden tener algunos de los datos observados en nuestros enfermos; y el de hacer fijar muy particularmente la atención sobre los resultados obtenidos: por una parte, del examen microscópico del pus hepático; y por la otra, de la notable disminución de la urea en esta clase de lesiones del hígado. Dos datos que bien estudiados y analizados por los observadores, pudieran ser de grande utilidad, y quizás en algunos casos, indispensables para poder establecer el diagnóstico de los abscesos del hígado abiertos en la cavidad de la pleura.

Muy débiles son mis esfuerzos para pretender abarcar el estudio que me he propuesto; y como estudiante, mi honorable Jura-

do tendrá en consideracion, el que, únicamenae estoy iniciado en el difícil arte de la Medicina. Su benevolencia le hará tener presente al calificar esta Tesis, cuán difícil es el estudio que he emprendido.

Como se verá al leer mi pequeño trabajo, estudio en él muy especialmente, el modo de hacer el diagnóstico diferencial, entre los absesos del hígado abiertos en la pleura derecha, y los derrames purulentos en la pleura del mismo lado.

Empezaré, pues, por dar á conocer desde luego, la importante historia del núm. 5 de la sala de Clínica. En seguida, haré la apreciación de algunos de sus datos mas interesantes, así como tambien la de algun otro que pertenece á un enfermo del hospital San Lúcas, y cuya observacion consigno mas adelante.

#### OBSERVACION PRIMERA.

El día 28 de Enero de 1878, ocupó Manuel Carreon, la cama núm. 5 del Servicio de Clínica interna. Este enfermo era un hombre de 30 años de edad, herrero de oficio, y soltero. La enfermedad que le hizo entrar al Hospital de San Andrés, databa de un poco mas de seis meses; su salud anterior habia sido buena; no habia ningun antecedente de herencia, ni padeció fiebre eruptiva alguna; costumbres alcohólicas, denunciándose ya por pequeñas terigiones de color verde-aceituna, y por el corto é intranquilo sueño; estaba enflaquecido, pudiéndose decir que llevaba en sí el gérmen de algun mal que lo envejecia prematuramente.

La etiología y principio de sus padecimientos, fué como sigue: yendo de paseo, comió alimentos indigestos, y bebió tlachique hasta embriagarse; le cayó encima un aguacero, y refugiándose en la estacion del Ferrocarril, se quedó dormido con la ropa empapada. El día siguiente al despertar, se sintió acalentrado y con calosfrio; en la tarde del mismo día, ardía en calentura, como él decia, deliró, tuvo una tos seca, y una punzada en el lado derecho del tórax; no recordó haber tenido ese día, ánsia ni ningun trastorno digestivo, fuera del que experimentara otras veces, despues de un exceso alcohólico. No hubo hipo ni esputos.

Durante 6 ú 8 días, la fiebre le hizo perder por entero el conocimiento, de modo que no pudo decir nada de esa época, y solo recuerda que se acostaba sobre el lado derecho para calmar el do-

lor. Cuando volvió en sí, se encontró con ánsia, tos, quebranto general; el mas ligero movimiento le ocasionaba dolor; constipacion, boca amarga; no hubo hipo ni icteria. El dolor se habia fijado en el costado derecho, no existiendo ninguno en la espalda; por ese tiempo, sus orinas tenian el color del azafran.

Estos síntomas persistieron mas ó menos intensos, como por 3 meses, haciéndose notar, sobre todo, un pequeño calosfrio, que le acometia por las tardes, seguido de ligera humedad del cuerpo. Extremidades frías.

Durante el siguiente mes, estuvo, decia el mismo Carreon, cayendo y levantando, con el dolor mas ó menos intenso, con calentura ó sin ella, llegando algunas veces la dispnéa, hasta amenazar sofocarle; edéma de los piés; por ese tiempo notó que se le abultaba el vientre, del lado derecho, abajo del reborde costal. Sin embargo, desde entónces hasta la fecha de su entrada en el Hospital, habia mejorado relativamente, y ocho noches llevaba de no tener fiebre.

Pasaré ahora á lo que entónces podia llamarse el estado actual. Desde luego se nota la dispnéa, pues el enfermo acostado sobre el lado derecho, tiene su respiracion anhelante y difícil; al sentarse le vienen accesos de tos. El paciente, siente un gran cansancio general; tiene buen apetito, alguna sed; no hay basca, pero la lengua tiene un ligero barniz blanquizco; no hay hipo, sigue constipado; no hay dolor en el hombro, pero si en el costado exacerbado por la presion. El calor en la piel es normal, 36°6 en la axila; el pulso frecuente, pequeño y depresible, regular en ritmo y en intensidad.

Como las primeras respuestas del enfermo llamaron nuestra atencion sobre el torax, allí encontramos: Por la inspeccion de la parte posterior, que el lado derecho estaba abultado, pero mas inferior que superiormente; los espacios intercostales abovedados, convexos; la piel lisa y como luciente; las costillas inferiores inmóviles, las superiores apenas se elevaban, y todo esto contrastando con la gran movilidad y libre juego del otro lado. Por la parte anterior, se notaba una cosa semejante, pero además, se fijaba la vista naturalmente en un abultamiento del lado derecho y superior del vientre, que llegaba abajo, al nivel de una línea que pasase por la cicatriz umbilical, continuándose arriba con el abultamiento de la base del torax; además, se ve palpar el corazon con gran fuerza, latiendo su punta al nivel del 6° espacio intercostal, y casi sobre la línea axilar. La palpacion, confirma lo que nos hizo ver la inspeccion, los espacios intercostales están agrandados, las costillas del lado derecho, no cambian de posicion, durante los movimientos respiratorios; y por último, en va-

rios espacios es bien marcada la fluctuacion perpendicular, siendo allí la presión mas dolorosa, el dedo deja una impresión profunda á este nivel; habia un edema sub-cutáneo, en la misma mitad derecha, que se extendia hasta el dorso, y un poco al vientre; las vibraciones faltaban del lado derecho; eran poco más ó menos normales en el izquierdo. Además, el borde cubital de la mano, así como la percusión limitaban el borde cortante del hígado, al nivel de la saliente que la inspección nos señaló, sintiéndose al mismo tiempo una sensación como de pastosidad elástica. La medición nos dió  $2\frac{1}{2}$  c. m. en favor del lado derecho. La percusión, matitez por la parte posterior desde el vértice hasta la base, menos entre el borde espinal del omóplato y el raquis; en el momento de percudir, era marcada la resistencia al dedo. Por la parte anterior, habia claridad desde el vértice hasta la clavícula; más abajo oscurecia el sonido para hacerse casi inmediatamente mate hasta el vientre. Sobre la línea axilar, matitez en toda la altura. La mitad izquierda, poseía su sonoridad normal.

Por la auscultación, se percibia un soplo ligero en la fosa supra-espínosa; en la infra-espínosa, soplo mas fuerte y egofonia; mas abajo, nada; hácia la canaladura, se percibia la respiración débil. Por delante, en el vértice, se oía débil la respiración; desde ese nivel, ausencia de ruidos. En la parte superior de la axila, respiración débil; luego, silencio absoluto.

Como medio de diagnóstico y de tratamiento, se hizo una punción con el aspirador Potain, al nivel del 6.º espacio intercostal, obteniéndose  $2\frac{1}{2}$  litros de un pus color de champurrado, con todos los caracteres macroscópicos que conocemos al pus hepático. Al microscopio se presentaba con los caracteres citados en otra parte de este trabajo. El enfermo se mejoró inmediatamente después de la punción; se vió que el abultamiento del hígado disminuía, que los espacios intercostales se marcaban; pero por de pronto, no se pudo notar cambio apreciable del lado del torax. Sin embargo, al día siguiente, el sonido claro de la parte anterior, bajaba unas cuantas líneas más que por la parte posterior: era el sonido más claro, aunque habia diferencia comparado con el del lado izquierdo, hasta la 6.ª costilla. Las vibraciones del torax bajaban al mismo nivel; el murmullo vesicular podia oírse en toda esa altura. En el límite superior de la matitez, egofonia, y mas arriba frote pleural. Por la medición solo quedaron  $1\frac{1}{2}$  c. m. en favor del lado derecho. Después de la primera punción, se hicieron otras en varios puntos, y en diversas alturas, ya en la axila, ya en la parte anterior; en todas ellas se obtuvieron buenas cantidades de un pus, siempre con los caracteres mencionados. Por varios meses, y bajo la influencia de un plan tónico, el en-

fermo se mejoró; pero la colección purulenta se reproducía sin cesar; vino la diarrea que se logró contener por algun tiempo, no siendo extraño, en estas alternativas, la existencia ó ausencia de calenturas y de sudores. Los signos físicos, no presentaron nada notable para nuestro objeto; únicamente diré, que una vez fijado el límite superior de la matitez, y colocado el enfermo en la posición supina, si se le hacía sentar, subía aquella uno ó dos dedos. Apareció luego durante 4 ó 5 días, aquel mismo pus en los esputos, y por último, despues de catorce meses de desesperada y heroica lucha, aquel organismo acabó por sucumbir.

#### AUTOPSIA HECHA EL 6 DE SETIEMBRE DE 1878.

Abiertas las dos cavidades que nos interesaban, se notaba inmediatamente en la parte lateral derecha del torax, una bastísima cavidad ovoidea, llena á medias de un pus grumoso, idéntico al obtenido por la toracentesis, en el que nadaban colgajos blandos de tejidos destruidos. La mitad superior reproducía en su forma la figura del pulmon; de modo que, limitada hácia la línea média y de adelante atras por los mediastinos y el pedículo del pulmon, lo estaba adelante y afuera, por la parte interna de la pared torácica, y pasando debajo de la clavícula, subía un poco arriba de ella, hácia la parte superior de la gotera vertebral y en pedículo del pulmon, quedaban algunos restos de éste informes, desconocidos y forrados de falsas membranas; éstas existían en toda la cavidad, que exhalaba un insoportable olor. Pero en donde existía la duda, precisamente el punto interesante, era en la parte inferior; en efecto, habia una escavacion de concavidad superior, ocupando el lugar de la connexidad de la glándula hepática, pero que estaba cubierta de una densa y resistente membrana fibrosa; y que para algunas de las personas que estaban presentes, era el diafragma rechazado hácia abajo; sin embargo, mucho mas arriba, habia un tabique incompleto, cubierto tambien de neo-membranas, cóncavo hácia abajo, que fijándose afuera á las últimas costillas, y cubriendo solo los tres cuartos posteriores de la cavidad torácica, se perdía atras insensiblemente, continuándose con la base del pericordio. Disecada con cuidado, se vió que en efecto, era el diafragma, pues se continuaba con el resto del músculo, que se pudo seguir hasta sus pilares; el trabajo de ulceracion habia destruido en una grande extension de sus inserciones anteriores; la cavidad del absceso hepático, y

la torácica, no hacian sino una sola. El lóbulo derecho del hígado, había sido en gran parte devorado, y en cuanto á la capa fibrosa que limitaba la cavidad del foco, no era cosa extraña, pues es comun encontrarla en los antiguos abscesos del hígado.

---

Entre los datos conmemorativos de este enfermo, y que bien pudieran referirse á la existencia de una hepatitis aguda, tenemos los siguientes.

1. ° UNA FUERTE INDIGESTION (misere), provocada á la vez por la ingestion de sustancias indigestas y la embriaguez. Esta es una causa eficiente á la que el Sr. Jimenez dá una importancia suma, como lo hace ver en sus lecciones clínicas, y no titubea en darle el primer lugar, muy particularmente si el cólera esporádico recae, en personas no acostumbradas á semejantes orgías, Creo de oportunidad mencionar en este lugar, la notable relacion que existe entre el alcoholismo y las hepatitis, no solo las que se clasifican de alcohólicas, sino aún las simples, como lo hace ver el Dr. Demetrio Mejía en su interesante Memoria.

2. ° EL DOLOR PUNGITIVO de que nos hizo mencion el enfermo. Como se verá por su historia, faltan muchos de los caracteres del dolor propio de los abscesos del hígado, pues no solo no existió dolor en la espaldilla derecha, en todo ó en parte del miembro superior correspondiente, sino que tampoco acusaba sensacion alguna de peso, ó de embarazo en el hipocondrio. Habia hasta cierto punto el derecho de referirlo á otra cosa que no fuera una hepatitis aguda; á una pleuresia, por ejemplo. Sin embargo, el dolor tal como lo describia el enfermo, llama la atencion por su sitio, y por su larga duracion; en cuanto al sitio, lo referia al costado derecho, siendo mas intenso hácia la base del tórax, y ocasionándole, cuando menos, en parte, la dispnea. En efecto, el dolor pungitivo de la pleuresia tiene su sitio constante al nivel de la tetilla, su duracion varia, pero generalmente al cabo de seis ú ocho dias á lo mas, ha desaparecido. Estos dos caracteres

del dolor, pueden tener ciertamente su valor diagnóstico, tanto mas, cuanto que comprimiendo la glándula hepática, en su porcion accesible en el vientre se podia despertar un dolor sordo, profundo, aunque muy poco manifesto.

3.º La ictericia, así como la coloracion amarillenta de la orina, que dice el enfermo tuvo al principio de su enfermedad, es un dato de alguna importancia; sobre todo en los pocos casos en que pudiera subsistir despues de la formacion del absceso; pero mas comunmente sucede que desde que éste se establece, la ictericia, como la coloracion particular de la orina desaparecen, dejando en su lugar la palidez propia de las afecciones graves.

Entre los datos físicos que pudieran convenir á un absceso del hígado abierto de la cavidad de la pleura derecha, tenemos los siguientes:

1.º Abovedamiento del lado derecho del tórax, mas marcado inferior que superiormente, continuándose con un abultamiento manifesto del vientre, producido por el descenso del hígado, hasta el nivel de una línea transversal pasando por la cicatriz umbilical. En esta parte del vientre, como en el tórax, habia un empastamiento notable, marcándose mas en las paredes torácicas. Podia notarse ademas, cierto grado de retencia, aunque ligera, en las paredes mismas del abdómen, y al nivel de la porcion accesible del hígado.

En los derrames de pecho, cuando estos llenan toda la cavidad pleural de un lado, no sucede lo mismo: el correspondiente del tórax, se dilata en todas direcciones, y sobre todo al nivel del diámetro vértebre-mamario. En derrames menos considerables, ordinariamente enquistados en las regiones inferiores y posteriores de la cavidad pleural, la dilatacion del tórax está limitada al lugar correspondiente del derrame, y casi siempre por la parte posterior. El empastamiento, rarísima vez llegará á hacerse perceptible en el vientre.

A veces suele acontecer, como puede verse en la observacion núm. 2, que la infiltracion y empastamiento mas ó menos marcados de las partes blandas en el hueco hepigástrico, se acompa-

ñan del engurgitamiento de algunas venas superficiales, indicando así el desequilibrio en la circulación de la region, al mismo tiempo que un obstáculo á la circulación profunda; puesto que la sangre que por ella debia pasar, se desvia siguiendo la ley de compensacion, hácia la via mas fácil, hinchando las venas superficiales.

Si este dato viniera á presentarse, acompa ñando á los que llevo ya valorizados, y atendiendo siempre al cuadro general del enfermo, la sospecha del práctico, sobre la existencia de un absceso del hígado abierto en la cavidad pleural, quedaria muy robustecida.

Quiero ya ocuparme únicamente, del enfermo que estuvo en la cama número 5 de la sala de Clínica, y debo hacer notar desde luego, que en sus antecedentes, nada pudo encontrarse que diera á sospechar la existencia intercurrente de una pleuresia sobreaguda, como casi siempre acontece, cuando un absceso hepático hace irrupcion en la cavidad de la pleura. Así es, que no hubo nunca ese dolor pungitivo, que en el curso de la enfermedad, estalla súbitamente, y que deja al enfermo estacado, sofocando su respiracion.

Cierto es que se han observado casos en que, llegando el pus á la pleura no determina los signos que pudieran esperarse. La ausencia de dichos signos en nuestro enfermo, motivó la siguiente explicacion, dada á *posteriore* por el Sr. Carmona, que confirman, la Clínica y la Anatomía Patológica. En este caso excepcional, no es la pleuresia adhesiva, que de ordinario se establece para que el pus sea evacuado por los brónquios; la pleuresia que aquí se desarrolla va acompañada de un derrame seroso, que produciéndose poco á poco, mantiene separadas las dos hojas de la pleura: de suerte que, al perforarse el diafragma, el pus tiene necesariamente que hacer irrupcion en la cavidad de la pleura.

Quede pues asentado, que por el conmemorativo del enfermo, apenas podia sospecharse la irrupcion del pus en la cavidad pleural.

Ahora bien; haciendo la semeiótica de todos los datos que se refieren al enfermo, del que muy especialmente me ocupo, la ver-

dad es, que no pueden pasar de signos de presuncion; tomándolos en su conjunto, su valor diagnóstico aumenta, puesto que este último, tiene que ser el resultante de todos los demás; pero toda probabilidad que inclinara á hacer el diagnóstico de un absceso del hígado abierto en la pleura, viene abajo si se examina detalladamente el cuadro sintomático del enfermo; la vacilacion, la duda tiene que subsistir, no pudiendo fundar el diagnóstico; ni el de un absceso del hígado abierto en la pleura; ni el de un derrame purulento de pecho. En efecto, al lado de todos los datos que pudieran hacer inclinar en favor de la primera suposicion, como son: Entre los conmemorativos, una fuerte indigestion; el dolor en el costado derecho; el calosfrío, la calentura; el estreñimiento; los signos de una supuracion. Entre los físicos: el abultamiento del tórax y del vientre; el abatimiento del hígado; el empastamiento del lado derecho del tórax, continuándose con el del epignastrio, se encuentran los siguientes, que mucho indican en favor de la segunda suposicion. Entre los conmemorativos: Una mojada; enfriamiento; dolor pungitivo, tos; dispnea, los signos de una supuracion. Entre los físicos: abultamiento del tórax; abatimiento del hígado; desviacion del corazon; edema de las paredes torásicas. A la percucion: sonido mate, desde el vértice hasta la base del tórax por la parte posterior, ménos hácia la canaladura costo-vertebral; soplo; egofonia, etc., como signos de un derrame.

En esta vacilacion, que tanto preocupaba á nuestro digno catedrático de Clínica, como á nosotros cursantes de la misma, se hizo una puncion con el trocar del aspirador Potain, sobre la línea axilar y al nivel del 6<sup>o</sup> espacio intercostal, con el objeto de que pudiera servir á la vez, como medio de diagnóstico y de tratamiento. En esta primera puncion, pudieron extraerse dos y medio litros de un líquido, cuyo aspecto no pudo menos que arrancar una exclamacion general. Tan parecido así era por su aspecto, consistencia y coloracion, al pus hepático color de champurrado. El olor peculiar al pus, y que el Sr. Dr. Jimenez ha comparado al que exhalan las secundinas, no era perceptible para muchos; aunque sí lo era más ó ménos para algunos otros. Percutiendo y auscultando, inmediatamente despues de la pun-

cion, la caja torácica, no se notó cambio alguno; la matitez con su misma extension; y ninguna alteracion en los ruidos estetoscópicos.

Del lado del abdómen, sonido macizo, desde el borde inferior de la clavícula, hasta unos cuantos centímetros arriba del ombligo; lo que hacia ver, que el borde inferior del hígado, se habia elevado; fenómeno que comprobó la palpacion hecha por el vientre.

¿Cómo explicar este cambio de relaciones de la glándula hepática? ¿Cómo interpretar la persistencia de los fenómenos dados por la percusion y auscultacion del tórax? ¿De qué manera cerciorarse, de si el pus que se tenia allí, á la vista, venia del hígado ó de la cavidad de la pleura?

Una de estas dos explicaciones pudieran darse: 1.º El trocar penetró en la glándula hepática, hasta el absceso; y vaciándose este, sus paredes pudieron retraerse, trayendo consigo la disminucion del volúmen del hígado. 2.º La cánula penetró á la cavidad de la pleura; por ella pudo extraerse parte de su contenido, y el hígado tendia entonces á ocupar su posicion normal.

En cuanto á la persistencia de los fenómenos dados por la percusion y auscultacion, serian debidos: Los primeros, á la existencia de falsas membranas engrosadas, y depositadas en las hojas de la pleura. Los segundos, al rechazamiento y compresion del pulmon, permanentes ya, en virtud de las adherencias, y de la carnificacion más ó ménos extensa del mismo órgano.

Finalmente, el pus que se tenia á la vista ¿venia del hígado ó de la cavidad pleural?

La verdad es, que la primera suposicion, á la que se ve uno inclinado, no convence; porque por una parte, el pus de un derrame purulento de pecho, puede tener en algunos casos, el mismo aspecto; la misma consistencia, el mismo color, y hasta un olor muy semejante al del pus hepático. Por la otra, siendo un punto ya demasiado alto, aquel á cuyo nivel se hizo la puncion ¿no seria mas de presumirse el que se hubiera caído en la cavidad pleural mas bien que en el hígado?

Vienen en apoyo de este modo de ver, muchos síntomas de

gran peso, que están patentes en el cuadro de nuestro enfermo; y que hacian inclinar poderosamente á creer en la existencia de un derrame purulento.

Mi inteligente compañero, Miguel Otero, dueño de este enfermo, sostuvo en la cátedra de Clínica, el diagnóstico de: absceso del hígado abierto en la cavidad de la pleura derecha, para lo cual se fundó en algunos de los síntomas observados en el enfermo, y sobre todo, en los caracteres del pus extraído por la puncion.

Nuestro respetable catedrático, el Sr. Carmona, despues de haber hecho en la clínica el estudio mas detallado del enfermo; despues de haber valorizado todos y cada uno de sus datos, que parecian haberse agrupado caprichosamente para desafiar la sagacidad del práctico, muy elocuentemente nos hizo ver la imposibilidad que habia para poder establecer el diagnóstico diferencial, y apoyaba su juicio en algunas de las consideraciones que llevo expuestas, y que temo mucho liaber interpretado mal, haciendo que fijásemos muy particularmente la atencion sobre la posibilidad de encontrar un pus, que, teniendo su origen en la pleura, fuese idéntico por su apariencia con el pus hepático, pues que la observacion nada decia para poderlos distinguir.

Ya el sábio Clínico Mexicano, el Sr. Jimenez, manifestaba en sus lecciones la urgente necesidad de hallar, para circunstancias difíciles, caracteres que distinguieran unívocamente, las materias que se suponen provenientes de un foco hepático.

Todos nosotros pudimos ver, al microscopio, el pus de nuestro enfermo, obtenido por la puncion, en él se encontraban ciertamente, granulaciones algunas degeneradas en grasa; leucocitos, glóbulos rojos de sangre, etc., pero no se tenia carácter unívoco alguno, que pudiera referirse al pus hepático, pues nadie lo habia señalado. Los mismos elementos se encuentran casi siempre en el pus de un derrame purulento de pecho.

Antes de dar á conocer algunas observaciones microscópicas del pus hepático y del pus de los derrames purulentos de pecho, así como el resultado á que han dado lugar en la clínica, consig-

no aquí la historia de otro enfermo, muy interesante también, tanto porque nos hace ver que la irrupción de un absceso hepático en la cavidad de la pleura, no es una cosa muy rara, como porque es un hecho bien elocuente para traer una vez más la convicción, de que aún en estos casos, en los cuales el pronóstico es terrible, la punción hecha con oportunidad pudiera salvar al enfermo.

Los datos de esta observación fueron tomados por Fernando López, entonces practicante de número en el Hospital de San Lucas.

#### OBSERVACION SEGUNDA.

Se trata de un enfermo que se presentó á la clínica el día 30 de Mayo de 76.

Es un individuo natural de Guadalajara, de 28 años de edad, de oficio jornalero, y de temperamento sanguíneo-linfático. No habiendo tenido ocasión de observarlo desde el principio de su afección, referiré sumariamente los datos que he podido recojer, para ocuparme mas especialmente de lo que yo mismo he observado.

Individuo de costumbres disipadas, según él refiere, cometía, desde hacia mucho tiempo, excesos con el licor llamado tequila, sin que le hubiera sobrevenido nunca otra cosa, que algunas perturbaciones ligeras del aparato gastro-intestinal.

Estando ya en México, y después de una comida abundante, y de una embriaguez llevada al exceso, tuvo fuertes dolores de estómago, deposiciones amarillentas, vómitos amargos, sed intensa y postración. El enfermo, tratando de curarse, tomó una nueva dosis de alcohol, apareciendo luego síntomas nuevos: pesadez é incomodidad en la región hepática, trasformada al poco tiempo en un dolor pungitivo, que se irradiaba hasta el hombro, y calentura que le aumentaba por las tardes. Esta fué la que hizo al enfermo entrar al hospital, donde acabó de completarse el cuadro clínico de la hepatitis supurada.

El día 2 de Junio aparecieron síntomas alarmantes, que hicieron á este enfermo digno de un estudio especial. A la hora de la visita lo encontramos sumido en una postración, en extrema desproporción con su notable robustez, acostado en la posición supina, no podía moverse en ningún sentido sin que le vinieran

accesos de tos y de sofocacion, con exacerbacion de sus dolores obligándolo á volver á su primitiva posicion. Un sudor viscoso humedecia su cara pálida y amarillenta, que indicaba la mayor angustia; las ventanas de la nariz se dilataban á cada inspiracion con la boca entreabierta y los codos apoyados en la cama, hacia, un verdadero esfuerzo para conseguir inspiraciones incompletas, y numerosas. Su pulso era frecuente, pequeño y filiforme: las extremidades frias y de un color amoratado, que se marcaba principalmente en las uñas y en los labios. Apenas pudo referirnos que al hacer un esfuerzo para bajar rápidamente de su cama, sintió un dolor muy agudo en la mitad derecha del pecho, y una sofocacion tal, que creyó ahogarse. Insistia de un modo especial en desviar la atencion que fijábamos en la region hepática, diciéndonos que allí habia desaparecido casi todo.

La exploracion física nos dió lo siguiente: A la inspeccion, un abovedamiento marcado de la region hepática, que extendiéndose á la izquierda, borraba el hueco epigástrico, y algunas venas superficiales engurgitadas de sangre. La palpacion indicaba una renitencia especial, debida al aumento de volúmen del hígado, cuyo borde inferior descendia hasta cerca del ombligo. Comprimiendo con el pulgar los 8.º y 9.º espacios intercostales, ensanchados y abovedados, se podia sentir la fluctuacion.

La percusion confirmó el límite inferior del hígado, siendo imposible fijar sus límites superiores, porque la matitez se extendia sin interrupcion hasta el hueco supra-clavicular.

Examinando rápidamente el torax, porque el enfermo no podia permanecer sentado si no por momentos, encontramos: por la simple palpacion, renitencia al nivel de los espacios intercostales, así como una fluctuacion manifiesta, haciendo hablar al enfermo, una falta completa de las vibraciones torácicas. La auscultacion no hacia oír en el pulmon derecho ningun sonido, para algunos, sin embargo, existia un soplo tubario en el vértice del pulmon.

En el pulmon izquierdo, solo se notaban algunos gruesos exteriores y el murmullo vesicular, mas débil de lo que pudiera esperarse. Midiendo las dos mitades del tórax, resultó una diferencia de  $0^m02$  en favor del derecho.

Debo hacer notar que la tos, muy repetida, era acompañada de una expectoracion mucosa, difluente, sin huellas de pus, ni de sangre.

La primera indicacion que se presentaba, puesto que el enfermo se asfixiaba, era hacer inmediatamente una puncion del tórax, la que fué practicada introduciendo el trócar al nivel del 6.º espacio intercostal; dando salida de esta manera á 810,00 gramos

de pus achocolatado, espeso, y con el olor particular del pus hepático. No cambió inmediatamente despues de la puncion, la matitez, que siguió invadiendo todo el lado derecho.

Llenada esta primera indicacion, pudimos ocuparnos ya del abceso del hígado. Aquí estaba indicada igualmente la puncion de la glándula, la que se practicó al dia siguiente al nivel del 8<sup>o</sup> espacio intercostal, sacando 409,00 gramos de un pus mas difluente que el anterior; se pudo notar una disminucion del hígado. Despues de esto, el enfermo siguió mejorándose de un modo notable, sus fuerzas no decaian; el apetito era bueno; la calentura no estaba elevada; sus digestiones se hacian fácilmente.

El dia 22 del mismo mes, se repitió la puncion del tórax; pero con gran sorpresa notamos que no escurria ni una gota, lo que hizo suponer que la abertura del diafragma, si no se habia cicatrizado, estaba obstruida por falsas membranas.

Hasta dos meses despues de la complicacion formidable que llevo referida, el enfermo marchaba felizmente, al parecer, hácia la curacion, apénas perturbada por ligeras complicaciones como ligeros derrames en la pleura izquierda y en el peritoneo, ligeras perturbaciones digestivas, que todas han cedido fácilmente.

Este enfermo murió el 20 de Agosto del mismo año, casi seguramente del agotamiento; por la destruccion casi completa de la glándula; pues no se presentó afeccion grave intercurrente ninguna que pudiera explicarla. Solo en los tres últimos dias, se notó en él una diarrea profusa.

A la autopsia se encontró: La cavidad peritoneal enteramente normal. La cara superior del hígado adherida al diafragma en una grande extension; y la abertura de comunicacion del abceso con la cavidad pleural, enteramente cicatrizada. La cavidad del abceso del hígado, muy extensa y muy poco retraida; sus paredes muy delgadas, lisas y con poco tejido de nueva formacion; poco pus en su cavidad con el color peculiar.

La cavidad pleural derecha sin pus absolutamente y con algunas adherencias poco resistentes, aunque gruesas. En la cavidad pleural izquierda un ligero derrame seroso.

## Caracteres microscopicos que pueden ser univocos del pus hepatico.

Habia hecho fijar la atencion poco há sobre la posibilidad de encontrar un pus que, por su aspecto, fuese idéntico al pus hepático; en algunos casos esta posibilidad ha llegado á ser un hecho clínico, comprobado por los caracteres que los autores han asignado, tanto al pus de un absceso del hígado, como al pus de los derrames purulentos de pecho.

Para Laboubéne, por ejemplo, un absceso consecutivo á una hepatitis franca supurada, se presenta con los caracteres siguientes:

El tejido hepático está reblandecido ó infiltrado de líquido sero-glanuloso; la coleccion está formada de un pus violeta mas ó menos modificado por la presencia de sangre, ó bien se hace verdoso por los pigmentos viliares. Cuando el absceso cura por reabsorcion del líquido, los leucocitos y celdillas granulosas, pueden formar una materia caseiforme.

Sabido es que en las pleuresias con derrame, y que han durado algun tiempo, las vegetaciones pleurales forman salientes que constituyen bridas, tabiques, que aplanándose forman finalmente las adherencias; éstas son verdaderas neo-membranas, provistas de vasos sanguíneos y linfáticos de creacion nueva, algunas veces tubos nerviosos; ofrecen la configuracion del tejido seroso y lisas en su superficie. Sabido es tambien que estas neo-membranas son susceptibles de hemorragias, á veces considerables, en relacion con su número y con el de capilares desgarrados. Estas hemorragias tienen lugar, cada vez que hay un brote (poussé) del derrame sero-fibrinoso. Si á esto añadimos que esta clase de derrames dan origen mas comunmente á la pleuresia purulenta en virtud de la aptitud que tienen para producir pus las superficies pleurales congestionadas é inflamadas; el derrame de aqui en adelante tiene que ser purulento.

Ahora bien, el líquido de la pleuresia purulenta contenido en la cavidad pleural, puede ser semejante al pus de los abscesos en general; unas veces amarillo-verdoso, de olor aliaceo; las hemorragias le dan un tinte rojo mas ó menos oscuro; en todos estos grados de purulencia pueden observarse, desde el tinte opalino ligero, en que el pus es seroso, hasta un líquido espeso, mas ó menos coposo. El reposo, hace formar una capa de espesor variable pero siempre purulenta, la coloracion varía desde el amarillo, hasta el chocolate. Al microscopio se encuentran: glóbulos purulentos en gran cantidad, algunos deformados; glóbulos sanguíneos mas ó menos alterados, y granulaciones proteicas y grasosas.

Desde la época en que no pudo fundarse debidamente el diagnóstico del enfermo núm. 5 de la Clínica, y cuya observacion de jo consignada la primera, el Sr. Carmona, nos ha venido enseñando, cómo la emulsion gránulo-grasosa, dominando siempre en el pus hepático, puede muy bien ser un carácter unívoco de este pus.

A mi modo de ver, esta conclusion es exacta, y no hay inconveniente para admitirla en la práctica.

En efecto, si los patologistas, y sobre todo, los histologistas, han encontrado caractéres unívocos en el arreglo particular, y relaciones que tienen entre sí los elementos de un neoplasma, ¿por qué no encontrar en los abscesos formados en órganos, que como el hígado y la pleura, son de estructura y funciones tan distintas, algun carácter unívoco semejante, y que sirva para distinguirlos?

Ya Laboulbène, en su *Histología Patológica*, empieza á entrever este carácter, dominante, que al microscopio ofrece el pus hepático; pero su observacion fué accidental, y él está muy lejos de darle la importancia que puede tener, y que para nosotros es un carácter unívoco del pus hepático.

He aquí los caractéres del pus hepático, que en la Clínica, hemos observado al microscopio; una emulsion gránulo-grasosa muy especial, ocupando todo el campo del microscopio; los elemen-

tos gránulo-grasosos, que entran en ella son tan numerosos, que aparecen como aglomerados, como apiñados, formando una densa emulsion; se encuentran tambien algunos glóbulos rojos de sangre en pequeña cantidad, *uno* que *otro* glóbulo de pus, que no pasan de cuatro á seis los que se notan en el campo del microscopio; de suerte es que los leucocitos, siempre están en pequeño número; gotas de grasa de todos tamaños, cristales de leucina, y á veces bacterídes.

Muchas veces reunidos, nuestro inteligente jefe de clínica, el Sr. Mejía, Otero, Sologúren y yo, hemos tenido oportunidad de observar constantemente este carácter del pus hepático, que nos ha permitido distinguirlo del pus proveniente de otros órganos, como el de los derrames purulentos del pecho, el que ha tenido su origen en una vómica pulmonar, etc.

Las siguientes observaciones confirman este modo de ver.

#### OBSERVACION PRIMERA.

José de Jesus Reyna, que actualmente ocupa el número 29 de la sala de clínica, empezó á estar enfermo un mes ántes de su entrada al Hospital, que fué el 4 de Agosto del presente año. Por su cuadro conmemorativo y sintomático, se le diagnosticó una hepatitis supurada y sin adherencias.

El día 7 del mismo mes se hizo la primera puncion, por la que se extrajo un pus espeso, color de champurrado, y en el que pudo observarse al microscopio, una emulsion gránulo-grasosa, leucocitos en número de dos ó tres en el campo del microscopio, gotas de grasa de todos tamaños, bacterídes, cristales de leucina, no habia glóbulos rojos de sangre. Tratada la preparacion por el éter, todas las gotas de grasa y los corpúsculos más avanzados en la degeneracion, se disolvieron, no quedando en el campo sino aglomeraciones de gránulos. En la preparacion así tratada, no aparecieron, ni núcleos, ni mayor número de glóbulos blancos. Tratada la preparacion por el ácido acético, la emulsion gránulo grasosa, aparece con todos sus caractéres, y con mayor claridad; ni nucleos, ni glóbulos blancos.

El día 8 del mismo mes se hizo una segunda puncion, la cantidad de pus extraida reunida á la obtenida por la primera puncion, forma un total de 1535,00. Los caractéres microscópicos del pus, exactamente los mismos.

El día 12 del mismo mes se hizo una tercera puncion, de la que se obtuvieron 750,00 de pus. Examinado al microscopio, se observó la misma emulsion gránulo-grasosa, hoy sí se pudieron ver alguno que otro glóbulo rojo de sangre, leucocitos en una proporcion sensiblemente la misma, bacterídes.

El día 19 del mismo mes se hizo una cuarta puncion, de la que se obtuvieron 325,00 de pus; llevado al microscopio se observó siempre la emulsion gránulo-grasosa, glóbulos rojos en el mismo número que en la anterior, leucocitos en pequenísimos número relativamente á la anterior.

Este día se tomaron 0,35 centígramos de pus hepático; se trataron primero por el agua y despues por el éter, quedando de residuo en el filtro 0,062 milígramos.

Examinado este residuo al microscopio, se pudieron observar numerosas granulaciones, muchas de ellas aglomeradas, en el campo se podian ver hasta 3 ó 4 glóbulos blancos, aplastados y deformados.

El día 7 de Setiembre se repitió una quinta puncion, y el líquido que se extrajo en esta vez era rojizo, manifestamente cargado de sangre; su peso fué de 167,00. Al microscopio, la emulsion ya mencionada con numerosos glóbulos rojos, uno que otro leucocito; podía notarse, al estar haciendo la observacion, este fenómeno: En las corrientes determinadas en el líquido, por los ligeros movimientos, ó comprimiendo un vidrio contra el otro, alguno de los glóbulos blancos, al chocar con los rojos, se desintegraba en granulaciones.

#### OBSERVACION SEGUNDA.

Pioquinto Rocha ocupó la cama número 28 de Medicina; entró al hospital con una hepatitis supurada.

Se hizo la primera puncion al mes y medio de los primeros síntomas, ya entonces el hígado se habia adherido á las paredes del vientre, y por este punto se penetró á la cavidad del absceso. Examinando el pus al microscopio, se notaron: una emulsion grá-

nulo-grasosa, ocupando todo el campo del microscopio, abundantes glóbulos rojos, muy pocos de pus. En todas las otras punciones que se le hicieron, se observó lo mismo al microscopio.

Tuvo que abrirse ampliamente este abceso por el epigastrio, y con el tiempo aparecieron en el pus hepático mayor número de glóbulos blancos, pero esto era debido á que tomaban parte en el trabajo supurativo las paredes del vientre. El enfermo murió agotado.

---

Pudiera presentar otras muchas observaciones por el estilo de las precedentes. Que me basten las que llevo expuestas, pues en la clínica hay numerosas, y ya consignadas.

En un enfermo que ocupó el número 8 de la sala de clínica, cuyo nombre no he podido averiguar, y á quien se diagnosticó un derrame purulento de la pleura, se hicieron sucesivamente tres punciones; en todas ellas siempre encontramos los caracteres del pus franco, con su innumerable cantidad de glóbulos blancos; en él se notaban tambien granulaciones grasosas, pero no en gran cantidad, ni mucho ménos una emulsion.

### De la disminucion de la urea en los abcesos del hígado.

Estudiando con atencion la importante leccion de M. Charcot sobre las *relaciones entre las alteraciones del hígado y las variaciones en el total de la úrea*,<sup>1</sup> se vé que el total de la urea en las afecciones hepáticas, puede modificarse de dos maneras: á veces hay una exageracion más ó ménos considerable de la urea excretada

1. Lecciones sobre las enfermedades del hígado y de los riñones. [Curso de anatomía Patológica.]

en las 24 horas; á veces al contrario, hay una disminucion, y aun supresion completa de la excrecion de urea.

Los hechos del primer grupo son relativos á aquellos casos, en que el hígado no es el sitio de lesiones orgánicas graves, como una simple perturbacion funcional, una hiperemia, etc. Las lesiones del segundo grupo, aquellas en que hay lesiones destructoras más ó ménos profundas de la glándula, y que van acompañadas de una disminucion siempre pronunciada, en la produccion de la urea, son las mas palpables y las que han llamado mi atencion al emprender esta parte de mi trabajo, por estar comprendidos entre ellas los abscesos del hígado.

Ya un medico inglés, M. Parkes, muy autorizado en la materia, hace 30 años habia observado en la India, que la hepatitis propia de aquellos climas, se acompañaba de una disminucion notable de la urea. Muy recientemente, el mismo Parkes, ha observado en Inglaterra un vasto absceso de hígado, y ha reconocido que la cifra de la urea era sumamente baja, no obstante que el enfermo tenia calentura y se nutria bien; dos causas que hubieran traído el aumento en la excrecion de la urea.

Pero, una de las cosas que mas llaman la atencion, es: la marcha contraria que siguen, la curva de la temperatura y la de la urea en la Fiebre intermitente hepática, que acompaña las alteraciones del parenquima. Una importante observacion de M. Regnard, lo hace ver muy claramente: pues examinando las oscilaciones de las dos curvas, la primera baja precisamente cuando la segunda se eleva; y en los días en que la temperatura se eleva, el total de la urea disminuye hasta 8, 6 y 4 gramos.

Así, pues, parece que á la lesion hepática debe atribuirse esta disminucion tan grande de la urea, y la marcha tan particular que siguen las dos curvas ya mencionadas; porque las lesiones invocadas, son de aquellas en que se han tenido en cuenta, influencias capaces de disminuir la urea, como: la calentura, la alimentacion, las lesiones renales, etc.

La observacion clínica, así como la experimentacion, tienden á establecer: que el hígado, parece ser un foco importante, el principal probablemente, de la produccion de la urea en el organis-

mo. Si el hígado es, en efecto, el foco mas importante de producción de la urea; si la destrucción de su parenquima, mas ó menos extensa, trae una tan notable disminución de la urea; y si la curva de esta, marcha en sentido contrario á la de la temperatura, en las lesiones del hígado, la dosificación de la cantidad de urea, eliminada en las 24 horas, puede ser otro recurso más para el diagnóstico de las lesiones hepáticas, y por lo mismo útil, al tratar de establecer el diagnóstico diferencial de que me he venido ocupando en este trabajo.

Faltan ciertamente observaciones que confirmen este modo de ver; pero si los datos mencionados, aisladamente, tienen poco valor absoluto, adquieren una verdadera importancia, cuando se les pone en presencia de los dados por la observacion clínica y la anatomía patológica.

Yo, si se quiere, no haré sino añadir una observacion más, que parece confirmar lo dicho sobre la disminucion de la urea, en las lesiones del hígado.

El catedrático actual de Farmácia, el Sr. Morales, y á quien con gusto doy las gracias, en este lugar, se encargó de la dosificación de la urea en estas observaciones.

La dosificación fué hecha por medio del hypobromito de sosa, procedimiento de Ivon, en el aparato de Magnier de Source; la presión á la altura de México; el divisor del azoe para determinar la urea, ha sido 3,5<sup>cc</sup> por 0,01 de urea.

La dosificación se hizo primero, en orinas recogidas en las 24 horas, de tres personas en estado fisiológico, y en condiciones tan idénticas como fué posible. La média de urea obtenida, y que mucho debe aproximarse á la média fisiológica en México, es de 24,39—(veinticuatro gramos treinta y nueve centígramos.)

El enfermo, cuya urea se ha dosificado, es el mismo que ocupa la cama núm. 29 de la Sala de Clínica, y el que he mencionado ya, al hacer el estudio microscópico del pus. Los resultados de la observacion son los siguientes:

	Temp. en la mañana.	Temp. en la tarde.	Cantidad de orina en 24 horas.	Total de urea.
Agosto 19	36° 9	36° 8	796,00	12,12
" 20	36° 4	37° 2	785,00	15,39
" 25	37° 8	38° 3	748,00	14,61
Setiembre 3	37° 0	38° 0	852,00	14,29
" 4	36° 0	37° 0	764,00	13,73
" 5	36° 2	37° 6	742,00	14,97
" 6	37° 0	37° 0	904,00	16,79
" 19	37° 0	36° 7	765,00	15,00

EDUARDO VARGAS.



