

H138



11434

De los abscesos hepáticos Las hernias y abdominales.

Tesis presentada á la Facultad de Medicina, para optar el grado de Bachiller, por

Ernesto L. Ríez.

1896

Señor Decano

S.S. Catedráticos.

Cuando un abceso hepático es abierto á través de la pared abdominal anterior, se nota al cabo de algún tiempo, que la cicatriz cutánea que reemplaza la incisión, es el asiento de un pequeño tumor, el que, reviste los caracteres de un verdadero tumor herniar.

El estudio de esta complicación post-operatoria, y el de algunas reflexiones sobre la frecuencia de las hepatitis superadas entre nosotros; constituye el tema, cuyo desarrollo someto á vuestra consideración.

Mi corta práctica y mis rudimentarios conocimientos me servirán de escusa, para invocar vuestra benevolencia, y hacer que veais en este trabajo, solo un bosquejo de lo que se pudiera decir sobre asunto tan importante, el que podrá ser tratado mañana por inteligencias más privilegiadas que la mía, y corroborado por estudios mas conciernados y completos.

Hecida esta salvedad, principio para ser metódico con dividir la exposición del tema en tres secciones.- En la 1^a me ocuparé ligeramente de la Etiología y síntomas de las hepatitis supuradas; en la 2^a de la narración de los tratamientos puestos en práctica desde que comienzo hasta nuestros días; y en la 3^a del estudio de los casos clínicos observados, de formas formadas en las condiciones que he enumerado.

I

A. Con la etiología de los abscesos hepáticos, como en la de las enfermedades infecciosas en general, es necesario hacer el estudio de las condiciones que favorecen, ó mejor dicho, preparan el terreno en que sus agentes patógenos deben fructificar, las vías que deben seguir y la naturaleza de estos agentes patógenos. En una palabra, las causas predisponentes y las causas determinantes.

Tres son las causas que pueden originar en general, una supuración hepática: el trauma, la infección purulenta y las hepatitis agudas.

El Traumatismo produce una hepatitis supurada: ya contusionando la glándula, ya produciendo una herida en su seno, ó ya por la conducción a través de las vías biliares de cuerpos extraños de diversa naturaleza. En el primer caso

La contusión obra trastornando las relaciones normales de los elementos anatómicos y haciendo que éstos, faltos de los medios de resistencia ordinarios por este trastorno nutritivo, se conviertan en un lugar apropiado para la implantación y desarrollo de los numerosos gérmenes anarbócos que ordinariamente pululan en el organismo, sobre todo si la contusión invade un órgano previamente alterado por una enfermedad anterior; en el 2º caso, es el agente vulnerante mismo, el conductor de los elementos de la infección, que sembrados en una herida poco aseptica y en contacto con el aire exterior, llegan a veces a determinar una inflamación supurativa; y en el 3º, los cuerpos extraños de las vías biliares, (como los cálculos, los ascárides que siguen el conducto coledoco etc.) son los agentes trasmisores de los elementos piógenos, que perforando los canalículos, se vienen en el parénquima hepático.

Estos abscesos traumáticos son muy poco conocidos en nuestras clínicas, no habiéndome sido dado al menos, el observarlos.

Son abscessos séptico-piémicos de la infección purulenta, pueden ser consecutivos a una lesión de cualquiera parte del organismo. Su modo de generación se explica, como se sabe, por la formación de embolios linfáticos y microbianas,

17

que llegando al corazón izquierdo por las venas pulmonares, van por la gran circulación al hígado, formando abscessos que se presentan bajo la forma de nódulos de volumen variable; no siendo por consiguiente susceptibles de ninguna intervención quirúrgica.

Vienen por fin los formados á expensas de una hepatitis aguda; y aquí entra el estudio del gran número de condiciones meteorológicas e individuales susceptibles de darles origen, y que hacen sean tan frecuentes los hepáticos entre nosotros, que no sería una exageración el decir que constituyen el medio por ciento de los enfermos tratados en nuestras clínicas. Esta exageración en su producción, obedece á las condiciones especiales, de clima, suelo, alimentación etc. en que vivimos y á las que voy á pasar ligeramente en revista.

Sabido es que las hepatitis superadas viven en los países calientes y húmedos, donde á las malas condiciones higiénicas de las habitaciones, vienen á juntarse las del terreno mismo. Allí donde el drenaje del suelo es incompleto, allí donde á las emanaciones de las aguas estancadas y putridas vienen á juntarse, los rigores de un clima cálidos y húmedo, como en Argelia y Turquía, es donde con más frecuencia e intensidad se desarrollan.

Nosotros estamos en un país que representa un suelo mas ó menos semejante á los anteriores; nuestros campos, y á veces nuestras calles, están saturadas de aguas estancadas, de donde incesantemente se desprenden mil emanaciones; las estaciones presentan suma variabilidad, y en ciertas épocas del año, el calor y la humedad de la atmósfera, contribuyen a formar un conjunto demasiado favorable, al desarrollo de este género de enfermedades.

La altura misma sería una causa predisponente, si se tuviesen en cuenta las observaciones de algunos autores que dicen no haber encontrado un acceso hepático á mas de 1.200 metros sobre el nivel del mar. Observamos sin embargo, que en la Sierra del Perú, la hepatitis supurada es tan frecuente como en la Costa, a pesar de tener un clima tan distinto. Pero ya aquí entra un nuevo factor, causa poderosa de su generación, que estudiarímos luego.

La aclimatación, no juega en nuestros abusos el papel importante que desempeña en otros lugares. Los individuos afectados por este mal, tanto son extranjeros recién llegados, como personas nacidas en el lugar. Tienen su mayor auge en la edad media de la vida (25 á 40 años).

as siendo, sin embargo, raro observarlos ántes, como he tenido ocasión de ver uno, en un niño de 8 años, en la clínica del Sr. Dr. Villar (1894).

Las rayas y el dengue, le son indiferentes y si la mujer y las clases mas acomodadas de la sociedad, parecen gozar de cierta inmunidad, esto depende solo del género de vida diferente en ambos.

Una coincidencia de semejanza en las condiciones telíricas, en que se manifiestan las hepatitis supuradas y el paludismo, habian llegado á creer que existiese una íntima relación de causa entre ellos, hasta el punto de que se admiteon abcésos palúdicos y abcésos no palúdicos, de anatomía patológica y pronóstico diferente; sin embargo, nada menos cierto que ésto, siendo que hay lugares en que ésta enfermedad es desconocida a pesar de ser el asiento de infecciones maláricas, como pasa en gran parte de nuestras montañas y lugares donde reina la hepatitis sin ser conocido el paludismo, como sucede en la Sierra del Perú. Por otra parte, la aparición de una de estas enfermedades, no predispone á la otra, siendo de observación vulgar ver maláricos crónicos sin vestigio de inflamación aguda del hígado y hepáticos que no tienen antecedente palúdico.

La mejor manera de solucionar la cuestión, será pues, la de investigar en la sangre durante los accesos febres de las hepatitis, el hematogzoario específico del paludismo.

La disenteria es fuente fecunda en el desarrollo de las hepatitis supuradas. En gran parte de nuestros enfermos se encuentran datos anamnéticos confirmatorios; y si hay disenterias que aparecen después de desarrollada una hepatitis, lo que, las mas de las veces se trata de afecciones del hígado antiguas, atravezadas por una disenteria intercurrente, como dice Budd. Autra vez a este respecto ha sido hasta a decir que la disenteria y la hepatitis dependen de una sola misma causa original; y Teynd, "que es un hecho ya admitido la identidad existente entre los accesos hepáticos de las disenterias de nuestros climas y los originados en las zonas tórridas y que si se han observado epidemias de disenteria, sin hepatitis, esto solo nos prueba una cosa, que la disenteria no siempre tiene igual virulencia."

Por lo demás las relaciones de la disenteria con las supuraciones hepáticas se encuentran confirmadas con la constante alteración del hígado en los disentericos, pues que sabemos que en estos, el hígado es siempre graso y pesado

de color de heces de vino, que puede ir hasta el violeta y sobre todo muy friables, representando un primer carácter aparente de hepatitis" (Fovet); aparte de la no rara constatación de una supuración hepática franca, en la autopsia de un disenterico. (Laveran y Feissier).

Cuando la disenteria precede a la hepatitis, las materias putridas y las diversas toxinas elaboradas en los intestinos, son transmitidas al tráves de la úlcera disenterica al hígado, para preparar el terreno que los microorganismos, siguiendo las vías de las radículas de las venas mesentéricas, la porta y los capilares hepáticos van a habitar. ¿ Esto quiere decir que es necesaria la disenteria, para que se origine, una hepatitis supurada?

De ninguna manera, porque lo importante y esencial en la disenteria, es su acción ulcerosa, que permite la migración de los microbios piógenos al hígado por el camino que a cabarlos de indicar, y esto se encuentra confirmado en el hecho de que cualquiera lesión ulcerosa de los intestinos o cualquiera enfermedad capaz de alterar su epitelio, puede originar una supuración hepática. Así: todas las lesiones gastro-intestinales, todos los trastornos digestivos, son otras tantas fuentes de hepatitis. Se las

ha visto desarrollarse, en la sifilis, en las ulceraciones del apéndice ileo-cecal, en la simple enterocolitis, en la tuberculosis intestinal, en las úlceras gástricas y hasta en las rectitis. (P. Segond)?".

Por consiguiente todas las condiciones capaces de engendrar estos estados en la mucosa digestiva, también serán causas determinantes de supuraciones hepáticas. Así, la mala alimentación en ~~ex~~calidad y cantidad, el enfriamiento, el hacinamiento, el abuso de las bebidas heladas etc, que tanto reinan entre nosotros, y en general todo aquello que pueda trastornar las digestiones gástricas e intestinal, determinando congestiones viscerales y cambiando bruscamente el curso de las secreciones ~~nor~~males, sirve para acumular el caldo de cultivo y para abrir las puertas que deben franquear los gérmenes patógenos.

Al hablar de la altura decía que en la Sierra del Perú, los abscesos hepáticos eran muy frecuentes. En efecto a pesar de no estar ésta viscera sometida en esas regiones a la supractividad funcional a que está sujeta en la costa (comparable bajo cierto punto de vista a los países muy cálidos), ni estar sus

habitantes rodeados de terrenos pantanosos y malsanos; esta enfermedad es tan vulgar, que en el corto espacio de 4 meses, he tenido ocasión de estudiar 3 casos en una Población muy reducida y donde el número de enfermos no asciende a mas del $\frac{1}{4}$ por ciento. Es que aquí (como en la Costa, por otra parte), entra un nuevo factor muy importante, el abuso de las bebidas alcohólicas.

El alcohol, tanto en la Sierra como en la Costa, es una bebida de que se abusa; pero su acción parece diferente en ambas zonas. En esta última la pureza de los licores es más garantizada y la actividad de las transpiraciones pulmonar y cutánea hace más difícil su acumulación; al paso que en la primera la lentitud de los cambios orgánicos y la enolice de sus habitantes, no da lugar al riñón de eliminar suficientemente las grandes cantidades de licor ingerido, el que, almacenándose en la glándula glicogenica, origina: ora una hepatitis, ora una cirrosis.

El alcohol diluido y en pequeña cantidad, excita como se sabe el apetito, facilita la digestión de las grandes cantidades de alimento y hace las grasas más pesadas, por su acción

disolvente y la hipersecreción gástrica, á que da lugar, reforzando ademas los movimientos intestinales y gástricos. Pero tomado en cantidad exagerada sus efectos son enteramente contrarios - por cuanto trastorna la digestión "coagulando los albuminoides y las peptonas, haciendo contraer los vasos sanguíneos del estómago, arruinando su mucosa y disminuyendo sus secreciones" (Cl. Bernard.) Y si á esto se agrega el alto grado de concentración en que se empleado y las materias impuras que contiene, no sería extraño visto producir catárros y ulceraciones en las mucosas que deben contribuir á formar una barrera á la migración de los microbios perjudiciales.

Los vinos fuertemente ácidos provocan fácilmente diarreas, los ricos en tanino, retardan las evacuaciones alvinas.

La cerveza produce en el estómago una lentitud en la digestión y una supresión completa de ella cuando las dosis son considerables, á parte de los efectos ordinarios del sulfato de fierro, la urea sódica, el ácido salicílico, la coca del Levante, el tabaco, etc., etc., con que es adulterada. (Wolffmägel y Rossbach).

El ron y las bebidas comprendidas bajo el nombre genérico de licores, agregan á los efe-

tos producidos por un alcohol impuro, los de los diversos éteres y esencias que encierran.

Como se ve, pues, el alcohol obra casi siempre en la génesis de las hepatitis, a la manera de las sustancias tóxicas ó indigestas. Origina catárros y ulceraciones en la mucosa del tubo digestivo, abriendo las puertas que los microorganismos, creados y multiplicados por la indigestión misma, van á franquear. Siempre la misma causa y el mismo resultado. Es cierto que esta sustancia está dotada de propiedades antisépticas y antifermen tales; pero esto que es fácil de comprobar en el laboratorio, no ha sido nunca demostrado en el ser vivo.

Su modo de acción comparado en las altas regiones y en la Costa, sería tal vez la de producir en ésta, trastornos gastro-intestinales de preferencia; mientras que en aquella congestiva e inflamatoria directamente la glándula hepática, produciendo ese estado tan particular de coagulación sanguínea, icterus biliar y estasis, designado con el nombre de "estupor del hígado", y que tan favorable lo hace para la fijación y el cultivo de los microbios del peús. Un efecto, se encuentran combinados en esas regiones la acción estaseante del alcohol con la anoxia establecida de la anoxemia. Fal ves si por esto

no es tan fácil encontrar en los hepáticos de la tierra una franca etiología intestinal.

Las enfermedades anteriores, que no llevan una acción particular sobre la mucosa digestiva, no gozan de influencia alguna en el desarrollo de las hepatitis supuradas; a no ser las grandes infecciones que como en todo órgano produce en el hígado una debilidad de resistencia orgánica.

Por lo expuesto, se vé, que casi siempre es necesario una previa ulceración intestinal o una invasión del parénquima hepático por cuerpos extraños microforos, para que los gérmenes, sin los cuales no puede haber supuración, vayan, aprovechando las vías porta o biliar, a fijarse en el hígado. En una palabra, conocemos las condiciones que preparan el terreno de cultivo, las vías que siguen los gérmenes, quedando para ser consecuentes con nuestro enunciado, estudiar estos gérmenes.

Prendri, fué el primero que llamó la atención sobre el papel de los parásitos microscópicos en las inflamaciones hepáticas agudas. En 1886 Cornil y Balés describieron masas zoológicas de micrococcas en los capilares del hígado en un caso de infección parásita y Genet y Krimissow que fueron los primeros que

sometieron al análisis bacteriológico, las hepatitis supuradas de grande absceso (1886), diplococos y estreptococos reunidos en caducetas. Mas después Kartulis que en 1887 atribuía la formación de los abscessos hepáticos al ameba coli señalando al mismo tiempo la presencia de los estafilococos y estreptococos, últimamente afirma que en los abscessos idiopáticos como en los disenterícos existen microorganismos, solamente que en unos, es el ameba coli, el generador (*b. disentericas*) y en otros son los microbios piógenos vulgares. (*b. idiopáticas*).

En 1888 Bistrand comparando las lesiones de la disenteria a verdaderos foráneos, describe en los intestinos la presencia de los estafilococos piógenos *albus* y *aureus*; y al año siguiente comunica la presencia de estos en un absceso disenterico del hígado. El bacilo de *Cechrich* es señalado en 1890 por Gilbert y Girode en una colecistitis supurada y los individuos de la gran flora duodenal (*bacterium coli*, *micrococcus* etc) por otros autores, como Pupié, Blaise, etc que demuestran la posibilidad de su migración a través del cuestro coledoco." (P. Segond).

En resumen: todas estas constataciones, bastan para establecer el origen microbiano de las hepatitis supuradas; y sea el amiba-

coli (*Kansilis*) sean los estafilococos y estreptococos (Bertrand) o los de la fructífera flora duodenal los germines de las hepatitis, hay un solo hecho, es el que su especificidad, no está todavía claramente dilucidada.

Sin embargo la noción de especificidad no es indispensable para explicar la formación de un absceso hepático, puesto que responde a todas nuestras exigencias una forma la muy simple. Los microbios piógenos se encuentran en los intestinos, la barrera que los encarcela se ha destruido, nada mas fácil que admitir su transporte al hígado, donde encuentra un terreno ya preparado, a través de la vena porta, cuya entrada le ha sido franquida por la ulceración intestinal. Pasaría igual cosa en los otros factores de supuración hepática, como los trasmisiones y las infecciones purulentas; solo que las vías de camino del estafilococos serían distintas.

Hay un hecho sobre el cual se ha llamado últimamente la atención: es la noción frecuente del pris de los abscesos hepáticos de origen disenterico. Esta noción por la qual se ha querido explicar el hecho de que el derrame en el peritoneo del contenido del absceso no traia las graves consecuencias que se habian señalado por faltar

16

en él los gérmenes flogósicos, explica el Prof. Laveran, diciendo "que los elementos patógenos atacados de muerte por la acción combinada del páncreas y de la bilis se han hecho capaces de cultivarse en los medios exteriores."

Manera es ésta de ver las cosas (y sobre lo cual volveré al ocuparme de las complicaciones operatorias), que no está suficientemente comprobada y queda sujeta todavía a observación; admitiéndose mientras, como perfectamente establecidos los principios que tenemos hoy sobre la patogenicidad de las hepatitis supuradas, es decir que "La introducción en el seno del parénquima hepático de un microorganismo, es una condición sine qua non de su supuración"; ó en otras palabras que "Todo absceso hepático es de origen microbiano".

* B. Fuera de los casos bastante raros de hepatitis traumática, los siglos en que se revelan los abscesos del hígado, son a veces tan oscuros, que llegan a inducir en error a los clínicos más experimentados. Abscesos hay que no se descubren sino en la autopsia, pues no

157

siempre están reunidos, si son de fácil interpretación, los diversos síntomas que la clínica nos señala.

Dependiendo el éxito operativo de un diagnóstico rápido y seguro, que permita la completa y oportuna evacuación de la materia purulenta; se comprende la importancia que tiene este punto en la práctica y la atención que he creído necesario dispensarle.

En su período inicial, la hepatitis supurada puede ser tomada por una fiebre intermitente (de tipo cotidiano, término 3^o), si se tiene en consideración la semejanza de los accesos y la procedencia de multas enfermas. En efecto, los tres períodos de calor, calor y sudor se suceden con regularidad; los individuos sometidos á la observación, residen en lugares eminentemente infecciosos, y considerados como focos de paludismo; y no siempre el carácter respertino de las ascensiones de las fiebres hepáticas, y la acción descubierta ya y curativa del sulfato de quinina, son fáciles de encontrar.

En otras circunstancias, la disimilitud o los trastornos gástricos intestinales intensos, observados en un paciente, enmascaran por completo la enfermedad, tomandoela ya por un embarazo gástrico febril, ya por una di-

centaria sin hepatitis. Ocasión he tenido de observar un caso, en que una hepatitis supurada fue tomada por una fiebre de la Oroya. Trataba de un individuo de larga permanencia en la Quebrada de Matucana durante la revolución del 94, y que se presentaba con una fiebre remisente vespertina, hiper trofia ganglionar generalizado, dolores musculares y articulares violentos, y una anemia profunda; sin que los síntomas locales dejaran sospechar una enfermedad del hígado, no descubierta sino, cuando la expectoración trajo a nuestra vista, el pis de coloración de lejas de vino, característica de ciertas hepatitis supuradas.

Por lo demás, todo el mundo sabe los casos en que un absceso hepático, puede afectar la forma de una fiebre tifoidea con todos sus grandes caracteres, y hasta de una tuberculosis pulmonar. Esto, para no hacer mención más de las afecciones más comunes con las cuales trapezamos todos los días.

Los síntomas clásicos de una hepatitis supurada, son los de su inflamación previa, agregados a las modificaciones que sufre la glándula en su volumen y caracteres, una vez que la colección purulenta se ha formado. Así se los divide en funcionales, físicos

locales y generales.

Los trastornos gastrointestinales ocupan el primer rango. Son estos a veces, verdaderas disenterias, con tenesmo y deposiciones sanguinolentas; otras, enteritis acompañadas de diarreas ~~serosas~~ abundantes, con vómitos biliosos, hipo y dolor en la region epigástrica; y otras en fin, simples trastornos dispepsicos, con dilatación estomacal, borbotinatos y un tinte sub-ictérico de la piel y las edematosas. La fiebre y el aumento de volumen del hígado, no aparecen sin muy tarde, cuando el absceso ha tomado grandes dimensiones, si no aparecen; y la expulsión del pus por una de las vías naturales, es el único indicio seguro que proclama sobre la verdadera significación de estos trastornos.

El dolor, sobre todo en el hombro derecho, se nota en el 80 por % de los enfermos. Su intensidad es en ocasiones tan considerable, que es necesario calmarlo por las inyecciones de morfina. Probablemente originado por una alteración del nervio frenico, es relacionado a los abscesos de la cara convexa.¹¹⁾

Esta neuralgia reviste en algunos casos caracteres eráticos, y tiene su punto doloroso: ya en los espacios intercostales y el epigastrio; ya en las regiones ilíaca ó sacra; ó ya en (en este 80 por % están comprendidos las neuralgias del lado izquierdo)

(hombros) notable también en los abócesos del lóbulo izquierdo, y que reconocen como causas las mismas que las del lado derecho.

fin, en el miembro inferior. En otros, todo se reduce a una paresia, una sensación de pesadez y adormecimiento, del brazo del mismo lado de la lesión.

Produce, antes que el aumento de volumen de la glándula rebole el diafragma ó que se desarrolle una pleurésia del lado de recho; una molestia en la respiración (la que se hace disnea), y una pequeña Tos piercante y seca, (la Tos hepática de Galeno); en particular cuando tiene un punto fijo e intenso, como en los casos en que constituye verdadero dolor de costado hepático. En estas circunstancias, que traducen una perihepatitis, el trabajo flogístico ha ganado la superficie y su patogenia es semejante a la del dolor supraclavicular y merece la misma interpretación. Su máximo está en el punto más tumefacto, y por su fijeza, constituye con el aumento de volumen del hígado, uno de los mejores signos del diagnóstico.

La orina se encuentra disminuida en cantidad y cargada de pigmentos. La cantidad de urea, á decir de algunos autores, baja, lo que no es de extrañar, si se recuerda lo que la fisiología nos enseña, respecto á las funciones uropoieticas del hígado. Igual co-

sa debería suceder en las otras funciones y des-
cubrirse el azúcar en la orina, todo vez que se
encuentra profundamente alterado el organo
regulador de su distribución; mas no me ha sido
dado constatar este hecho.

La icteria el color pálido de
la piel y las conjuntivas traducen tal vez
el trastorno de sus funciones biliares y hema-
topoieticas; y el estado adinámico o atáxico,
que se presentan algunos enfermos, el de las an-
ticoxicas. En una palabra se reproduce, pero
en baja escala, el cuadro de las hepatitis par-
quimatosas agudas.

El hígado, cuyos límites fisiológicos, son más o menos: sobre la linea mamilar la sexta costilla, sobre la axilar la oc-
tava, cerca de la columna vertebral la undeci-
ma e inferiormente el reborde costal, " " " sufre
grandes oscilaciones de volumen y cambios
de forma. La palpación, que es dolorosa, deja sen-
tar el borde cortante de la glándula, a 8 ó 10 cen-
timetros debajo del reborde costal, y a veces,
desde la fossa iliaca, hasta el hipocondrio iz-
quierdo, pasando por debajo del ombligo. La
piel de la región está arrugada y pastosa.
y deja la presión del dedo, una impresión se
mantiene si la de los edemas de poca intensidad.

En los periodos avanzados hay fluctuación. Su inspección hace percibir una tumefacción de forma ovoidea, con diámetro mayor transversal y con el vértice culminante; ya en el borde costal, ya encima ó debajo de éste. En su principio, es apreciable mirando tangencialmente la pared abdominal; pero cuando el tumor se hace sensible en la región lumbar, es mejor hacer uso de la mensuración comparando las dos mitades del vientre, a partir del apendice xifoides ó la linea blanca, y la columna vertebral. - Pero es por la percusión como se pueden apreciar mejor los cambios que acabamos de indicar. Percutiendo suavemente, (para no traducir el timpanismo intestinal), se puede ver la glándula ocupar, como ya lo hemos dicho, la fossa ilíaca, el epigástrico y el hipocondrio izquierdo, por abajo y adelante; el cuarto espacio intercostal, si está arriba, superiormente, [debiendo ser la percusión, al contrario fuerte, para no obtener el sonido pulmonar] La sensación que se obtiene es la de un cuerpo elástico mate y doloroso.⁽¹⁾

En estas circunstancias les cuando se presentan los trastornos por compresión. Son estos: molestia respiratoria, respiración lenta y difícil, ó vómitos biliosos abundantes, que son ya el resultado de la compresión del estómago por el

(1) Segun Ramié, el aumento de volumen del hígado se traduce desde

que él, contiene 200 gramos de pan.

ligado infartado; ya vómitos reflejos originados por la parte que la flogosis hace tomar, sin duda, al pneumo-gástrico en los abcisos de la cara concava.- Aparecen la icteria por reabsorción y la viva repulsión del enfermo para los alimentos.

La auscultación del hipocondrio de recho, hace sentir un ruido de fruto duro, comparable al de un cuero muerto. Su constatación, es un signo, como veremos mas tarde, de alguna importancia. Por la auscultación también, aplicada en el dorso, se percibe mas ó menos la altura a que el pulmón ha sido refluido; ella deja sentir una pérdida del murmullo vecicular y un soplo casi tubario, traducción de la vibración del aire en los gruesos bronquios, ya que la expansión vecicular no es libre. La respiración en el lado izquierdo es rida.

El bazo se encuentra algunas veces infartado.

Por fin, el enfermo que al principio colocado en semiflexión, se acostaba del lado izquierdo para evitar el dolor, toma ahora, el decubito lateral derecho ó se acuesta de espaldas; sintiendo en sus movimientos la sensación de un cuerpo líquido que le golpea la caja torácica ó una tracción dolorosa y fangante.

27

Aparecen la diarrea y sudores nocturnos limitados a la cabeza y parte superior del cuerpo. La lengua se pone seca y llena de grietas, y el edema de los miembros inferiores, marca el principio de una caquexia profunda, que conducirá al enfermo al último grado de una razon y postración; sin se da al pie, salida o fortuna.

Tendré que decir ahora algunas palabras sobre la fiebre, que en los casos agudos, es la primera que abre la escena. Fiebre ésta, a veces, un algo de particular, para que se le haya recordado con el nombre de "intermitente hepática." En efecto, es una verdadera intermitente, comparable como lo habíamos dicho ya, a un acceso palídico. Calo-frio, calor y sudor, se suceden con regularidad; solo que las intermitencias no son tan periódicas como en la malaria, y sus ascensiones son respiratorias. Puede revestir los caracteres de tercianas, cuartanas $\frac{5}{6}$, y hay como lo digimos, disminución en la eliminación de la urea.

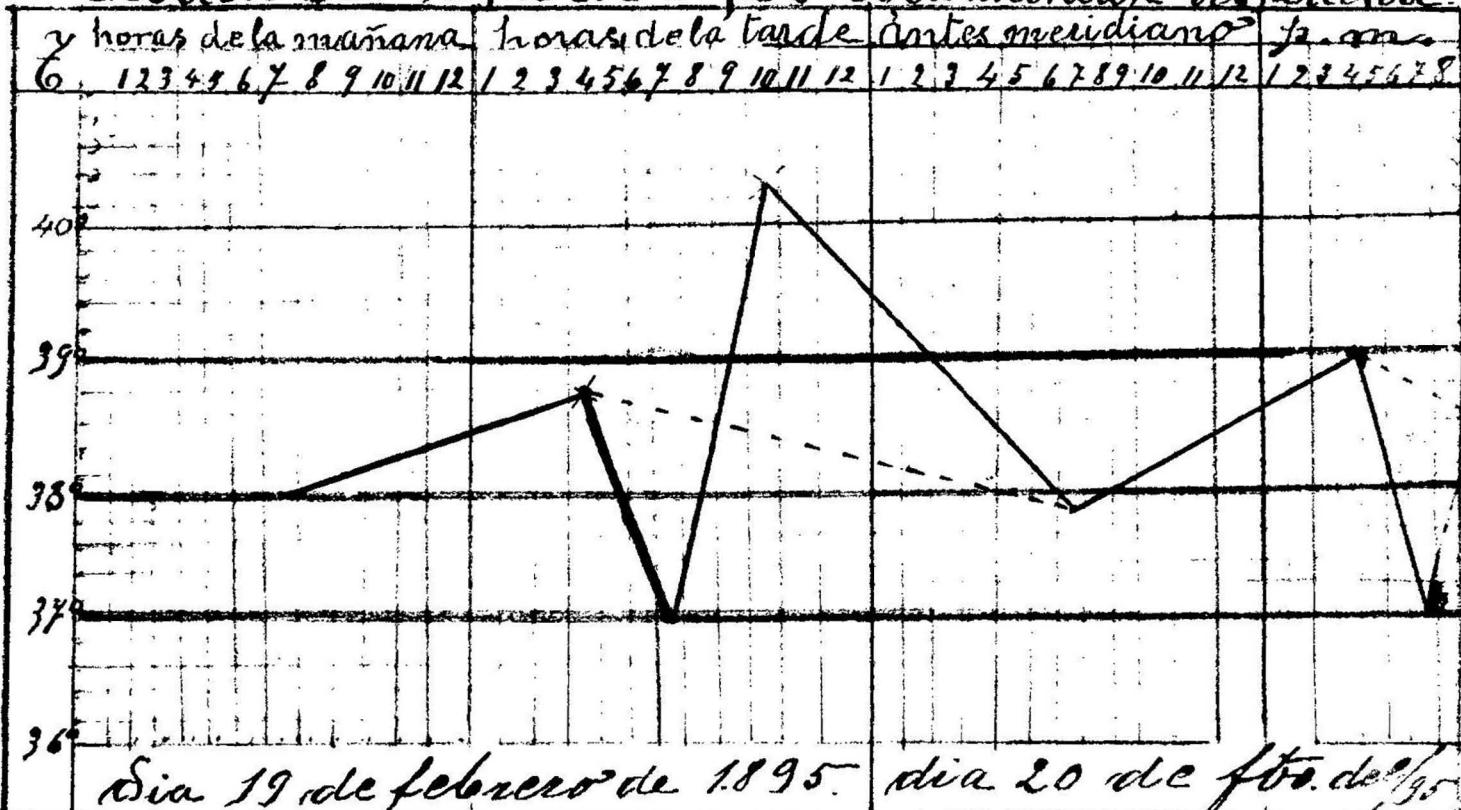
Otras veces reviste el tipo "remitente", en analogía con lo que pasa en todas las supuraciones viscerales en general.

La fiebre hepatalgica de Charcot (caracterizada como se sabe por falta de sudor)

res siermiales), no es rara.

Por ultimo, hay un tipo particular de fiebre sobre el cual deseo llamar la atención y que no sé, haya sido observado en ninguna otra enfermedad. Quiero hablar del tipo, que pudiera llamarse de doble ascension vespertina. Consiste, como su nombre lo indica, en que la columna mercurial, despues de haber alcanzado su maximum en la tarde, (generalmente a las 4), descende a prima noche hasta la apresencia. Mantenida así en la normal hasta cierto tiempo (hasta las 8 o 10 p.m.), vuelve a ascender brusca mente a una altura mayor que la que tenía en la tarde, para descender nuevamente en la mañana siguiente, a una altura igual mas o menos, a la que tenía en la mañana anterior.

Albercos del Riogado. - Tipo de doble ascension vespertina



cota. - La linea punzillada indica el trazo que se obtuviera en

Carácter es éste que si pudiera notarse en todos los casos, fuera verdaderamente patognomónico. Por mi parte, como hechos perfectamente observados, canoyco tres: dos que son marcados con los números 2 y 5 de mis historias; y uno, que operado en los espacios intercostales no ha tenido lugar de ser relatado en este trabajo. Tal vez, si en cerca de diez años que he visto operar, hubiera podido hacer este estudio; pero mis conocimientos sobre el particular daban de muy poco tiempo, y los debí a uno de mis maestros de clínica.

(Estos diversos tipos de fiebre, desaparecen cuando el pus se ha colectado en foco).

Falee con á grandes rasgos los síntomas de una hepatitis supurada. Pero repitamoslo, una vez más, no siempre se les encuentra. En un último enfermo, que he tenido ocasión de estudiar, para no ir muy lejos; después de una enteritis ordinaria, no se observaba otra cosa: que un foco de infarto hepático y un dolor muy agudo en la zona diafragmática derecha. La fiebre con sus caracteres habituales, de anorexia, sed viva, prostración, tempesta dura 8^a, no fue notada una sola vez. Los dolores escapulares, la icteria 8^a, no se percibieron al examen; y solo la diarrea y los

antecedentes alcohólicos del enfermo, nos inclinaron a la idea de una hepatitis supurada. Idea que fue corroborada en nuestro ánimo, con la evacuación del piso por los intestinos y que la autopsia, viendo a relacionar a la cara concava del hígado.

En medio de todos estos obstáculos, no queda un recurso muy precioso de que disponer. Hable de las funciones exploratorias, que despojadas del manto aterrador con que las habían rodeado los antiguos, constituyen en la época actual el mejor medio de examen de que disponemos. Las reglas para ponerlas en práctica, quedan fijadas por la siguiente ley, dictada por la experiencia y la autoridad de nuestras grandes maestros. Toda vez que en un sujeto hayan sospechos de hepatitis, por sus antecedentes; la constatación de tres síntomas: dolor hepático fijo, aumento de volumen del hígado, y fiebre remitente respirativa; debe dar una certeza suficiente, para que se admita la existencia de un absceso y para que se practique la hepatocentesis" o con Mabbutt.

"En la mayor parte de los casos, el médico puede encontrar en los antecedentes y en el cuadro sintomático, indicaciones suficientes para arrancar su mano, mucho

ántes, que la pared abdominal revele por su ~~pastosidad~~^{pastosidad} y su levantamiento, la existencia de un "abcéso".⁽¹⁾

II

Los abcéos hepáticos, como se sabe, pueden abrirse en la cavidad peritoneal, el tubo digestivo y el riñón derecho; así como en la pleura, el pulmón, los bronquios, el pericardio, la vena cava y el esófago. Los trastornos graves que de esto resulta y que las mas de las veces matan al enfermo en corto plazo, habrían hecho idear á los Antiguos Cirujanos milagros operarios; desde las cataplasmas y mordativas que atraían el fíus á la superficie cutánea, hasta los de Recamier, Beguin y este latón.

Sin embargo, el nacimiento de estos últimos origina, en su principio, resultados tan desastrosos, que se decía en 1824 juzgando el procedimiento Beguin. "Si este es el mejor aplicable á los tumores que no están en contacto con las paredes abdominales, ¿no valdría mejor, como ya se ha expresado, respetar estos tumores, que tentar el abrirlas?"

= Una palabra sobre la anatomía de la región para hacer mas comprensibles estos métodos operarios.

(1) Reclus y D'Aslys

El hígado, glándula la más voluminosa del organismo, está situado en el hipocondrio derecho, ocupando además el epigástrico y parte del hipocondrio izquierdo. Su forma es comparada por Blisson, a la de un ovoide, al cual se hubiera quitado la mitad de la extensión menor. Se encuentra dividido en dos lóbulos por el ligamento falciforme, repliegue peritoneal que partiendo del ombligo, viene a terminar en su extremidad posterior, comunicándose con las dos hojas del ligamento corona.

Su movilidad en la cavidad abdominal es grande y goza de verdadera independencia morfológica. Su cara superior está en contacto con el diafragma, del cual ocupa más de la mitad derecha, y por consiguiente separada de la cavidad torácica, sólo por este músculo y el peritoneo.

Su surcado antero-inferior o cava va, se venían dos surcos anteroposteriores, (unos longitudinales derechos e izquierdos), y uno transverso, (hilos del hígado), que se cortan formando una H. Toda la parte situada a la derecha de la H. se llama lóbulo derecho; y la situada a la izquierda, lóbulo izquierdo o menor del hígado. Por delante del surco transverso, existe la eminencia porta anterior; y por detrás, el lóbulo de Spigel. El surco transverso

contiene: la arteria hepática, la vena porta y los conductos hepáticos. El longitudinal izquierdo, por delante la vena umbilical, y por detrás, el canal venoso. El longitudinal derecho, por delante del surco transverso, la vesícula biliar; y por detrás, y apuera, el surco de la vena cava. El lóbulo derecho, está en relación con el angulo del colon hacia delante, el tercio superior del riñón derecho, al medio; y la cápsula suprarrenal hacia atrás; la vesícula biliar, corresponde al ángulo formado por el reborde costal y el músculo recto, cubriendo la segunda porción del duodeno y el colon transverso. El lóbulo cuadrado, corresponde á la primera porción del duodeno. El lóbulo de Spigel, situado á la derecha del cardias, corresponde á la duodécima vértebra dorsal; y por último, el lóbulo izquierdo, cubre la cara anterior del estómago. El borde anterior oblicuo arriba y á la izquierda, se extiende desde el cartílago de la octava costilla derecha, al de la séptima izquierda; y oculta la curvadura menor del estómago. La extremidad anterior es triangular; y la posterior obtusa, da incisión al ligamento coronario. (Fillaux y Beaunis).

Cubierto en todas partes por el peritoneo, excepto hacia atrás, entre las dos trocas del

ligamento coronario y al nivel del surco transverso; dà incisión por su cara inferior, al ligamento gastrohepático ó epíplor menor, que contiene los vasos y nervios que se distribuyen en su parénquima. De esta disposición resulta, que para llegar á su cara convexa, hay que atravesar: además de las partes blandas, las hojas peritoneales que cubren la cara cóncava del diafragma y la convexa del hígado; y los peligros de un derrame en la cavidad peritoneal son innumerables. De aquí nacieron los diversos procedimientos operatorios que tuvieron en mira provocar su privación sólida adherencia, y que ahora podemos describir = X

Recorrer, después de haberse asegurado de la existencia del quiste, (porque es de aquí que partió la idea para aplicarla más tarde á los abcisos del hígado), por una punzión, coloca en el punto más prominente del tumor, un pedazo de piedra de carbon (K.O.H.)

Formada la escara, la incide, y aplica á un segundo caustico y también un tercero; hasta que los tejidos sucesivamente destruidos, la acción de la potasa extinguida al peritoneo, haya determinado la in-

plamacion local de las hojas contiguas de esta membrana, y mortificado las paredes del quiste, dando salida a su contenido.

Unside la entrada del aire, teniendo cuidado de mantener el foco continuamente lleno; desde luego, con un liquido emoliente y mas tarde, con uno ligeramente irritante y antiséptico.

Nelaton, emplea la pasto de Viena, hasta producir una excavacion profunda; y cuando cree adheridas las hojas peritoneales, sumerge el bisturi. Limpia el foco con inyecciones tibias y detergidas; y provoca su cicatrizacion, con el agua yodada, cada vez mas cargada.

Tillmanx, emplea también la pasta de Viena; pero solo hasta llegar al muscular transverso. Aqui introduce en la bolsa una flecha de Cauguin, puntiaguda y resistente; que deja volcada, hasta que cae por si sola, con la escara que ha producido.

Begin, trata de evitar el empleo del caustico. Hace una incision de dos a tres pulgadas en la piel, sobre la parte mas prominente del tumor, dividiendo capa por capa hasta llegar al peritoneo, al cual levanta con unas pinzas; y ahí, hace una abertura. Si el

epíplas o el intestino se presentan, son cuidadosamente repulsados; y con el ayuda de la sonda canalizada, acaba la incisión del peritoneo. El tumor se presenta en el fondo de la herida, la que se llena de bilas. Poco ó tres días después es quitado el aparato, y el peritoneo se ha inflamado por el contacto del aire, el quiste ha contraído adherencias con los bordes de la herida, y es entonces que se sumerge el bisturi. Cuando el líquido se introduce en la abertura una mano y se hace la curación.

"Graves, difiere de Begin, solo en no cortar el peritoneo; por lo demás, es exactamente igual en procedimientos al anterior⁽¹⁾."

Sobert de Samballe, confiada su instrumento la adhesión de las hojas peritoneales. Así hace una punción capilar evacuadora que deja escorrir la mayor cantidad de líquido posible, y la cánula es dejada 24 horas, a fin de producir una inflamación adhesiva que permita separar la punción, tanto cuanto sea necesario.

Procedimientos son estos, que muy justamente, son llamados "métodos lindos" por Reclus y Puplay.

Hemos dicho que la rapidez de la evacuación del foco purulento, es una de las indicaciones primeras que deben llenarse, si se

(1) L. Marcos. Tesis del Doctorado

quiere ver curar una hepatitis purulenta. En efecto, toda demora sería dar lugar á que se aumentase la colección y por las adherencias que contrae, verlo abriese en órganos dobles, cuya alteración pone en peligro la vida. Esta simple indicación sería suficiente para hacer elechar al de plano los métodos indicados; sin se abriese, además, en apoyo, la seguridad de que cuando los abcesos ganan la superficie del órgano, determinan una peritonitis parcial entre el hígado y la pared costal abdominal, que hace ilusoria la aplicación de causticos; aparte de las mortificaciones y peligros que estos traen consigo, aun con una riguroso antisepsia.

Qual cosa se puede decir de los, llamados, métodos rápidos por Pectus y Duplay, quienes colocan loc de Cambay y sus derivados y las punciones aspiratríces capilares entre ellos. Por que si bien es cierto, que se han relatado casos de curaciones aun con las punciones "á blancos"; no lo es menos, la de la observación vulgar, que cargado este pie de gérmos, impone de evacuarse por completo a través de las canulas aspiratríces. Se necesitan muchas punciones, y este hecho, basta para condenar, por las mismas razones que los anteriores, esto se

rio de métodos, que bajo este punto de vista, son tambien lento. Si aspecto rápido y la defensa que hace el instrumento del perito, no los pone al abrigo de este inconveniente.

Protagonistas y defensores de estas ideas, creemos necesario que cada vez que nos encontremos en presencia de una hipertisis supurada, debemos proceder a su anestesia y libre abertura; cualquiera que fuese su localización en la glándula y el estado del enfermo. Nuestro estudio en la Clínica, y la convicción que tenemos, de que la única manera de obrar, la única tabla de salvación, en estos casos, refuerzan nuestros argumentos.

He aquí este procedimiento, tal cual lo he visto aplicar al Sr. Dr. Odriozola. Armando su mano del trocar explorador, por los antecedentes del enfermo y la observación atenta de los síntomas; hace la punción en el punto mas culminante y doloroso. Si el cuerpo de bomba del instrumento, no traduce la presencia del pus, y el estado del enfermo es alarmante; difiere el examen, para el dia siguiente; pero si el terreno operatorio, es constituido por un individuo fuerte y robusto; hace tantas punciones, cuantas sean necesarias, para descubrir el foco perniciosa.

Una vez seguro de la presencia de éste, incide, capa por capa, al nivel de la punción; la piel y las partes blandas que la cublan hasta llegar al ligado, en una extensión de 6 u 8 centímetros. Llegado a la glándula, se asegura de las adherencias que casi siempre existen; y con el fin de evitar una erupción brusca del piso, hace una punción con el trocar mismo que sirvió para la exploración. En seguida, desgarrá lentamente, con la sonda achanalada, los paredes de la bolsa, y evacuada así la materia purulenta, coloca los drenes. Abundantes lavados antisépticos, al ácido bórico, son hechos; hasta que el líquido salga completamente incoloro, a través de dos gruesos drenes introducidos en el seno mismo de la bolsa; drenes que, ligados por un alfiler en su porción externa, son fijados además, por tiras de gasa iodoforizada. El todo, es cubierto por una lucha capa de algodón antiséptico y mantenido por un vendaje conveniente. - Cuando ya la supuración, se ha oísta, por cobijarse; agrega a los lavados boricados, los de una sustancia irritante y antiséptica; tal, como el agua iodo-iodurada, a fin de apresurar la cicatrización y evitar los trayectos fistulosos.

Con la aplicación de este método, he tenido ocasión de ver curados seis abcesos he

páticos, abiertos en distintos puntos, en el transcurso de un año, (sobre 6 operados).

Pero, en la operación misma, ya antes o ya después; pueden nacer una serie de complicaciones, algunas de las cuales, es necesario indicar; aun que no sea, sino, ligeramente.

Habla del Síndrome traumático, originado por el dolor y la descompresión brusca de las vísceras abdominales; por ser un accidente observado, por mí, en mi práctica. Trataba base de un individuo llegado á un último estado de marasmo y postración, que murió pocos momentos después de incidido el abceso; apesar de haberse evitado la salida brusca de la materia purulenta, por los medios ordinarios que hemos indicado.

A este respecto, me parece oportuno recordarse siempre, antes de operar, de todas las precauciones que garantizan la vida del paciente; como son: las inyecciones hipodérmicas, preventivas, de ether; las fricciones excitantes Dr. Práctica, que como veréis, la hemos seguido en el enfermo cuya historia lleva el número 5, y que momentos antes de ser operado, estaba en un estado de postración tal, que parecía estar próximo á abandonar la vida.

Cuando se opera un abceso á través de la pared abdominal anterior, y cuando las adherencias no están perfectamente estiradas

blecidas, pueden presentarse al enemigo el epiploan ó los intestinos. En estos casos, después de incindida la piel y los músculos; si es el intestino el que se presenta, se le refluje con el dedo y se espera la formación de una peritonitis parcial, que una la serosa parietal abdominal, con la visceral hepática.⁽¹⁾ Mas si fuese un epiplocele, se le liga al nivel de la herida cutánea, fijandolo hasta su caída después que se haya esfacelado. Ya se tiene la desgracia de herir un intestino, (lo que se anuncia inmediatamente por la presencia de gases ó materias alimenticias en el campo operatorio), se procede como en los casos de herida de este órgano, es decir: enterrandolo y abandonandolo en la cavidad abdominal, ó fijandolo a los bordes de la herida.

La peritonitis generalizada, como complicación operatoria, (apesar de no haber visto emplear jamás causticos para provocar adhesiones), la he observado. Es considerada, tal vez, por algunos, como muy excepcional, fundados en la pendida inocuidad del páncreas hepático, por la ausencia de gérmenes plogísticos. Sin embargo, en la operación y aun en la curación, es necesario tener presente siempre en la memoria esta terrible amenaza; tanto mas, cuanto que, estudios modernos, han constatado la presencia de "plasmódios" en el páncreas en referencia.

⁽¹⁾ Por medio de una sutura que une los labios de la herida cutánea

con la capsula de Glisson y el ligado, fr. sec.

Por lo demás, lo hemos dicho, la adherencias faltan muy rara vez, y si se quiere seguridad de ellas, creemos tener varios medios. El primero y mas seguro, la constatación directa, con el dedo ó la sonda, después de la incisión de las partes blandas; El segundo, la punición exploratoria, que nos indica la profundidad de la bolsa; teniendo como perfectamente establecido, por nuestras observaciones; que si bolsa superficial, corresponde adherencia segura; y tercero, la palpación y la auscultación del hipocondrio derecho. Tal efecto: este deja percibir, en ciertas ocasiones, un ruido de frrote diro, que se ha comparado al que produciría el frrote de un cuero nuevo. Es indudable, que este ruido es originado por la formación de vegetaciones y rugosidades en las hojas de la serosa; y en tal virtud, nos atestigua la formación de una peritonitis parcial, entre el peritoneo hepático y el costo-abdominal. Mas tarde, la organización de esas rugosidades ó falsas membranas, trae rá necesariamente la adherencia de las hojas que les dieron origen; y por consiguiente, la falta de frrotos peritoneales en el hipocondrio, después de haberlos constatados con claridad, bien puede servirnos como un dato de cierto valor, en la investigación ó en la presunción de la adherencia.

Pero si, apesar de todo, nos encontrásemos con el ligado dislocable, después de franquear las partes que lo cubren; creemos: que el taponamiento por la gaza iodoformada dentro de la incisión de la capsula de Glisson, y el aplazamiento de la operación para el dia siguiente, nos aseguraría la completa adhesión de las hojas peritoneales. Fundandonos en el procedimiento empleado por Begin, cuando se encontraba en presencia del ligado.

Sucede a veces, que después de mecido un abceso y salido cierta cantidad de pus; ya en el mismo dia, ya en los dos o tres siguientes, se verifica un derrame sanguíneo (História N.º 3), abundante, que lleva de coagulos la herida. A mi ver, este derrame es originado por la brusca dilatación y ruptura de los vasos, que, (comprimidos por la tumefacción glandular, una vez libres de ella; por la retracción del órgano consiguiente a la evacuación del pus), sufren una vaso-dilatación paralítica, que provoca el escorrimiento sanguíneo. Se distingue de la hemorragia producida por los vasos cutáneos ó hepáticos, sucedidos en el momento de la operación; por su aparición tardía, y pueden ser consideradas como esas hemorragias llamadas

"al Vacío" que nacen en condiciones análogas. Un apósito lavado por el agua caliente es el mejor medio de evitar estas hemorragias.

La colerragia, originada casi siempre, por la ruptura de un vasito biliar, en las paredes del foco purulento, aparece, durante la curación, próximamente en el tercio de los casos. Se anuncia, en ciertas ocasiones, por un estado de gravedad alarmante en el enfermo; así hay temperatura elevada, vómitos, diarreas, y un sudor frío que cubre todo el cuerpo; — mientras que en otras, es la coloración verde amarillenta del apósito, su única manifestación. Redoblar los cuidados antisépticos y esperar la espontánea cebación del derrame, (sin tratar de explorar el trayecto con el estilete, por temor de producir una nueva ruptura ó agrandar la existente), me han producido en dos casos, en que el derrame de bilis era tan considerable, que no solo manchaba el apósito, sino la cama toda, un feliz resultado (Historias N° 3 y 4).

La persistencia de la fiebre después de operado un absceso, indicó ^{caso} golpe seguro la existencia de uno ó mas focos purulentos, que sería, tal vez, necesario buscar. Y digo, casi a golpe seguro, por que también estos mismos

fenómenos pueden persistir, en los casos en que la bolsa sea demasiado considerable y su evolución no se verifique con libertad. Luego es necesario tener siempre en la memoria este hecho, ya señalado por Monod y Gaucho, es decir: la posibilidad de la existencia de focos múltiples, en los operados en que hay persistencia de los trastornos gastrointestinales (diarrea) y de la fiebre". (Historia N.º 5). *

Hay un accidente que consigue también en este capítulo, aun cuando no es una complicación operatoria, por su frecuencia relativa y suma gravedad. Es la abertura en la pleura del foco purulento, observada por mí, en un enfermo de la "Sala de San Francisco". Se manifiesta por un dolor muy agudo en la base del torax, y una disnea, que no es comparable a la observada en las hepatitis ordinarias, pues que llega la molestia respiratoria, si constituir una verdadera orthopnea. La auscultación del torax, revela los signos de una pleuresia con derrame; y solo la observación atenta de la deformación torácica y los antecedentes del enfermo, pueden daros cierto indicio sobre la naturaleza de esta pleuresia. En efecto: se nota que el enfermo ha tenido diarreas tras

tornos gastrointestinales y síntomas de hepatitis, que no aparecen en el empiema; y que, en la pleurexia, el líquido que pesa sobre el diafragma tiene la tendencia de aproximar sus inserciones costales y a tirar las costillas hacia abajo y adentro; mientras que los tumores líquidos del hígado, repelen el diafragma, separan y relluyen las costillas, hacia arriba y afuera⁽¹⁾. La punción al nivel del 7.^o u 8.^o espacio intercostal, demuestra la presencia de pus hepático en la cavidad pleural.- El tratamiento de esta emergencia, no difiere por lo demás, del de las hepatitis ordinarias; solo que es necesario abordar la cara convexa del hígado, a través del diafragma. - Su pronóstico, como lo hemos dicho es sumamente grave.

Ya que hablamos de la gravedad de las evacuaciones del pus, por las vías internas, en las hepatitis purulentas, diremos: que las menos peligrosas, son las que se abren paso a través de una fistula branquica, y que, los abscessos colocados en el borde posterior de la glándula, son de todos los más graves; sin que se haya dado hasta ahora una explicación satisfactoria de este último hecho. (Historia N.^o 5).

[†] (1) Noël. Gremant de Mussey

En fin, después de salvar todos los inconvenientes y complicaciones ya enumeradas, evitadas la carie ~~y~~ ^o ~~costal~~ y las pistolas cutáneas, (observadas en algunas circunstancias), y cicatrizadas las heridas; aparece una nueva y última complicación, a saber: la formación de verrugas al nivel de las cicatrices ventrales, cuyo estudio constituye la última parte de mi tema, que seguiré tratando, si me continúereis, dispensando vuestra benevolencia.



III

Expondré antes, la historia de los casos que he observado, para después hacer más fácil el estudio que acabo de indicar.

Nº 1.

Juan de Dios etchon, chino, de 45 años de edad y cocinero en el Callao; ingresó á la Sala de San Juan de Dios del Departamento del Sr. Dr. Idriozola, el 1º de Diciembre de 1894, ocupando la cama nº 42.

No tiene antecedentes hereditarios dignos de mención, ni ha padecido de enfermedad alguna, anterior á la actual. - Confiesa haber abusado de las bebidas alcoholicas y llevado una vida poco arreglada, y

que desde hace un mes siente un dolor vago en el hipocandrio derecho, acompañado, desde hace cuatro ó cinco días, de calofrios y fiebre.

Presenta un tinte icterico bien manifiesto, algunas petequias en el pecho y vientre; y un movimiento febril que acusa en el termometro 41 grados. - El pulso es frecuente y regular (120 pulsaciones por minuto). Hay ríjido disnea y tos seca; y el examen del Thorax, acusa maciez a la percusión y falta de murmullo vesicular en la base del pulmón derecho; respiración ruda, en el izquierdo. - La lengua está seca y cubierta de un barniz amarillento; y desde la mañana de su ingreso al hospital, ha tenido diarreas sanguinolentas, acompañadas, de temblores y dolor liviano en el vientre.

Hay dolor hepático irradiado al hombro derecho, y aumentos de volumen general de esta viscerad. Por la palpación, se la nota claramente debajo de las falsas costillas, y la percusión, da por límites, mas ó menos, los circunscritos: por 9 cm debajo del reborde costal derecho, hacia abajo; la séptima costilla del hipocandrio izquierdo hacia adelante y adentro; y la 4.^a costilla derecha hacia arriba. Existe en esta region la señal

de un sinapsismo, y la sensación que da a la percusión, es la de un tumor elástico y mate.

Hay cepalalgie, sed intensa y agitación. - El bazo está ligeramente inflamado; y la orina, está fuertemente coloreada en rojo.

Se le prescribió un papel de 20 contg. de tant. de quinina, asociado a 20 contg. de Tolvas de Rovner, cada 2 h.

Con este régimen, la temperatura ha descendido al dia siguiente a $40^{\circ}2$; las cámara, han sido menos numerosas, pero conservan su carácter sanguinolento. Sin embargo, se le prescribe un purgante de 45' de aceite de ricino y 0.60 de polvos de calomel; recomendando continie, con los papeles del dia anterior, una vez pasada la acción del purgante. La temperatura de la tarde, era de $40^{\circ}6$.

Dia 3.- La temperatura oscila, entre $40^{\circ}2$ y $40^{\circ}4$.
 Dias 4 y 5.- Cambia el carácter de las deposiciones, que son escorrenticias y en más numerosas. Se le hace una inyección de un gramo de biele. de quinina.

Dia 6.- Temp. de la mañana $39^{\circ}6$. El dolor toma un carácter de fijaza notable, al nivel de una ligera eminencia, situada mas o menos a 5cm. debajo de las falsas costillas derechas y por

fuera de una linea que prolongase el borde externo del esternon, irradiándose siempre al hombro del mismo lado.

Diagnósticado de "hapatitis aguda," se le manda un regímen y una poción de 3' de Muriat. de azúcar. y 1' de S. de Sydh. en 120' de agua; para tomarse, una cucharada cada 2 h.

Día 7.- La diarrea ha desaparecido, casi en totalidad; pero el dolor continua con su misma intensidad y fijeza: ya no provocado por la presión, ya espontáneo.

Día 8.- La temp. continua descendiendo, conservando siempre su tipo remitente vespertino. El termómetro marca 37°6. La superficie del hipocandrio derecho, se dibuja perfectamente; y la piel, presenta cierto grado de fastidio.

Día 9.- El dolor supra-clavicular, se hace tan intenso, que es necesario calmarlo por las inyecciones de morfo; y el enfermo está muy postrado. Por lo que, se le somete a un régimen tónico, consistente en una pelta de trementina cada 3 h. y agua de Vichy por bebida.

Día 10.- Temp. 37°2 y 37°4. Se le hace una punción exploratoria, al nivel de la parte más prominente y dolorosa; y convencida de la existencia de un foco purulento, se acuerda su abertura para el día siguiente.

Día 11.- Se hace una incisión de 6^{cm} y 8^{mm} en dirección

ción oblicua, de arriba abajo y de izquierda a derecha; a 6 mm ó menos por debajo de las falsas costillas derechas; y a 2 cm. por fuera de la linea media, (para su extremidad interna).

Se cortan, capa por capa, las partes blandas hasta llegar á la glándula; donde, cuanto sada la existencia de adherencias, se incinde la cápsula de Glisson y se penetra en la bolsa.

- Evacuado gran parte del pus, (que salió bajo la forma de un chorro grueso y abundante), se introdujeron dos drenes de buen diámetro, y a través de los cuales, se hizo un prolongado lavado de ácido bórico al 3%. - El todo, fue cubierto, de un apósito antiséptico.

Día 12. - El pie continúa saliendo en abundancia, la temp. ha descendido á 36°8 y continúa el estado de postración.

Días 13, 14, 15^a 20. - En estos, se consigue levantar las fuerzas del enfermo. La salida del pie es cada vez ~~menos~~ abundante y la temp. permanece, - mas ó menos, normal.

Día 21. - El enfermo se queja de cierto malestar, náuseas y falta de apetito. La lengua es tan seca y la curación aparece manchada de un color verde amarillento; sin embargo, de que la temp. no haya variado sensiblemente.

Volviendo a emplear el ácido bórico, en lugar del agua iodo iodurada, con la cual se habían

hechos las curaciones desde el dia 19, continuas con su mismo régimen.

Días 23 y 24.- Continua evacuándose la materia verdosa, su cantidad ha aumentado y trae un poco de diarrea; por lo que, se le prescribe una pildora de 1/4 de polv. de iodoformo, asociada a 1 csp de ex. de tebaico, cada 2 h.

Días 25 y 26.- Con este régimen ha desaparecido la diarrea y la bilis, (pues que no era otra la causa de la coloración del aposito), se escurre en menor abundancia.

Días 27 y 28.- Desaparece el escoramiento biliar y renace el apetito, entrando el enfermo nuevamente, en pleno periodo de curación.

Los días siguientes, no se nota gran variación en el enfermo; si no ser la marcha hacia la cicatrización de la herida, la queda terminada el 26 de enero.

Nacido de una enteritis, ingresó nuevamente al servicio el 20 de junio del pte. año Juan de Dios Achon, ocupando la cama N^o 30 de la Sala de San Roque.

En la curación de su nueva enfermedad, no se notó nada de particular.

Pero en las paredes del vientre, al nivel de la cicatriz correspondiente a la incisión, que meses antes se le habían hecho, para curarlo de su hepatitis supurada; se

sistaba un pequeño tumor, como de 6^{os} de largo por 17^{os} de alto y 1 de ancho. X

De base inmóvil, blando y sin cambio de coloración de la piel; era fácilmente reducible. Por la presión del dedo, se dejaba percibir en su fondo un orificio de dirección oblicua, como de 2^{os} de largo, fino y como cartílagoso; el que, era franqueado por el tumor; cuando se mandaba hacer al enfermo un gran esfuerzo ó una inspiración prolongada y sostenida. Los golpes de los, daban en la yema del dedo aplicada á su nivel, la sensación de un pequeño choque. Y por la percusión, suave, se constataba un sonido timpánico.

Fuña pues, los caracteres de una hernia ~~de~~ ventral.

Un vendaje, con una pequeña peleta de algodón, le fué aplicado; saliendo el enfermo á los pocos días de Alta, sin llevar en dificación alguna en este pequeño tumor, que por otra parte, no le ocasionaba molestia.

Nº 2

El 14 de febrero de 1895, ocupaba la cama N^o 26^{os} el negro Francisco Barrillo. Natural del Callao, de 25 años de edad, de constitución robusta y temperamento bilioso; era empleado de una Hacienda de aquel lugar, de la sala de San Roque;

donde tenía por ocupación la de "enfrentar bestias." X

Interrogado acerca de sus antecedentes, refiere: haber padecido de fiebres ahora 2 años, y de diarreas y otros trastornos digestivos, algunos meses hia, trastornos atribuidos por él, al uso inmoderado de la caña de azúcar. Sus padres, vivos todavía, gozan de la mejor salud.

Quedábase de un dolor agudo, en el hipocondrio izquierdo; de cepalalgia y sed intensa; la lengua estaba seca y sabrosa; y el termómetro marcaba $39^{\circ}6$, en la tarde.

Los aparatos: respiratorio digestivo y circulatorio, funcionaban con regularidad; aparte del pulso, que era un poco frecuente, (90 P. por minuto), y de una constipación intestinal, que lo mortificaba; pues que hacían 4 días, que no se le había movido el vientre.

En la región epigástrica; existía una tumefacción del volumen de una manzana, y que ocupaba un poco más, del área del triángulo, circunscripto; entre la linea media, una horizontal tangente a las últimas costillas y el reborde costal izquierdo. Esta tumefacción, muy sensible a la presión, daba un sonido mate, a la percusión; viéndose por ella, que se prolongaba debajo de las falsas costillas.

izquierdas, ocupando casi todo el hipocondrio del mismo lado. Hacia continuación al higado, cuyo borde anterior se percibía claramente, a 14 cm mas o menos, debajo del rebordo costal derecho.

La orina, bastante coloreada; pero sin trazas de elementos anormales.

Se le prescribió una dosis de 60' de bich. de quinina St. y 0.30 alt., y un enema purgante, hasta mejor observar.

Dia 15.- El termómetro marca 39°4 en la mañana. El enfermo ha pasado la noche en continua agitación y se nota una ligera disnea. La constipación persiste, por lo que, se le mandó un purgante salino; ordenando continuarse con una fosción de bicloruro de quinina y tándanos.

Dia 16.- La temp. sube a 38°6 en la mañana, habiendo tenido en la tarde del dia anterior, 39°2. El dolor en la región epigástrica, continua con su misma intensidad; y la tumefacción puede ya circunscribirse a la vista. Las cianosis han sido abundantes y numerosas. En la noche de este mismo dia, (10 u 11 p.m.), el enfermo ha tenido un violento calofrío, acompañado de calor y sudores profusos.

Dia 17.- El termómetro marca 38°4 (m) y 38°8 (t)

Día 18.- Los dolores epigástricos, crecen en intensidad; ha habido durante la noche calo fríos y fiebre; y el enfermo ha tenido, vánitos biliosos abundantes. Se agregó á su régimen, una bebida helada.

Día 19.- Los vánitos, persisten, aun que con menos intensidad; han habido 4 cílicas diarreicas; y los mismos sudores y fiebre, en la noche. La temp. marca $38^{\circ}2$. El dolor toma un carácter de fijezza notable, á la altura del cartílago de la 9^a costilla izquierda, y por dentro del reborde costal, del mismo lado.

Se le mandó, una poción absolverte; y como típico, tintura de iodo, en una buena capa, al sitio doloroso.

* Día 20.- El enfermo ha pasado más tranquilo la noche; no obstante que el calofrío y la fiebre nocturnas, han persistido. En efecto la temp. tomada á esa hr. (10 p.m) subía á $40^{\circ}3$; y los sudores, se limitaban á la parte superior del cuerpo, en particular á la cabeza).

Día 21.- La región epigástrica, está meno dolorosa; y se nota á la presión digital, cierto grado de pastosidad. El termómetro marca $34^{\circ}8$ (m).

En este día, se le hace una punción explor-

ratros, cuyo resultado, nos lleva al conocimiento de la existencia de un foco purulento, ligado muy probablemente al lóbulo izquierdo del hígado y a cuya abertura se procede.

~~Para ello, se hizo una incisión de 6 a 8 cm de dirección transversal; á 6 cm mas ó menos, dentro del e~~ borde costal izquierdo; y á la altura del cartílago de la 9.^a costilla. Llegados al nivel de la glándula hepática - pues que no era otro el órgano afectado -, se dio salida á una enorme cantidad de pus, (3 o 4 lit.), de un color negro-grisáceo; y de un olor virginero, un tanto parecido al olor eucaliptáceo.

Curado convenientemente, fue sometido á un régimen tónico.

Día 22.- El pus, continua evacuándose en cantidad; la diarrea ha desaparecido por completo; y los sudores han sido menos abundantes, en la noche.

Día 23.- No se nota gran variación, en el enfermo; sin es, la desaparición de los sudores nocturnos y la vuelta del apetito que es exagerado.

Días 24, 25 & 26.- La expectoración, aunque ha disminuido, siempre es abundante; por lo que, le hace un lavado con una solución de permanganato de potasa, al 8 por mil. Por lo demás, el enfermo sigue en buenas condiciones.

Día 2 de marzo.- Se reemplaza el permanganato, por el agua iodo iodurada; y se desbrida la heri-

da en sus dos extremidades, que ofrecen una consistencia dura y fibrosa. X

Por fin, la herida cicatriza completamente el 30 de marzo.

En los primeros días del mes de mayo, de este año; se notaba en la pared abdominal anterior y en la región epigástrica, un pequeño tumor, sobre cuya existencia nos habíamos llamado la atención el mismo Carrillo.

Era éste, de una longitud de 6 cm mas ó menos y hacia arriba en la pared abdominal.

Indoloro, de forma globulosa y un poco alargada en el sentido transversal; era fácilmente reductible. Su consistencia, era blanda y dejaba después de reducción, percibir la circunferencia de un orificio en su fondo, de bordes duros y como de 2 cm de longitud, mayor. - Los esfuerzos fláticos, le originaban; la percusión, daba un sonido mate y la impresión, de un cuerpo blando y compacto.

En una palabra, caracteres, más o menos semejantes, al del tumor observado en el enfermo anterior; por lo que, se vino en el conocimiento, de que era también, una herida ventral, formada al nivel de la cicatriz operatoria.

e N^o 3.

29 de mayo de 1895;

Gregorio Mayta, Natural de Mala, mestizo,

de temperamento bilioso y de oficio jornalero; nació
só al hospital, en el dia de la fiesta; ocupando la
cama N^o 45, de la Sala de San Roque. X

Su género de vida, ha sido un poco agitado; pues aparte de las campañas hechas durante la guerra trascional, ha permanecido encasillado de soldado, en la revolución del 94.

Trabaja en la Hacienda "Infantas," y tiene como antecedentes personales: el haber padecido de disenterias frecuentes, atribuidas por él, a su vida de campaña y a sus hábitos alcohólicos.

Ignora la enfermedad de que fallecieron sus padres, y de sus antecedentes de familia, no da ninguna luz.

Hace algún tiempo, que siente un dolor vago y constante en el hipocondrio derecho; el que, se le irradia á la región lumbar. Su aparición fue brusca; acompañada de vértigos biliosos, fiebre y calofrios intensos; que le repetían, ~~rápidamente~~ medio dia, cada 48 h. - Es el dolor, al principio soportable, se le hacia cada vez mas intenso; y la fiebre, continuaba; a pesar del régimen "químico," á que había sido sometido; por lo que, viendo que sus fuerzas decayan con rapidez; resolvió darse de alta en el hospital, á los 27 días de enfermedad.

En decubito dorsal, con un límite

subcíclico, de la piel y las conjuntivas; y fiebre de 38° F., presenta al examen: Una tumefacción en el hipocondrio derecho, de forma oval y con diámetro mayor transversal, más prominente al nivel de la pared abdominal anterior y a los tráveses de costillas, más o menos, por debajo del reborde costal derecho. La palpación, hace percibir el borde del hígado, de contorno irregular, des de la fossa diafragmática derecha, hasta por abajo del hipocondrio izquierdo. La percusión, rectifica estos datos, y hace ver, que la glandular ha ascendido por arriba, hasta la 5.^a costilla de rechazo; y ocupa gran parte del hipocondrio izquierdo, el que da también, un sonido mate.

La mensuración, acusa un aumento de más de 8 cm., del lado derecho sobre el izquierdo. — En todo el lado derecho, (hipocondrio), y especialmente en el epigástrico, se advierte cierto grado de pastosidad. Los movimientos de la respiración, hacen subir y bajar el tumor, y la percusión, despierta un dolor muy agudo, de mayor intensidad en el epigástrico y que se irradia a la región lumbar. La piel que lo cubre, está lustrosa, sin cambios de coloración; y de una temperatura, un poco mas sensible, que la del lado opuesto.

Hay insomnio. La lengua está seca y roja, en sus bordes y en la punta; y la diarrea

lo mortifica, desde algunos días atrás.

El pulso es pequeño y frecuente. La respiración disnea y hay un poco de tos seca. La orina, cargada de pigmentos, que dan con el ácido útrico, la reacción característica de los pigmentos biliares.

No habían pues duda, de que se trataba de una hepatitis, (sal vez purulenta); y en este concepto, se ordenó la aplicación de un vegatorio en la región, y una dosis de calomel asociado al opio, para tomarse cada 2 h.

Día 30. - La temp. desciende a 37°8 en la mañana. Pero durante la noche, el enfermo ha tenido 6 címaras diarreicas; y han habido, vómitos biliosos frecuentes. Hay molestia en la respiración e insomnio. Se agrega a su régimen, una bebida helada, (Agua de Vichy, con nieve); temp de la tarde, 38°.

Día 31. - Continúan las diarreas, que son más frecuentes; y el enfermo anuncia haber tenido, durante las primeras horas de la noche, dolores limitados a la cabeza. Ha habido, subdebrío y el termómetro marca 38° en la tarde.

Día 1^o de Junio. - En este, se le hizo una punción exploratoria, con el aparato de Riemlafay, al nivel del punto más prominente y doloroso. Su resultado fue nulo; y el estado de postración del enfermo, no permitió hacer una 2^a punción.

Días 2 y 3.- La gastración es muy marcada. El pulso, pequeños y filiforme; los latidos cardíacos lentos y lejanos. Persisten los vómitos, aun que con menor frecuencia, que en los días anteriores. Temp. $36^{\circ}5$ y 37 , después de la acción de una inyección hip. de ether, hecha en la mañana. Toma, una cucharada de poc tónica, cada 2 h.

Día 4.- Las condiciones del enfermo, han mejorado un tanto. El pulso, es mas lleno y fuerte; y el termómetro marca 37 .

Se hace una 2^a punción, un poco posterior en sitio á la 1^a; y cuyos resultados, fue la extracción de una pequeña cantidad de pus hepático, que nos daba la seguridad de la existencia y localización del abceso, cuya abertura se hizo.

La incisión, de 7 a 10 cm, hecha por debajo del reborde costal derecho; como á 8 cm de él, tenia su extremidad interna, al nivel de una linea, que siguiese el borde derecho del esternón.

A llegado al nivel de la glándula, guardando los preceptos ordinarios; se dio salida á una cantidad, como de 1800 gr de pus, de un color rojo oscuro y sembrado de grumos de color blanco.

Lavado el foco, con una mezcla de licor de Van Slooten (al 1 por 4.000) y de ácido bónico

al 2% y curado convenientemente, se le sometió a un régimen tórico. También. La temp. de la farde, era de 34°2.

Día 5.- El pie, continua sucurriendo en cantidad; y el enfermo vuelve a su posturación.

Días 6, 7 y 8.- Las condiciones han mejorado en estos días, pues el vomito, ha desaparecido en totalidad. La diarrea, no se ha vuelto a presentar; y el enfermo sigue apirético y aleutado.

Día 9.- Se presenta un hecho curioso digno de mención. Consiste en la aparición de una hemorragia en el seno mismo de la herida, la que se libra de coagulos. Probablemente originada, por la parálisis y dilatación brusca consecutivas, que han provocado la ruptura de un pequeño vaso, q^e estaba sometido a presión por la tumefacción glandular; y que ahora ha sido puesto en libertad por la retracción del órgano infestado, (es decir de patología igual, á esas hemorragias "á vacuo" que nacen en los órganos largo tiempo comprimidos); ó por la ulceración de un vasito hepático, en las paredes del foso peritoneo; es exhibida, por un lavado prolongado de agua caliente.

Días 10, 11 y 12.- En estos, continua esta pequeña hemorragia; pero cada vez en menor abundancia. El enfermo, marcha hacia la curación con regularidad; y la temp. oscila, entre 36.7 y 36.9.

Días 13, 14... 18.- No hay ningún accidente digno de mención; aparte de la desaparición completa del derrame sanguíneo, el 14.

Día 19.- Se nota una ascensión térmométrica á 38° y la aparición de diarreas, sin duda originadas por un descuido alimenticio. Cambiada la posición tónica, por una absorbente; y redoblados los cuidados en la curación; se obtuvo en los días siguientes, la regularización de la digestión. La temp. el 24, estaba en la normal.

Nada trascia preveer, ningún obstáculo en la marcha de la curación, cuando el

Día 24.- Fui sorprendido por un accidente, no menor notable, que la hemorragia de los días 9, y siguientes. El apósito amaneció manchado de un color verde amarillento.

Esta coloración, originada sin duda, por la salida de la bilis a través de un vasito biliar perforado por la ulceración, trajo en el enfermo grandes trastornos. Así se notaba: una fiebre intensa ($40^{\circ}5$), trastornos digestivos (diarreas), y suma agitación; que fueron atribuidos á la difícil salida de esta sustancia, por lo que me concreté á hacer un prolongado lavado al ácido bórico.

(Se cambió la posición tónica, que tomaba el último día, por una absorbente y antiséptica).

Día 28.- La temp. oscila entre $39^{\circ}2$ y $39^{\circ}5$. Los lava

dos boricados, originan un dolor que se irradia á todo el vientre.

Día 29.- La cantidad de bilis aumenta considerablemente, manchando no solo el apósito, sino la cama toda. Las cianuras son sencillas repetidas y la temp. continua en su descenso.

Cambiado el drén, por otro mas delgado, se hizo la curación con una solución caliente y mas diluida de acido bórico.

Los días 30 y siguientes, no se nota gran variación; si no ser la disminución del escudriamiento biliar, que junto con la fiebre y diarreas, desaparecen el dia 4 de julio.

Por fin, después de una ligera dilatación de la herida, que tendia á convertirse en un trayecto fistuloso, salió el:

Día 10 de agosto.- El enfermo, con la herida perfectamente cicatrizada.

X Gomé se vi, Maita no presenta en su his-
toria, otros hechos notables, que los de la colangitis y la
hemorragia, que hemos llamado "a vacío." Pero en el
mes de Mayo del pte año, ingresó nuevamente al ser-
vicio, quejándose de cefalalgia, dolores en la cintura
y extremidades. Había tenido, calofrios en las pri-
meras horas de la mañana de los días anteriores,
acompañados de calor y sudor. Trabajaba últi-
mamente en la heda de la Estrella" y al examen, se

notaba el bazo inflamado y petequias abundantes, en el pecho y vientre. Tratado convenientemente curó á los pocos días.

Al nivel de la cicatriz de la pared abdominal, es decir, en el punto donde antes se le había hecho la incisión para curarla de su hepatitis purulenta, existía un tumor de 5 cm mas o menos de largo.

De base móvil y haciendo cuerpo con la pared abdominal era fácilmente reductible; dejando después de su reducción, percibir fácilmente un reborde duro y como fibroso, que circunscribia un orificio de forma oval, de un centímetro de longitud.

Este tumor, indolente, tenía un color mas pálido que el resto de la piel y rodeado de un círculo, mas claro aún. De consistencia blanda, era límpido á la percusión.

Una vez reducido; las grandes inspiraciones, el decubito ventral, la tos y el esfuerzo, volvían á hacerlo aparecer.

Caracteres estos, que calcados sobre los notados en los enfermos anteriores; nos hicieron tomar este pequeño tumor, también, como una hernia ventral: en que los órganos herniados, no podían ser determinados con seguridad.

Interrogado el enfermo acerca del origen de este tumor, refiere: que á los 6 meses mas o menos de su salida del hospital, había sentido alba-

cer un violento esfuerzo, una sensación como si se le abriese la cicatriz. Llevada la mano al sitio doloroso, notó la formación de una eminencia de consistencia muy blanda, y que la redujo fácilmente presionando con los dedos. Desde entonces, todo esfuerzo lo ocasionaba un pequeño dolor y la reproducción del mismo fenómeno; lo que hacia que no pudiese trabajar, sin la aplicación de una faja, que desde esa época la llevaba.

Como reclamase su curación, se le ordenó el uso permanente de un vendaje compresivo, aplicado sobre una placa de cartón, forrada en pañueque, que se adaptase á la forma de la región; y cuya primera aplicación, se le hizo en el servicio.

Nº 4.

13 de Octubre de 1895.

Victor Roncán, de Lima, de 34 años de edad, cigarrero; ocupaba la camilla N^o 4 de la Sala de San Roque, el dia arriba indicado

Pasado de la Sala de San Juan^o del Apto. del Dr. Quiroga, donde ingresó después de haber padecido un Año largo de fiebre y trastornos gástrico-intestinales; refería: haber expulsado en dicha Sala, varios fragmentos de tenia; haber sido curado de una hepatitis aguda, que dejó tras de sí la formación de un absceso.

Trasladado el 14 de Octubre á la Sala de San Juan

de Pios para ser operado, lo fué en efecto el dia 15; habiendo hecho la abertura del foco, a la altura de la region epigástrica.

La incisión, de 8 cm de largo, estaba situada a 1'4" cm, por debajo del reborde costal derecho; y a 3'4" cm fuera de la linea media, mas ó menos.

En su curación, se observó el mismo fenómeno, que en los enfermos cuyas historias llevan los nros. 1 y 3; es decir, el escurrimiento por la herida de una regular cantidad de bilis, que duró cons. cinco días.

Por lo demás, su tratamiento fue el mismo que en los casos citados; no habiendo otro hecho alguno de mención, hasta la cicatrización de la herida, el 28 de enero del pte. año.

Víctor Roman, ofrecía también, al nivel de su cicatriz abdominal; ese mismo tumor que vemos notando, en los operados en las condiciones que hemos enumerado.

La misma longitud, (4 cm mas ó menos), la misma reductibilidad, la misma fijación por su base, que no permitía desplazamiento alguno en el plano vertical, la misma consistencia y la misma impresión de un anillo fibroso en su fondo, (anillo ocupado en los grandes esfuerzos por el tumor); en una palabra, los caracteres todos, de una breña ventral.

Solo que aquí, su aparición fué menos tardia que en los casos anteriores, pues que no fué notada en el en

fermo hasta estos últimos días. (Julio).

Nº 5.

El enfermo Marcos Bonicich, natural de Austria, de 28 años, pulpero; ingresó al Hospital "2 de Mayo"; el 18 de junio de 1896; y ocupó la cama nº 47 de la Sala de San Roque, servicio del Dr. Odriozola.

Antecedentes. — Cuenta solo 6 meses, de residencia en esta ciudad; y ha sido asistido en su casa de la enfermedad que lo ha traído al hospital, 15 días antes. Desde época muy anterior, notaba que se iba poniendo pálido, y de un color amarillento; y que un dolor al higado, irradiado al hombro derecho lo molestaba. Desde entonces, no ha gozado de salud perfecta; el malestar, las descomposiciones frecuentes, acompañados de calofrios y fiebre; lo perseguían con intermitencias. Su aspecto, su profesión, el ligero temor de la mano y su confesión propia; delataban al hombre, acostumbrado al uso de las bebidas alcoholicas. Al practicarse el examen, el enfermo estaba en posición decubito dorsal, y accusaba intenso dolor á la región hepática, sobre la que llamaba la atención.

Su cara, como toda la superficie cutánea, presentaba un tono icterico manifiesto. Dirigiendo el examen, hacia el hispocrandis derecho, se observaba un hígado muy hipertrófiado. La rama de maces, se extendía desde el 15º espacio intercostal

derecho, hasta la parte media del flanco del mismo lado, comprendiendo el epigástrico y aun el hipocondrio opuesto. En la inspección, sobresalía un poco á ese nivel. En la palpación, como en la percusión, sentía dolor bastante intenso.

La respiración era disneaica, y a la auscultación del aparato respiratorio, había disminución del murmullo vesicular en la base del pulmón derecho, sin que se notase otra particularidad. - Por parte del aparato digestivo, había anorexia, sed viva y un poco de diarrea. El pulso era frecuente y débil, y el termómetro marcaba $38^{\circ}5$.

El enfermo revelaba por su demacración notable, la posturación de fuerzas, un profundo sufrimiento.

El jefe del servicio, atendió inmediatamente al proceso inflamatorio, que evidentemente se verificaba en el hígado; prescribiéndole una fracción de enjuagato de amoniaco y un refrigerio. Sin embargo; Al dia siguiente, se le encontraba en el mismo estado. La respiración, seguía siendo difícil; el dolor más agudo, y la temp. se mantuvo, por encima de la normal.

Esta se mantiene también al 3º dia, conservando se la disnea y el dolor, que le privaba de sus movimientos y del sueño. Calofrios intensos, acompañados de calor y sudores, especialmente en la parte superior del cuerpo, lo mortificaban en la noche.

El dia 23, una ascension termométrica á $38^{\circ}5$; so-

sobre la apiresia que se había notado los días 20 y 21, vi
ni a agravar el estado del paciente; en el que, los vo
mitos, si bien no repetidos y la mucha ansiedad, vi
nieron si agregarse al 2º movimiento febril noctur
no, que no lo abandonaba.

El 26, tras la repetición de los mismos fenome
nos, y ya seco el vigilatorio, se hizo una primera
punción explorativa, á 3 traveses de dedo del reborde
costal y al nivel del epigastrio, sin haberse conse
guido caer en foco. En este día el termómetro nor
cabía 38°F .

Día 27.- La temp. oscila entre $37^{\circ}8\text{ (m)}$ y $38(4)$. La
posturación es mayor, por lo que se procuró levantar
las fuerzas con una perla de trementina y una bu
na alimentación reparadora.

Día 28.- Se hizo una 2º punción, á 3 traveses de de
do debajo de la anterior, con igual éxito que la del día 26.

Solo el día 30.- pude llegar a extraer, con el
explorador de Ruen Lafay, cierta cantidad de pus, ha
ciéndose la punción, muy poco por debajo de las fal
tas costillas. (Durante este lapso de tiempo (del 23 al 30),
no habían faltado en la noche, el movimiento febril
secundario y los sudores que se iban notando desde
el día 20).

Sin embargo, el jefe del servicio creyó por
una diferencia la abertura de la bolsa, hta que otra
punción por los espacios intercostales, nos pusiese
en el caso de poder abordar el foco por esta región.

evitando así los peligros y las consecuencias, tanto en
mediastas como lejanas, de una laparotomía ventral.
Esta especie de artificio en la operación, fué conse-
guido, con la constatación al dia siguiente, por una
punción en el 8º espacio intercostal, de piés por ese la-
do.

El estado de postación del enfermo, era muy
marcado en este día; el pulso pequeño y filiforme,
la palidez muy intensa, y un sudor frío cubría todo
el cuerpo.

Teniéndose, con mucha razón, un síncope en
la operación; se le hicieron algunas inyecciones de ether,
y se levantó el pulso, tanto por este medio, cuanto por la
administración de una dosis de cognac. El termómetro
marcaba 37º.

Hecha la incisión, de 5 a 6 cm de longitud, en
el 8º espacio intercostal; se guardaron en la abertura de
la bolsa y la evacuación del piés, las prescripciones
que llevamos indicado; á fin de evitar una brusca descom-
presión de las viscera abdominales, por una rápida
irrupción de la materia purulenta.

En la tarde, la temp. ascendió á mas de 38º.
Los vómitos persistían y la sed era mas intensa. Con
todo, el enfermo pasó la noche mas tranquilo; sin cal-
frios y la respiración mas fácil.

El 2 y 3 de julio, permaneció sp̄n febril. Las
fuerzas decadían con rapidez.

Al dia 4, nuevos calofrios intensos en la noche.

Temp de 38° en la mañana. Estado de postación considerable, originado sin duda, por la supuración, la susceptibilidad del estómago que no resistía ningún alimento, y la diarrea que principió á iniciarse. Piso lo agudo en la región lumbar.

La persistencia de los síntomas gástricos y la fiebre, apesar de una rigurosa antisepsia, nos hicieron sospechar la existencia de un 2º foco purulento, colocado tal vez, en el borde posterior del hígado, por la intensidad de la neuralgia lumbar; y que el estado del enfermo, no permitía buscarnos por la punción.

Encontrandans, como nos encontramos, en la imposibilidad de levantar las fuerzas por la alimentación, (por que se soportaba en la leche helada), se le hizo una inyección de ether y otra de cafeína.

El dia 5.- haciendo uso también de la via hi. proteínica, se le injectaron en el flanco izquierdo 300 gramos de suero de Hayem. Sin embargo, la temp. descendió á 36.3; y el pulso, muy pequeño latía 120 veces por minuto.

El 6.- permaneció hipotérmico. Los vómitos y las diarreas, (3 o 4 deposiciones), venían á agregarse á los sudores profusos y el insomnio, en la noche. Se agregó á su poción antiemética, una inyección de 350 gramos de suero.

El dia 7.- El mismo estado, y además, en la noche, delirio sub-agudo. Se hicieron varias inyeccio-

nes de ether y cafeína; y también una de suero, en la misma dosis que el día anterior, consiguiéndose levantar algo el pulso.

Día 8.- Hipotérnico con sudores copiosos y calofrios repetidos.

Tras de una agitación y delirio agudo, dejó de existir á las 2 a.m.

Autopsia. Abierta la cavidad abdominal, se pudo constatar la perfecta adherencia de la cara convexa del hígado con la pared abdominal y el diafragma, la de la cara cóncava, con el estómago, y apreciar mejor su grado de hipertrofia.

Ocupaba todo el hipocondrio derecho y el flanco del mismo lado, hasta cerca de la fosa ilíaca; el epigastrio y el hipocondrio izquierdo casi en toda su extensión. Su peso era de 2.740 gramos.

Al extraerse, su friabilidad en el borde posterior, hizo que este se desgarrase; dejando escurrir cierta cantidad de pus, en la cavidad abdominal.

Perfectamente lavado y pesado, se le sometió al examen, encontrándose dos bolsas purulentas. Una en la cara convexa, en comunicación con el exterior, (por medio de la incisión que en vida se le hizo); y que abarcaba el lóbulo izquierdo, (en su mitad derecha), extendiéndose por encima de los lóbulos de Spigel y cuadrado y rodeada por casi todo el borde anterior del hígado, muy friable á este nivel. Un

segundo foco de supuración, completamente cerrado. De dimensiones más o menos como las de una narizja y colocado en la extremidad posterior de la glándula, se encontraba separado por medio de un tabique espeso y consistente, del foco anterior. Su friabilidad en el borde posterior, como lo hemos dicho, hizo que se desgarrase al extraer el ligado de la cavidad abdominal.

En suma, casi toda la glándula se encontraba en estado de supuración.

Las demás vísceras abdominales, como las torácicas, no presentaban ninguna particularidad.

Nota. - A pesar de que en este caso no se trató de una hernia consecutiva a la abertura de un absceso por la pared abdominal, objeto principal de esta lección; sin embargo, consigo esta historia, por presentarse en ella, 3 hechos dignos de mención: 1º La fiebre, semejante a la de tipo de "doble ascención vespertina" de que hemos hablado; por cuanto visto en ferio no dejaba de ser mortificado por un 2º movimiento febril nocturno; 2º El aplazamiento que se hizo de la operación, hta poderla verificar por los espacios intercostales, (que habría dado a uno dudarlo seguridad en su éxito, sin); 3º La confirmación de la interpretación que dimos, a la persistencia de los trastornos gástricos y febriles después de la operación, en el sentido de la existencia de un segundo foco; no se hubiera realizado.

Como se vé, por la lectura de las 4 primeras historias se viene en conocimiento de la formación de tumores especiales al nivel de las cicatrices de la incisión operatoria. Estos tumores han tomado nacimiento en una época, variable; pero no menor de seis meses.

Todos ellos están situados, en la zona superior ó epigástrica de la pared abdominal; es decir, más ó menos, en el triángulo formado por los rebordes costales izquierdo y derecho y por una horizontal tangente a las últimas costillas.

La manera, el sitio en que se han formado, y sus caracteres, nos ponen de manifiesto su constitución; ellos nos indican, que son verdaderas hernias; de aquellas que se designan, bajo el nombre de hernias traumáticas secundarias.

Histórica Si esta clase de hernias cicatriciales, habrían sido evitadas; á consecuencia de traumatismos de orden quirúrgico; en cicatrices debidas á una herida penetrante del abdomen; como resultado de la evacuación espontánea de una supuración intra-abdominal y hasta de la pared misma; y en una fractura del hueso ilíaco seguida de necrosis; por Goscelin⁽¹⁾ y Berger⁽²⁾; por Lézin, Le Fort, Grueillier, Dublay, Schlüter, Macrocki &^a⁽³⁾. Pero no es así, en estos últimos años, que se han dirigido las miradas trácia estos tumores particulares, á consecuencia de algunos casos de

(1) Abducción de un fibroma de la pared. - (2) abertura de un absceso peritoneal. - (3) Paul Berger. Tratado de Cirugía de Rectus y Abdome.

estrangulamiento ó de trastornos digestivos por ellos originados. Se ha estudiado la mejor manera de evitar su formación; y el mejor medio de tratarlos, una vez producidos.

Patogenia.

La elasticidad de los órganos contenidos en la cavidad abdominal; lucha incesantemente con las paredes de ella, que trata de mantenerlos en sus posiciones respectivas. Reaccionan continuamente una contra otra; y el equilibrio entre un punto de la pared abdominal y la presión excentrica de una visceras á su nivel, es una condición permanente. Si la una ó la otra, vienen á debilitar se ó exagerarse, se produce una hernia.

En los casos que nos ocupan, ellos están ligados manifestamente á la falta de resistencia de las paredes abdominales; puesto que, la cicatriz dejándose distender, no presenta una resistencia suficiente, para equilibrar la presión excentrica intrabdominal á su nivel. Si su producción, se combinan: esta falta de resistencia; y el aumento de presión de los órganos, por los grandes esfuerzos.

Sin embargo, son hernias de debilidad, mas bien que de fuerza; porque el principal papel toca á la resistencia cicatricial; los esfuerzos juegan un papel secundario, franquean las visceras un camino, que podemos decir, les está ya abierto.

Notase con todo, que su aparición en

los casos que estudiamos, es demasiado prematuro. Seis meses, que es la época menor, á 17 meses que es el tpo. en que se notó el tumor en el enfermo cuya historia lleva el No 1; no nos daria explicación satisfactoria sobre la formación de estos lateroceles ó laparocelos (como también se les ha llamado); sin se tuviera en consideración el género de vida particular de nuestros individuos, entregados á ~~constantes~~ y grandes esfuerzos desde su salida del hospital.

Anat. Pat.

Es indudable que el examen sobre el cadáver (de un individuo muerto de una afección extraña), es el único que puede darnos luces, sobre la anatomía patológica de este género de tumores. Pero ya, que no se me ha presentado la ocasión de hacerlo; aun con peligro de incurrir en falta de seguridad y precisión, séame permitido decir algunas palabras sobre la manera como creen que deben estar constituidos; teniendo en cuenta, su patogenia y los datos que poseemos, sobre hernias nacidas en condiciones análogas.

Estudiaremos en toda hernia: 1º el trayecto; 2º sus envolturas; y 3º, las viscera desplazadas. 1º El departamento de la pared abdominal donde se han realizado estos laterocelos, lo conocemos. Es en el triángulo formado por la zona epigástrica ó supra-umbilical, á altura mas ó menos igual de los rebordes costales, y por fuera de la linea media.

El orificio, que les ha dado pasaje, es debiendo a la ~~solición~~^{disolución} de continuidad, accidental forma da por la distensión de la cicatriz. Su forma, es oval o circular; sus contornos bien delimitados y duros, (como cartilaginosos); de dirección transversal; y de una longitud, que oscila, entre 1 y 2 cm.

[La distinción de estos laparocelos, en ~~peritoneales~~
~~subcutáneos~~ sub-cutáneos, intersticiales y sub-peritoneales, no podría hacerse, á mi concepto. Porque, soldadas en una sola capa las diversas cubiertas del abdomen, por el tejido cicatricial; no dan lugar á que las viscera; apunten solo el orificio. (herinas sub-peritoneales).] Existe propiamente, orificio interior, exterior y trayecto; es uno solo y únicamente el orificio por donde franquean las viscera. Fal ver si por eso, en nuestros sujetos, se sentía la sensación particular, como una especie de desrespiración; al tocar los tumores colocados, sin duda, inmediatamente bajo la piel. Sin probablemente, pues, todos ellos, ~~peritoneales~~
~~subcutáneos~~ sub-cutáneos.]

2º Estando formadas las envolturas de una hernia: por los tegumentos y los diversos planos celulares y fibrosos que componen la región donde se efectúan; y el peritoneo refluido por las viscera (que es lo que constituye el saco hermario); se comprende: que, en los laparocelos que estudiamos, las envolturas formadas por la cicatriz (no se coloquen en el trayecto, (hernas intersticiales)).

que se ha dejado distender, serán muy delgados; no habiendo, tal vez, saco herniano propiamente dicho, puesto que, la cicatriz del peritoneo, se ha comprendido, sin duda, con la cicatriz de los tegumentos.

(No podemos afirmar, es cierto, así como tampoco dudar, de la regeneración del peritoneo en el trabajo de cicatrización; y si nos inclinamos a la idea de carencia de saco, es por consideraciones deducidas del estudio que se ha hecho de los tumores análogos.

Por lo demás, "En las hernias antiguas y voluminosas, dice Le Fort⁽¹⁾: el peritoneo adyacente a la cicatriz puede ser arrastrado a través del orificio cicatricial, constituyendo un saco dintto hacia el pediente."

La piel, es de un color más pálido que el resto de la pared abdominal, y lo hemos dicho, muy delgada. El tejido celular subcutáneo y el subperitoneal, son probablemente los que forman la cubierta de las visceras desplazadas; tejido estarán modificado y constituido tal vez en capas, es decir de bolsas serosas, en vista del frío suave y continuo de las visceras.

3º Cuanto a su contenido, los caracteres que de estos tumores hemos señalado en las historias, nos hacen creer que son el intestino delgado y el epiploico, los órganos herniados; aunque pudieran también desplazarse el colon o el estómago. Si han señalado

(1) Medus (loc. cit.)

en el grueso de estas hernias, "abducimientos por
bridas cicatriciales de la bolsa herniaria; y adheren-
cias de esta cavidad con las visceras que contiene,
particularmente con el epíplon".⁽¹⁾ Se comprende
la importancia de esta disposición, y las dificultades
que deben superir en la reducción y cura de esta-
clase de hernias.

Síntomas.

Resumiendo los síntomas que
de estos laparocelos, hemos dado en nuestras historias,
dirímos: Que su forma, es generalmente alargada;
de una longitud que oscila entre 4 y 6 m; y de un
volumen no mayor al de un "medio puño".

Estos tumores, son indolentes; la piel
que los cubre adelgazada y de un color un poco
mas clara, que el resto de la pared abdominal, como lo
hemos dicho. Su base, es móvil, hace curva con el
abdomen; y no permite desplazamiento de ningún
genro, en los planos vertical y horizontal.

La palpación, da la sensación de
un ^{cuerpo} ~~espacio~~ blando y como fastoso; y si se ejerce una
presión con la pulpa de los dedos, se tiene la sen-
sación de una reducción que se opera sin ruido,
ó con una especie de crepitación, particular. El decí-
bilo dorsal basta á veces para reducirlo; y en ambos
casos, se siente con toda claridad, los bordes duros
del orificio, que les ha dado pasaje.

Aumento de volumen: cuando si cosa

do la presión, bajo la influencia de los esfuer-

(1) Reclus y Puyplay. (loc. cit.)

gos, de la tos, y aún del decúbito ventral; sintiéndose una pequeña impulsión, como un ligero choque, en el dedo aplicado á su nivel.

A la percusión: son ya sonoras, yácantes; sin poderse apreciar perfectamente esta sonoridad, por su pequeñez y su forma especiales.

Marcha.

El corto tpo. en que los enfermos han estado bajo nuestra observación, no nos permite decir nada, acerca de la marcha de estos laparocelos cicatriciales. Hemos visto que en unos, no ocasiona incomodidad alguna; mientras que en otros, [Hist n^o 3], la molestia que originan los esfuerzos, obliga al enfermo á llevar una faja permanente. Más, en ninguno, se han notado trastornos generales; como digestiones penosas, dolores gastrálidos.

Es indudable, que su abandono á su muerte, debe traer consigo el aumento de volumen del tumor, y que éstos, como los otros de su género, son sujetos á accidentes; como son la irreductibilidad y el estrangulamiento.

Accidentes.

La irreductibilidad, sería ocasionada y complica por las adherencias, del epíplon ó los intestinos, con el tejido celular de la bolsa; el que, - si como pasa en las bolas observadas por Se. Fort-, está dispuesto en tráveses que constituyen especies de tabiques, podrá fácilmente provocar una adherencia entre el tejido celulo-adiposo que encierra, y el que normal

mente tiene el epíplón. La retención de las viscera en la bolsa herniaria, estaría tanto ó mas asegurada, cuanto que, en las hernias ordinarias no existe este abanicamiento; y donde, la soldadura entre las vísceras y el saco que los encierra, es muy rara.

Si á esto agregamos una hernia no mantenida ó mal reducida, (como debe pasar en éstas, donde la forma de la región y el género de vida de los que los llevan, no permiten llenar las condiciones de una buena reducción); se comprende, que el humor, continuará creciendo, y expondrá á los peligros de una hernia irreductible; es decir, estará expuesta á las violencias exteriores, y podrá dár lugar á trastornos digestivos más ó menos serios; por las tracciones que ejerciera sobre las vísceras abdominales.

El estrangulamiento en estas circunstancias, donde las materias no pueden circular con libertad, por la disposición en tabiques del tejido celular de la bolsa, (que facilita el engranjamiento y la inflamación de las vísceras así mantenidas), debe ser muy frecuente y también muy grave; gravedad que sería debido probablemente, á que se tratase de un estrangulamiento estrecho por un anillo fibroso; y donde la gangrena del intestino pudiera sobrevenir rápidamente, como en el caso notado por M. Lejort, en un laparocel traumático violento.

Pero si consideramos á estos laparocelos, provistos de un saco herniario, sus condiciones de irreductibilidad, serian distintas. Estos, serian determinadas: ya por la soldadura de las viscera al saco (cosa tal vez muy rara); ya por la de las viscera entre sí que formarian una masa globulosa de un diámetro mayor al del cuello; ó ya en fin por la hipertrofia del epíplon ó del mesenterio herniados. En estas circunstancias, el agente de construcción, ya no seria el anillo fibroso; el cuello del saco entraría, tal vez, en gran parte como agente de estrangulación; ó mejor dicho, serian las viscera iniquitadas las que se presionasen á la periferia ó circunferencia del cuello, puesto que este es casi opre-, sino opre-pasivo.

Diagnóstico.

El diagnóstico de estos her-ticos? más traumáticos secundarias ó laparocelos cicatriciales; no presenta ninguna dificultad. Los individuos en los que los hemos notado, no presentaban ese desprendimiento de la pared abdominal, que pudiera hacer descubrir su existencia.

Los antecedentes, su sitio, el modo como se han formado, su reductibilidad y su fijación á la pared abdominal (con la cual parecen formar cuero, sin pudiendo desplazarse, lateralmente, ni superior, ni inferiormente); los distinguen de los polaciones grasosas, que exuberantes, pudieran haber frangüeado el anillo cicatricial.

Quanto á determinar las visceras desplazadas, nos parece algo muy difícil, especialmente si la pasividad y la blandura del tumor, pueden inclinarnos á la idea de una hernia epiploica; ó el estremecimiento ó sensación de respiración particulares, á la de un enterocele.

La percusión, a pesar de sus dificultades, es un auxiliar poderoso en estos casos; porque, si percibimos un sonido algo mate, (percutiendo el tumor, por ejm. empuñando hacer al enfermo una fuerte y prolongada inspiración), tendriamos mucha probabilidad sobre la existencia de un epiplocele; y si al contrario, se obtiene un sonido timpánico y la sensación de gorgoteo, al reducir el tumor, el enterocele es muy probable. Combinadas estas sensaciones, tendríamos casi la certeza de estar sorprendido de un entero-epiplocele.

La altura á que están colocados los orificios cicatriciales, da muy poca luz; porque si bien es cierto, que en las hernias supraumbilicales, son generalmente el colon ó el estómago los que se desplazan; la movilidad de los intestinos delgados y el epiplo, dan, (bajo la acción de los grandes esfuerzos), mas probabilidades de que ellos sean los herniados. Por lo demás, repetimoslo, la autopsia de un enfermo, muerto de una afeción intercurrente, según la única que nos deseó comple-

la seguridad, de la posibilidad de las concepciones á que nos ha llevado la teoría; y la consideración de hechos análogos observados.

Trata-

Respecto al tratamiento, creemos que prometido drían llenarse las siguientes indicaciones: 1.^a Proteger la cicatriz abdominal, con un vendaje de caucho apropiado; el que deberá llevarse cierto tiempo (hasta la sólida consolidación cicatricial); 2.^a Formada la hernia, reducirla; y mantenerla reducida por cinturas apropiadas, que se adapten á la forma y á la altura de la región. Como, por ejem.: un vendaje semejante al de Volbeau para las hernias umbilicales; solo que para estos casos sería necesario modificar la semi-esfera central destinada al anillo umbilical, por un semi-cilindro de altura transversal, dada la forma especial de los anillos de nuestros laparocelos, que como hemos visto, es casi spc. oval y transversal (es la larga) es probable que se transformen estos orificios en circulares, en cuyo caso se podría emplear el cinturon de Volbeau, modificado en el sentido de la distancia á la linea media del anillo). Provisionalmente un vendaje con una pelota de algodón convenientemente aplicada, como la que se puso al enfermo de Hist. N.º 3, llena los fines deseados.

Si la hernia fuese irreductible, sería necesario, tal vez, como lo indica P. Berger⁽¹⁾ sostenerla con una especie de suspensorio, adaptado á una cintura.

Pedro Soc. cit.

tura, bien fijada en el lugar.

Pero si los trastornos originados por la presencia de estos laparocelos, fueren muy intensos; como la sensibilidad gastralgica, que no pudiera tolerar un vendaje; ó si la reducción no pudiera efectuarse (ó mejor dicho mantenerse), por la inmovilidad de éste, que no sostiene la hernia que se escapa con facilidad, dando lugar á dolores y trastornos digestivos; creemos que en un individuo jóven y robusto, se pudiera proceder sin gran inconveniente á la cura radical.

He aquí, el manual operatorio que Paul Berger describe, mas ó menos, en la obra de Cirugia de Reclus y Duplay, para estos casos. Incisión del tumor, si quiendo su mayor longitud, para descubrir la hernia, y circunscribir el orificio que le ha dado paso; liberación de las adherencias entre las visceras y la bolsa ó de las visceras entre sí; resección, (si hay lugar), del epíplano hemiado, estrechandolo por una ligadura entrecruzada; reducción; excisión del saco si la parte exuberante de las envolturas; y sutura cruzada después de avivamiento de los bordes de la herida. Después de cicatrización, la aplicación de una cintura, provista de una pelota, para sostener la cicatriz.

Profilaxis

Tales son á grandes rasgos los caracteres de las hernias ventrales que hemos estudiado.

Hemos visto, que aparte de las molestias que originan; pueden, tal vez, hacerse el asunto de estrangulamientos de una gravedad particular; y por consiguiente la manera de evitar su formación, debe ser uno de los fines esenciales que procuraremos, en presencia de un abceso hepático, prominente al nivel de la pared abdominal ante riot.

Desde luego, cuando esto suceda, creo que lo primero en que debemos pensar, es, en "heir la pared abdominal", y tratar de vacuar el páncreas, si trae de los espacios intercostales.

Cuando un abceso se manifiesta en la región epigástrica; es decir, en cualquiera de los puntos del triángulo circundado por los rebordes costales y la horizontal tangente a las últimas costillas, más abajo; es casi seguro que el foco punzante ocupa un lugar vecino al borde anterior del lóbulo izquierdo; este lóbulo mismo, ó aún de los bordes de los lobulillos medio y derecho grandemente prominentes hacia abajo. El punto más saliente y doloroso, se encuentra a varios centímetros debajo de los rebordes costales; allí es donde la punción trae de la existencia del páncreas, y allí es donde parece indicada la abertura; tanto más, cuanto que, una punción por la pared torácica, queda en resultado. Sin embargo, este no es el lugar más ventajoso para la operación; aun sin tener en

cuenta sus consecuencias lejanas; los peligros de la incisión de órganos; como la vesícula biliar, el intestino ó el epíplor, que pueden herniarse cuando las adherencias no están establecidas), son innivientes; y el derrame de pus en la cavidad peritoneal cuenta con mayores probabilidades. Tanto es, que la rigidez de las paredes torácicas, favorece la formación de fistulas y de trayectos, cuya curación demanda a veces una operación accesoria y un tiempo mayor; y que la sutura de la cápsula de Clisson á los bordes de la incisión cutánea, (cuando las adherencias, tampoco están establecidas), es más la boriosa en los espacios intercostales, que en la pared abdominal; pero comparados estos inconvenientes, con los que hemos señalado en los tapetomias epigástricos, no son suficientes para inclinarnos á una abertura ventral, en lugar de una torácica.

Por eso creemos que, cuando una punción por el hipocondrio no traduseca la presencia del pus, (apesar de haber recorrido varios espacios, con otras tantas punciones); siendo este, sin embargo reconocido por la hepatocentesis abdominal; debemos esperar lo suficiente, para que agrandado el foco, pueda ser reconocido por una ó varias punciones á alturas y sitios diferentes en los espacios intercostales; y ser abordados por esta región.

De esto, lo que he visto hacer por mi

maestro de práctica, el Sr. Dr. Odriozola (Hist 825), en un último enfermo, donde la función abdominal, había indicado la presencia del pie, 24 h. antes, que la hepato-acentesis torácica.

El drenaje es más difícil; el trayecto que hay que recorrer más largo, (porque es por una especie de artificio que hemos llegado á la bolsa); las garantías que contamos para una pronta curación menores, por el gran trayecto que el pie tiene que recorrer; pero hemos conseguido hacer la operación menos peligrosa; y hemos evitado, la cicatriz ventral que mañana puede traducirse, en una hernia traumática secundaria.

Por eso, lo repetimos; débemos siempre procurar, no operar una hepatitis, sino a través de un espacio intercostal.

Sin embargo, hay circunstancias en que la abertura ventral, digamos así, se impone. Tal es el caso, en que el tumor hace una fracción y voluminosa prominencia en la pared antero-lateral del abdomen; aquél en el que, el dolor tiene una fijación persistente á este nivel; y la función acusa la limitación de pie, que no lo puede poner de manifiesto el trocar explorador, introducido por los espacios intercostales: ora porque el foco está fuera de las direcciones diversas que en esta región pueda darse á la función; ora por la profundidad de la bolsa. Casos en que, las condiciones de posturación del enfermo

o los sintomas de compresión, no permitan esperar; y que es necesario abrir el foco en el instante mismo, en que se constate su existencia. Es, en éstos, donde también debemos estudiar, los medios que pudieran ponerse en juego; para hacer que manane la cicatriz, es sea el asiento de un laparocel traumático secundario; ya que nos vemos obligados a hacer una laparatomia ventral.

En la curación de las heridas, así dispuestas; hay un factor, que juzgo, juega un papel importante en el porvenir de la cicatriz, es el dren.

No es admisible que éstos, por su rigidez y el fricción continuo a que están sometidos, jueguen un papel importante en el desarrollo de ese tejido duro y como cartilaginoso, que reemplaza la herida, y que hace que la soldadura de los labios cicatriciales no goce de la solidez que debiera, si un tejido mas blando y flexible, uniese directamente sus labios. Es decir, si en vez de estar reunidos dos rodetes duros y compactos; los elementos del nexo-tejido se uniesen planos a planos y capapar copa, reuniendo los diversos pisos de la pared abdominal, superior a la solución de continuidad, con sus homólogos inferiores. En este concepto, reemplazar los drenes que originan una irritación ósea, por otros agentes cuya presencia es de lugar a la escuberancia del tejido fibroso; sería una indicación digna de estudio.

Para ello, veamos cuál es el papel que se hace desempeñar a los tubos de drenaje en la curación de los abscesos cuya abertura hemos hecho. — Ellos tienen por principal fin, facilitar el lavado de la bolsa por una especie de juego de corriente de doble corriente; que hace que el líquido injectado por uno de ellos, mas largo ó superior, salga por el otro, colocado debajo ó más corto; impidiendo así, el estancamiento del líquido en el interior de la bolsa, y facilitando la salida de los gérmos y pedazos de tejido glandular necrosado, que acompañan sp̄. al pus hepático. Su permanencia constante en la herida, hace además, que por ser conductor, encuentre sp̄. la materia purulenta una vía fácil que recorre para llegar al exterior, obviando los peligros de un estancamiento e infiltración.

Quanto al primer papel desempeñado por los drenes, creemos, que llamaríamos ese objeto, aplicandolos solamente en el momento de la curación; lo que no seria un gran inconveniente. El único obstáculo con que pudiese tropezar, seria tal vez, el de su introducción; pero si recordamos que en toda curación es necesario sacarlos antes para lavarlos convenientemente y desembarazarlos de los gérmos que incierran; y que la retracción de los tejidos no puede ser tal, en heridas de tanta profundidad y diariamente distendidas por los lavados y la curación, en heridas

en que la sutura de los órganos hepáticos y cubitales es necesario á veces - que impida el drenaje; convendremos en que esta manera de proceder no ofrece cierta dificultad.

Por lo que toca al principal fin de un dren, en este género de curaciones; es decir, el de presentar sobre, un camino fácil que recorren al pie para su migración al exterior; procurando que su establecimiento no dé lugar á fenvimientos de infiltración o reabsorción purulenta, creemos que tampoco sería irremplazable.

En efecto: haciendo en el dia dos curaciones (ó tres si fuese necesario); procurando que en ellas se haga un lavado tan amplio y perfecto como fuese posible; ora libremente, ora por el intermedio de tubos que jueguen el papel de desaguadores; el establecimiento del pie por la supuración de los drenes no podría tener lugar, y muy pocas veces tendrían los automas de infección (el elevación de temperatura) que advertirnos la necesidad de la renovación de la curación.

Dejando la herida; ya simplemente vacía, ya fijamente llena de gaza aséptica; y cubriendola exteriormente con una buena capa de gaza ido formada y algodón antiséptico, para librarse de la acción de los medios exteriores; dejaríamos al pie la misma libertad ó mayor aún, que con los drenes, de evacuarse al exterior, sin faltar por esto á las reglas

de una antisepsia bien entendida.

Demados estos fines, habriamos suprimido el drenaje permanente, que si es cierto que ocasiona la formacion de este tejido duro y fibroso, que mañana jugaria un papel muy importante en el destino de la cicatriz; su supresion, seria una de las grandes ventajas que se obtuvieren, al tratarse de la profilaxis, de los laparoces que estudiamos.

Otro medio tambien á nuestro alcance, para la profilaxis de estas hernias; seria el procedimiento ya seguido en la cura de las heridas penetrantes del abdomen, y que consiste, en el "avivamiento" y la sutura de los bordes de la herida.

Desde luego, el trabajo flogósico mismo, al hacer su migracion al exterior, va preparando, digamos asi, los trayectos fistulosos del porvenir.

La naturaleza pone á la economia en condiciones de despedirse spre. de un derrame purulento, y nunca faltan barreras en toda edocación supurativa, que la separen del resto de los tejidos sáunos que la rodean. Esta ley general de fisiología patológica, encuentra tambien su aplicacion en estos casos, y tal vez, con mas sabio predicción que en ninguno otro. El pus selectado en su principio, generalmente en la masa misma de la glándula; marcha hacia el exterior, destruyendo á su paso las débiles barreras que la membrana li-

mitante del foco fúmbulo, le va poniendo; pero llegando á la altura de la cápsula de Glisson, la resistencia es mayor; esta cápsula se hipertrófia, se hace mas resistente, y cuando sus esfuerzos son vanos, ante la acción destructiva del trabajo supurativo, determina á su vez, una sólida y firme adherencia con el peritoneo al que una peritonitis local, ó una peritonitis general, han engrosado y adherido mediante un derrame pleítico, (convertido luego en tejido neo-membranoso), con la cápsula y con su frágil parietal.- Continuando su marcha hacia el exterior, el pie provoca igualas trabajos á su paso, y llega un momento en que, cuando una intervención oportuna, no le ha abierto fácil trayecto, franquía la piel después de haber provocado en su migración la formación de adherencias, que uniendo los diversos planos musculares y celulares en una cubierta única, defiende á las partes vecinas de su erupción; pero á cambio de un tejido resistente y duro, que mañana se opondrá á su fácil cicatrización.

El trabajo flogístico mismo, pues, juega un papel importante en la génesis de este tejido resistente, que nos esforzamos en destruir. Más tarde, la acción irritante de los tubos de drenaje, el del pie y el de los líquidos del lavado; originan

el mismo trabajo de organización, y antes, cuando una intervención oportuna ha dado salida á la materia purulenta, cuando aún ella, no solo no se ha manifestado al exterior, sino cuando toda vía no ha salido de sus límites glandulares, cuando las adherencias entre el hígado y los órganos que lo rodean, no se ha establecido. Hay, en una palabra, digamos así - en los labios de la herida, organización fibrosa espontánea y organización provocada.

La primera no se llega á observar hoy en su totalidad, hoy, en que la constatación de un absceso y su abertura, no necesitan que este se manifieste al exterior; pero si, y siempre, la segunda. Los factores que la originan: son el contacto permanente de los drenes, la entrada y salida de los líquidos, del lavado y de la materia purulenta.

Respecto á los drenes, (factores principales, tal vez), ya hemos expuesto nuestras ideas concernientes al caso.

Quedanos ahora que estudiar el medio de obviar el 2º inconveniente; es decir, destruir los resultados de la organización producida por la acción irritante del feno y de los líquidos del lavado.

La sutura después del "avivamiento" de los bordes de la herida, nos parece llamaría perfectamente esta indicación.

¡Pero cuando, y de qué manera deben hacerse?

Creemos que en ningún caso podría ejecutarse la sutura, en el momento mismo de la operación; por que ignorantes de la extensión del foco pernicioso y sin la seguridad de una completa e vacuación del páncreas, que nos pusiese al abrigo de una infección; correríamos el riesgo de sernos obligados, a abrir nuevamente, la abertura que acabamos de cerrar.

La época oportuna para esta maniobra, sería aquella en que la desaparición completa del páncreas, nos asegurase la cicatrización de la herida hepática; ó al menos de su probable invadidad, una vez cerrado el canales que la pone en comunicación con el exterior; es decir, cuando ~~restando~~ suficientemente la glándula, no ~~tr~~ vieranlos, digamos así, sino la herida parietal abdominal, que tratar.

Quanto á la operación misma, el manual sería más ó menos, el siguiente: avivamiento; es decir sección de los bordes de la herida, con una tijera ó el bisturi, en una extensión mayor que la abrazada por el tejido fibroso cicatricial; aproximación, y sutura de los bordes así dispuestos. Esta última indicación podría llenarse de dos maneras: ora, haciendo una sutura en pisos; ora tornando con la aguja de un solo golpe la piel y sus cubiertas; y verificando una sutura entrecor-

sada, ó mejor cruzada, con los hilos de plata.

La curación debe ser asegurada con la aplicación de un vendaje elástico después de la cicatrización; vendaje que debe llevarse cien días.

Resumiendo todo lo que sobre la pro
filaxisia de los laparocelos consecutivos á la aben
tura de los abscessos hepáticos por la pared abd
dominal, hemos expuesto; dijimos: 1º, Que en
presencia de un abscess del hígado prominentemente
en la pared antero-lateral del abdomen, deben
mos procurar sp̄e., hacer la extirpación del foco,
por una operación hecha al nivel de los espacios
intercostales; 2º, si esto no fuese realizable, intron
ducir los drenes del lavado, solo en el momento de
las curaciones de la herida ventral; llenando en
el intervalo la solución de continuidad, flogament
te de gasa iodoformada ó dejando libre su tray
ecto; 3º proceder, si el precepto anterior no llem
nase sus fines con seguridad; á la sutura,
después de avivamiento (y una vez prohibida la
susturación), de los labios de la herida: ora emp
leando la sutura por capas; ora somiendo con
la aguja el total de las paredes, y 4º Combinar,
si necesario fuese, estos dos últimos procedimientos.

De cualquiera manera, la cicatriz
debe estar defendida cierto tpo., por un vendaje

elástico, apropiado a la forma y dimensiones de la región.

No terminaré S.S., sin haber antes cumplido con el deber de expresaros mi profundo agradecimiento, por la "Carteta" con que me habeis favorecido, la que no podré interpretar como premio a méritos que no tengo; sino como un signo manifiesto de esa benevolencia, de la que siempre habeis sido conmigo generosos.

Lima, Agosto 11 de 1896.
Ernesto L. Ráez

V.P. B.C.
Héctor

Lima, 19 de Agosto de 1896.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 308 del Reglamento General de Instrucción Pública: se informa para comisionar el Jurado que deberá examinar al graduando Don Ernesto L. Ráez, dí-

los Catedráticos D.D. Sandó-
val, Sosa y Oñate.

Híleos

M.C. Barrios

Lima, a 29 de Set. del 1896.

Estado impedido, por
motivo de enfermedad, el Dr.
D. Julian Sandóval, de for-
mas parte del anterior oficio
do: nombrase para reemplazarlo
al R.O. D. Juan C. Casti-
lllo.

Híleos

M.C. Barrios

11434

UNMSM - FM - UBHCD



01000072663