

*MEDICINA.—Del tratamiento de los abscesos hepáticos.—Memoria leída en sesión de las Facultades de medicina i de ciencias físicas i matemáticas, el 15 de julio de 1874, por don Nicánor Allende Pradel.*

Señores:

Debo principiar por manifestaros que el tema que me sirve para la presente lectura, no es un hecho perfectamente resuelto, carece de solidez, porque él es nuevo todavía, necesita de la esperimentacion repetida, de la reunion i confrontacion de las observaciones, para elevarse así al rango de los hechos que tienen su confirmacion en una larga esperiencia.

Sin embargo de encontrarlo imperfecto todavía, me apresuro a traerlo a este recinto, porque es necesario que se sepa la lucha que hoy se empeña en nuestras salas de clinica bajo la direccion de sus profesores; aunque es cierto que la práctica civil no es estraña a ella, conviene darle mayor estension, difundirle en cuanto sea posible, i de esta manera podremos tener en poco tiempo un número de hechos suficientes para llegar a una solucion decisiva sobre su conveniencia, quedando entonces como un hecho útil bien comprobado, o hacerlo desaparecer si la observacion nos lleva a resultados opuestos.

El asunto que hoy me propongo esponer es el tratamiento de que nos hemos valido para la curacion de los abscesos hepáticos, refiriendo asimismo tres observaciones en que ha sido aplicado i los resultados que de él hemos obtenido.

Esta enfermedad, frecuente en nuestros hospitales, es demasiado grave para dedicarle un estudio detenido a fin de encontrar una fuente que suministre mejores resultados que los que nos dan los diversos medios médicos o quirúrgicos de que hoy disponemos.

Es esta impotencia en que hemos permanecido durante los siglos que van corridos, lo que nos hace tentar un nuevo medio, dejando al tiempo i a la esperimentacion la respuesta sobre sus ventajas e inconvenientes.

Antes de entrar en la descripcion de las observaciones, espondre muy a la lijera el tratamiento empleado. Para esto nos hemos valido del instrumento presentado a la academia de medicina de Paris por M. Dieulafoy, basado en la aspiracion. Consta este apa-

rato de una jeringa de vidrio de paredes resistentes que hacen el oficio de una máquina neumática. Para hacer el vacío en el cuerpo de bomba, se cierran dos llaves situadas inferiormente, se atrae el piston, i cuando ha llegado a su estremidad, se le hace ejecutar un movimiento de rotacion i se detiene en este punto, gracias a una muesca practicada a lo largo de su rama.

En este estado el aparato posee una aspiracion enérgica.

Cuando se quiere vaciar alguna coleccion de liquido se introduce primero el trócar provisto de su cánula, no por presion solamente, sino ejecutando un movimiento de rotacion; llegando a la coleccion líquida, se pone en comunicacion con la bomba, endonde, como dejamos dicho, se ha hecho el vacío; se abre la llave que comunica con el trócar i el liquido se precipita en el cuerpo de la jeringa; en seguida se cierra esta llave i se abre la otra que pone a liquido en comunicacion con el exterior, se carga el piston, i de este modo es espulsado del interior de la jeringa; hecho esto, se cierra la llave i el instrumento queda en las mismas circunstancias que al principio, pudiendo continuar así al infinito.

Tal es el aparato de que nos hemos valido para vaciar del hígado las colecciones purulentas; después de esto, se ha inyectado en el foco una disolucion de tintura de yodo valiéndonos del mismo aparato indicado; se ha rodeado al enfermo de un vendaje de cuerpo, abandonando lo demás a la naturaleza.

Conocido ya de una manera jeneral el tratamiento usado, paso a referir los casos en que lo hemos empléado i el resultado obtenido de su aplicacion.

*Observacion 1.ª*—Pablo Donoso, de 45 años, natural de Aculeo, viudo, constitucion robusta, gañan, entró el 28 de diciembre del año pasado a la sala del *Salvador* i ocupó la cama núm. 6.

Interrogado sobre su enfermedad, dice: que desde hace tres semanas sufre un dolor al hígado, dolor que fué mui intenso en su principio, que aumenta por la presion i que estaba acompañado de una fiebre intensa. Acusa al mismo tiempo desde hace algunos dias escalofríos que se repiten a horas mui diversas.

Examinado, llama desde luego la atencion la coloracion icterica de las conjuntivas i de los tegumentos, la lengua está seca, amarillenta en la base, hai falta de apetito, el vientre funciona regularmente. La palpacion en el hígado presenta el borde descendido

con sus caracteres normales, la presión aumenta el dolor, la percusión anuncia un volumen exajerado en la totalidad del hígado.

Las demás funciones no llaman la atención, el pulso es normal, la temperatura también: el estado jeneral del enfermo no pide una intervención enérgica, es necesario esperar.

*Tratamiento.*—Dos ventosas escarificadas en el punto doloroso, agua de Vichy.

Días 23 a 30.—El dolor pasó, el enfermo está muy bien, conserva si la coloración icterica, no hay apetito, sigue agua de Vichy.

De este modo continuó hasta el día 14 de enero, en que un examen del hígado hace ver el desarrollo de un tumor del volumen del puño, colocado en la parte media debajo del borde costal. Se trata de precisar la fluctuación, que es oscura; hay, sin embargo, quien la sienta i la sostenga con seguridad.

En vista del estado jeneral del enfermo, sin reacción febril, sin dolor, los escalofríos, han cesado por completo, estado que anuncia que el foco está perfectamente formado, se procede a vaciarlo por el aspirador de Dieulafoy i hacer después una inyección de tintura de yodo.

Acto continuo, se practica la punción i se aplica la bomba, i un líquido amarillo claro sin consistencia sale en cantidad de libra i media; hecha la extracción completa, se inyecta por medio de la misma jeringa la disolución siguiente:

Tintura de yodo, 15 gramos. Agua, 150 gramos. Yoduro de potasio, 2 gramos. Se mantiene el líquido 5 minutos en el foco i se le extrae; a continuación se retiró la cánula, cuidando evitar en cuanto fuera posible la penetración del aire; se colocó en el punto herido tela emplástica, i un vendaje compresivo rodeó el tronco del enfermo.

La operación fué llevada a cabo sin tropiezo alguno, sin que ningún accidente perturbara su ejecución.

Día 15.—Está muy bien, no hay ninguna indicación que llenar, i continuó en un estado muy satisfactorio hasta el día 22, en que no habiendo acusado síntoma ninguno, se dió de alta.

Haré notar que el enfermo fué dado de alta muy luego i que era necesario esperar mayor tiempo para cerciorarse de su completa curación; la observación es, por consiguiente, imperfecta.

*Observación 2.ª*—Juan Salas, de 23 años, natural de la Ligua,

soltero, buena constitucion, entró el 17 de mayo a la sala de la *Purísima* (servicio del doctor Tocornal) i ocupó la cama núm. 32.

Segun los datos suministrados por el enfermo, dice: que a consecuencia de haberse levantado desabrigado durante la noche, se le puso en el hipocondrio derecho un fuerte dolor acompañado de mucha fiebre, de falta de apetito, sed, etc. En este estado acudió al hospital, en donde visto por el médico de servicio, diagnosticó una gastro-hepatitis, i ordenó un tratamiento adecuado: algunas ventosas sobre la rejion dolorida, calomelano interiormente; de este modo el dolor pasó un poco; pero la enfermedad siguió su curso, i en efecto, veinte dias después de su permanencia en el hospital, un tumor apareció por debajo del reborde costal.

En este estado fué examinado por el profesor de clinica interna i sus alumnos (gracias a la buena voluntad del señor Tocornal en suministrarnos un caso que consideraba mui aparente para hacer una segunda aplicacion del tratamiento ya conocido.)

En efecto, un exámen atento nos permitió ver un tumor bastante voluminoso, prominente en su parte média i que se extendia hasta el nivel del ombligo. Averiguada la fluctuacion, procedimos a practicar la extraccion del pus por el aspirador de Dieulafoy.

El resultado de la aplicacion del aparato fué la salida de un pus rojo claro, sin consistencia, en cantidad de mas de dos libras. Una inyeccion de la disolucion siguiente: tintura de yodo, 30 gramos, agua 210, yoduro de potasio 4 gramos, fué hecha en seguida. Se dejó permanecer 5 minutos en el foco i se estrajo, se colocó la tela emplástica en el punto herido, i se rodeó al enfermo con un vendaje de cuerpo.

El enfermo fué operado el 15 de junio; desde este dia hasta hoy, no ha habido nada que notar, ha seguido en el estado mas satisfactorio; el higado solo se encuentra abajado en la misma posicion que ocupaba antes de la operacion, se puede circunscribir con los dedos, i presenta una resistencia marcada en el lugar donde estaba el absceso. Se levanta hace seis dias, sin sufrir lo mas minimo; sin embargo, se ha ordenado permanezca todavia a fin de cerciorarnos de la curacion.

*Observacion 3.ª*—Hermenejildo Céspedes, de 24 años, gañan, soltero, entró a la sala del *Salvador* el 23 de junio i ocupó la cama núm. 20.

Dice que hace dos meses que se vió atacado de un fuerte dolor al hipocondrio derecho, dolor acompañado de mucha fiebre i de falta de fuerzas, al punto de verse imposibilitado para trabajar. En este estado permaneció como un mes, época en que percibió un tumor en la parte derecha del abdómen, tumor que aumentó rápidamente de volumen hasta adquirir dimensiones mayores que la cabeza de un feto a término.

El día de su entrada presenta en el hipocondrio derecho un tumor de las dimensiones indicadas, blando, fluctuante; estendiéndose hasta unos 8 centímetros por debajo del reborde costal.

El estado jeneral de este enfermo no revela en nada la enfermedad que lleva consigo: su coloracion es normal, su apetito bueno, sus funciones digestivas no dejan nada que desear.

El pulmón i corazón funcionan normalmente.

Averiguada la fluctuacion del tumor se procedió a hacer la aplicacion por tercera vez del aparato de Dieulafoy el día 3 de julio.

Un pus espeso, consistente, verdoso, en cantidad de dos libras, fué el resultado de esta aplicacion; se hizo la inyeccion en la misma forma que la anterior i se puso al enfermo el vendaje de cuerpo que hemos acostumbrado.

Pero en este enfermó hubo algo que llamó la atencion: a medida que el pus se estraía del hígado, éste ascendía rápidamente a ocupar su posicion normal, fenómeno que no se produjo en el caso anterior. Además en el momento de la inyeccion un vivo dolor se despierta en el enfermo, que nos hizo concebir que habíamos penetrado en la cavidad peritoneal; se puso entonces una jeringa de agua tibia, el dolor continúa; se procura estraer el líquido i se consigue sacar solo media jeringa, es decir, una cuarta parte del inyectado.

El dolor vivo que el enfermo acusa hizo darle una poscion morfínada i esperar al día siguiente.

Julio 4.—El enfermo ha amanecido mui bien, el dolor ha cesado totalmente.

Julio 5.—Se queja de un lijero dolor al costado derecho; auscultado, presenta en la parte posterior frote pleural, la voz es bronco-egofónica, el estado jeneral del enfermo está bien.

Julio 6.—Matidez en la parte posterior derecha, egofonia, soplo por encima de la matidez; hai evidentemente un derrame

pleural. En el pulmon izquierdo, respiracion exajerada suplementaria.

Julio 7, 8 i 9.—El derrame continúa, siguen todos los signos estetoscópicos. El higado no presenta nada de notable.

Julio 10.—El derrame comienza a disminuir por reabsorcion, el aire entra en una mayor estension al pulmon, frote por encima del derrame, egofonía.

Julio 11 i 12.—El derrame sigue disminuyendo, un crujido semejante al producido por el cuero nuevo se oye en la parte posterior i média, sintomas de adherencias de la pleura. El higado se nota un poco mas abajo que antes, se puede circunscribir con los dedos, no siente dolor, ni se nota fluctuacion. Hoi se levanta.

Julio 13 i 14.—El derrame sigue disminuyendo, el enfermo marcha bien, el higado está descendido i se nota resistente a la presion.

Hasta aquí las observaciones; pero por mas que tema molestar la atencion de los señores que me escuchan, considero necesario entrar en la apreciacion a que los tres casos referidos se prestan.

En efecto, de la relacion hecha de cada uno de estos enfermos resultan sus semejanzas i diferencias; los tres han tenido que pasar por un periodo agudo durante el estado inflamatorio, que tenia por centro el parenquima hepático; los tres presentan un tumor en la parte anterior i lateral derecha del abdómen; los tres son sometidos a la operacion, conservando un estado de integridad de sus fuerzas, encontrándose mas bien molestados por el peso i deformidad del tumor que por los padecimientos que esta enfermedad les hace sufrir; hé aquí lo que tienen de semejantes; pero se diferencian en que el primero tuvo coloracion icterica, que no se presentó en los otros dos. Esta icteria depende de una reabsorcion que resulta de la obstruccion de los canaliculos al rededor del foco, o bien, de un catarro concomitante de las vias biliares. Mas éste es un sintoma vago, posible, pero no necesario; puede existir en un principio i desaparecer mas tarde, cuando están obstruidos los canaliculos en la parte que no produce ya bilis.

El pus se diferencia asimismo en los tres casos observados, i considero útil detenerme aqui, cuando veo que se cree por mu-

chos médicos que presenta caracteres especiales por medio de los cuales es posible distinguirlo, cualquiera que sea el punto por donde se presente. Lo consideran de un color rojizo claro, mas bien rosado, de mediana consistencia. Mas, la falsedad de esta creencia resalta desde luego si se examina el color que presenta en los casos referidos, en que solo el segundo guarda semejanza con una suposicion desnuda de fundamento.

En efecto, el carácter ordinario del pus hepático es el mismo que el de los abscesos flegmonosos exteriores, diferenciándose solamente en lo mas o menos teñido que puede estar con la materia colorante biliar. Es rojo o rosado, cuando la inflamacion presenta una marcha invasora rápida, afecta una gran parte de la glándula hepática i produce la ruptura de los capilares, venciendo el éxtasis sanguíneo las resistencias que le oponen sus paredes; es en esta circunstancia que la coloracion antedicha puede presentarse en el pus hepático.

Resulta tambien de lo que ya dejamos espuesto que, mientras los dos primeros enfermos no han tenido accidente alguno, tanto durante la operacion como después de ella, no sucedió lo mismo con el tercero, en que síntomas alarmantes se declaran haciendo temer la penetracion de la inyeccion en la cavidad peritoneal, i en que una pleuresía consecutiva estalló dos dias después de operado.

Respecto del primer accidente, no pudo haber tenido otro origen que la accion irritante cáustica del oído contra las paredes del foco; el hecho de no haberse presentado una peritonitis consecutiva escluye todo juicio emitido para sostener la introduccion del líquido en el peritoneo. Mas, si en los casos que llevamos operados no se ha presentado tan terrible desgracia, ella puede en cambio tener lugar, i es por esta razon que me ocuparé de los medios de evitarla.

Pero antes de todo, procuraremos determinar en qué casos puede suceder un accidente tan desagradable.

Si recordamos la observacion última i los fenómenos que se verificaban a medida que se estraia el líquido, esto es, la desaparicion de la tumefaccion exterior i la marcha ascendente que tomó el hígado a medida que se limpiaba el foco, habremos terminado la cuestion. En efecto, para que el ascenso del hígado tenga lugar se necesita que esté libre de adherencias con las pa-

redes abdominales; ahora bien, si encontrándose la glándula hepática situada muy abajo en virtud del peso de un absceso, se introduce un trocar oblicuamente de abajo arriba o bien perpendicularmente, a medida que el líquido abandona el foco, el hígado, volviendo a su posición normal se aleja de la estremidad del trocar i la distancia puede ser tal que éste se encuentre entre las dos hojas peritoneales. Ahora, si por no salir ya líquido a ocupar la jeringa se cree que es el tiempo oportuno para la inyección de la disolución yodada, tendremos indudablemente el caso que nos habíamos propuesto resolver.

Para evitar este accidente, bastará proceder como sigue: se hace un pliegue tirando la piel de arriba abajo, se hace penetrar el trocar superiormente en la base de este pliegue, un ayudante lo sostiene firme manteniendo la dirección perpendicular; de este modo si el hígado no tiene adherencias, a medida que avanza hacia arriba, el trocar i la piel siguen conjuntamente, teniendo cuidado de imprimir a la cánula movimientos de lateralidad, que indicarán su contacto con las paredes del foco. Mediante estos cuidados, creo que se puede proceder sin temor.

La otra complicación que hemos tenido en el último enfermo, es el desarrollo de una pleuresía que apareció dos días después de la operación. Sin poderme dar cuenta de los síntomas estetoscópicos, los cuales no coincidían en manera alguna con el estado general del enfermo, que no presentaba alteraciones febriles, supongo que el derrame ha sido ocasionado por la compresión i el aumento de tensión vascular ejercida por el hígado sobre los órganos torácicos derechos, i me obliga a creer tanto más en esto, cuanto que la reabsorción del derrame ha comenzado a hacerse en el instante en que el hígado descendía de nuevo, no sé si bajo la influencia del derrame mismo.

De lo que dejamos espuesto concluimos que la falta de adherencias del órgano hepático con la pared abdominal puede producir, siempre que el órgano esté descendido, de una parte, la penetración de la inyección en la cavidad peritoneal, desórdenes pulmonares o pleurales, de la otra. Si existen adherencias, estos accidentes no tendrán lugar; pero en cambio tendremos que luchar con otros inconvenientes mucho más serios para el enfermo. Veamos por qué.

Debemos sentar de antemano que las paredes que limitan una



coleccion líquida en el hígado no son inertes; inmóviles, al contrario, gozan de una gran retractibilidad. Ahora bien, si por medio de la aspiracion vaciamos el líquido contenido a medida que el foco va limpiándose i que la sustancia contenida va saliendo al exterior, veremos que las paredes de la coleccion descenden gradualmente en virtud de su propia retractibilidad i de la presion atmosférica, pudiendo llegar bajo esta doble influencia a tocarse en toda su estension, a obliterar la cavidad. Sin embargo, es necesario recordar que las paredes de estas cavidades están siempre protegidas de una capa de sustancia plástica mas o menos espesa, al mismo tiempo que la destruccion del tejido hepático no se hace en todas partes de una manera regular; que, por consiguiente, la superficie interna de la escavacion no es liza, sino que es irregular, presentando eminencias i depresiones; es en estos espacios endonde los vasos, [cuyas tunicas son frájiles, cuya organizacion es incompleta, cederán bajo la influencia de la tension vascular aumentada de la presion atmosférica, i en efecto, no es raro ver teñidas las últimas porciones de líquido extraído, de una cierta cantidad de sangre, i que agregaré puede ser una verdadera hemorragia al punto de obligar la detencion de la operacion.

De lo dicho se desprende entonces que las adherencias del hígado con la pared abdominal tendrán el grave inconveniente de impedir la retraccion de las paredes del foco; que, permaneciendo la cavidad dilatada en una cierta estension, la ruptura de los capilares se producirá; i además, que el estado de paralización de la circulacion dará origen a una exudacion abundante que pronto llenará de nuevo el foco. Esta exudacion se trasformará en pus i nos encontraremos en el mismo estado que antes de hacer la operacion.

Es verdad que, a fuerza de extraer el líquido i de hacer inyecciones, puede modificarse la superficie i obtenerse tambien una curacion. Pero creo que podemos valernos de otros medios que nos serán de grande utilidad para obtener un resultado feliz.

En efecto, si es la separacion de las paredes del foco, detenida por las adherencias, una de las causas que puede dar lugar a la renovacion de la materia purulenta, debemos evitarlo en cuanto esté a nuestro alcance; para salvar este inconveniente nos hemos valido de compresas aplicadas al nivel de la rejion enferma sos-

tenidas por un vendaje de cuerpo suficientemente apretado a fin de que ejerza una presión tal que las paredes puedan quedar lo más aproximadas posible, suministrando a las túnicas vasculares dilatadas por la tensión exagerada, un apoyo en virtud del cual puedan resistir a la oleada sanguínea.

A pesar de este medio, yo estoy seguro que es completamente imposible unir la cara interna de la cavidad de manera que no quede espacio alguno; pero en cambio, los líquidos exudados o la sangre derramada estará en tan pequeña cantidad que será más fácil su reabsorción.

Habiendo ya estudiado las ventajas e inconvenientes de las adherencias o no adherencias del hígado con la pared abdominal, i siendo ya un uso establecido que, cuando se ve que las adherencias no existen, es necesario recurrir a producirlas por medio de cáusticos, concluyo que en vista de lo que dejo espuesto no se debe procurar obtenerlas.

Réstame, para terminar, ocuparme de los motivos que nos han inducido a practicar en la cavidad del absceso la inyección yodada. Es verdad que a primera vista pudiera tenerse cierto temor en valerse de un medicamento que puede tener algún peligro grave para la economía; pero todo cuidado desaparece cuando vemos que en los casos que lo hemos usado no ha habido ni el más leve síntoma de absorción yódica, a pesar de que en el último enfermo una gran parte de la inyección quedó interiormente. La inyección yodada tiene por objeto modificar la superficie interna, producir una ligera irritación favoreciendo la vitalidad en tejidos cuya organización es más o menos avanzada, desarrollar por la inflamación los elementos celulares existentes, los que, unidos a las exudaciones plásticas, vendrán a ser los medios de unión de las paredes del foco.

Espuestos ya uno a uno los medios de que nos hemos valido para el tratamiento de los abscesos hepáticos, i las razones que nos han llevado a la aplicación de cada uno de ellos, termino este trabajo, ya demasiado largo, pidiendo a nombre de mi profesor i compañeros, su jeneralización en la forma que lo dejo indicado, considerando esto como el único medio de arribar a resultados verdaderamente positivos.

---