

MEDICINA

Tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado

(Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, por Don Jorge Lezaeta Rivas)

BIBLIOGRAFÍA

- Murchisson*.—Lecciones clínicas sobre las enfermedades del hígado (1882).
- Corré*.—Traité clinique des Maladies des Pays chauds (1887).
- Miquel Claro*.—Observaciones clínicas sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos (1885).
- Chassaingnac*.—Operations chirurgicales (1862).
- A. del Río*.—Contribución al estudio de la Etiología y Anatomía Patológica de los abscesos del hígado (1889).
- Wenceslao Salazar*.—Tratamiento de los abscesos hepáticos (Lima, 1889-1890).
- Ollier, Verneuil, Nicaise y Terrier*.—Revue de Chirurgie (1881).
- J. Pean*.—Tumeurs de l'abdomen (1880).
- Encyclopedie Internationale de Chirurgie*.—(Tomo 6.º, 1886).
- Dujardin Beauvais*.—Leçons de Clinique Therapeutique (1888).
- Peyrot*.—Manuel de Patologie Externe (1889).
- Poulet et Bousquet*.—Patologie Externe (1885).
- Follin et Duplay*.—Patologie Externe (1878).
- Laveran et Teissier*.—Patologie Medicale (1889).
- Eulenbourg*.—Diccionario Enciclopédico de Medicina y Cirugía prácticas (Tomo 6.º, 1887).
- Dechambre*.—Diccionario Enciclopédico de las ciencias médicas (Tomo III, 1879).
- Jaccoud*.—Nouveau Dictionnaire de Medicine et de Chirurgie pratiques (Tomo XV).
- El Progreso Médico Chileno* (1890).

.....

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ABSCESOS DEL HÍGADO

INTRODUCCIÓN

No necesito detenerme, Señores, á probar lo que la práctica civil y hospitalaria nos hace cada día más evidente: *la gran frecuencia y gravedad de los abscesos hepáticos entre nosotros*. Esto es un hecho, por desgracia, y de aquí su grande importancia y *el lugar preferente* que debemos darles en nuestros estudios é investigaciones médicas diarias. Que *las víctimas de esta enfermedad* sean principalmente individuos cuya edad fluctúa entre 20 y 45 años, es decir, en la plenitud de la fuerza y de la vida, es otro motivo poderosísimo para que pongamos toda nuestra atención *en extirpar este mal tan funesto como común*.

Estas razones, unidas á algunas observaciones detenidas y prácticas que he tenido oportunidad de realizar durante los dos años del curso de clínica, me han inducido á elegir como tema para mi Memoria de licenciado esta importante terapéutica.

*
* *

La etiología de los abscesos del hígado puede resumirse, en la casi totalidad de los atacados, en faltas contra la higiene que, como tales, está en nuestras manos remediarlas, haciendo que la higiene de nuestro país ocupe alguna vez el lugar que le corresponde en toda nación civilizada. Entonces habremos alcanzado, felizmente, si no su desaparición absoluta, al menos una notable restricción en el número de los casos.

En efecto, eliminada la acción de los bruscos cambios de temperatura (1) que, unidos á la sequedad del aire, llegan á identificar nuestro clima con los cálidos ó tropicales por lo que respecta á las afecciones del hígado, todas las demás causas se comprenden en la higiene mal dirigida. Entre éstas, se cuenta principalmente *la alimentación inconveniente* en cantidad ó calidad, unida al exceso habitual en nuestras clases elevadas y á sus defectos en los elementos que la componen para la proletaria. *El exceso de bebidas*, alcohólicas principalmente, influye de un modo mucho más evidente, en especial entre la gente del pueblo, en quien es tan general este abuso, y nos explica así claramente el mayor número de enfermos hombres, por ser éstos los más alcohólicos y no pocos casos de enfermas mujeres, que cuentan también esta causa predisponente entre sus antecedentes personales.

La alimentación y bebidas en las condiciones apuntadas, originan la casi totalidad de las afecciones intestinales, y muy en especial las disentéricas, á las que tanta importancia se da hoy en la etiología de los abscesos del hígado (2).

Las causas apuntadas, que resumen las principales predisponentes, obrarían alcanzando, más ó menos pronto, una hipertrofia funcional irritativa del hígado, por hiperfuncionamiento, que lo hace eminentemente apto para las inflamaciones de carácter supurativo, las que sólo necesitan la ocasión para estallar y que traducimos hoy por la llegada de *micro-organismos* al seno del parénquima hepático así preparado, que vienen á ser la causa inmediata y determinante del absceso.

En cuanto á la puerta de entrada de estos gérmenes, en la inmensa mayoría de los casos sería la mucosa intestinal, ya por una pérdida de sustancia de ésta (colitis ulcerosa), ó bien bastaría

(1) La mayor frecuencia de los abscesos hepáticos en Otoño y en la Primavera tendrían este origen, ó se explicarían de este modo.

(2) La disenteria constituye en Chile la afección intestinal más frecuente: es la causa del 10 ú 11 por ciento de la mortalidad general de nuestros hospitales y ocupa el segundo lugar en la serie de los enfermedades que terminan en éstos por la muerte. Los abscesos hepáticos, por su parte, cuentan un 5 por ciento de las víctimas de los hospitales de hombres. La marcha paralela de ambas afecciones en toda la República, teniendo sus focos principales, comunes, en la parte media de la zona central y en especial en Valparaíso, Santiago, Talca y Concepción, autorizan la relación de causa á efecto que se ha querido establecer entre estas dos afecciones, y la opinión de Budd, que hace responsable del absceso á la contaminación de la sangre de la vena porta con los productos sépticos provenientes de la destrucción de la mucosa intestinal.

para ello una microscópica grieta epitelial que les permita emigrar hasta el hígado. La teoría de los émbolos sépticos explica el hecho aún para aquellos casos de origen más oscuro.

* *

La profilaxis, que no es del caso tratar en este trabajo, se reduciría á las medidas higiénicas tendentes á mejorar las aguas de bebida y á suprimir los excesos de fatiga física, de alimentos y muy principalmente de bebidas alcohólicas, reglamentando su expendio y difundiendo en el pueblo los preceptos más elementales de higiene que generalmente desconoce. Por todos estos medios alcanzaríamos una considerable disminución de las enfermedades del intestino, que tanto predisponen y hasta parecen bastar por sí solas, muchas veces, para provocar los abscesos del hígado.

* *

El pronóstico de los abscesos del hígado hasta hace poco era gravísimo, y casi seguramente fatal en un 80 por ciento de los casos. La muerte tenía lugar por la violencia de la inflamación en las formas agudas; para las crónicas, por el deperecimiento general, hecticidad ó marasmo (tisis hepática), consecuencia obligada de toda supuración inagotable, ó por auto-infección debida á la retención del pus en el seno del parénquima hepático y á su reabsorción consiguiente, que constituyen los casos de pronóstico más grave (muerte segura en un 60 por ciento). Finalmente, apuntaremos, como causa de muerte la abertura espontánea del absceso en un órgano vecino.

La gravedad de los abscesos que terminan espontáneamente, de un modo general, dependía de las condiciones que pudieran favorecer ó ser obstáculo al desarrollo del pus, siendo la abertura espontánea en la cutis, intestino ó pulmones, y en el orden indicado, sus únicos modos de curación natural, aunque bien raros, y alcanzados después de un larga y penosa enfermedad. Si el absceso hacía irrupción en el peritoneo, pericardio ó en una gruesa vena del abdomen, la terminación fatal, más ó menos próxima, era inminente y casi instantánea.

Sin embargo, no todo absceso abandonado á sí mismo mata necesariamente; puede á veces curar después de una abertura

espontánea en los casos que dejamos señalados, y aún quedar enquistados y hasta reabsorberse completamente, como nos lo demuestra la Anatomía Patológica; pero son estos casos tan raros y problemáticos, que, de un modo general, podemos decir que un absceso en estas condiciones constituye una amenaza más ó menos próxima de muerte y no debe jamás esperarse un desenlace feliz.

En estos últimos años, el pronóstico de los abscesos hepáticos ha cambiado favorablemente, y de casi seguramente mortal que era, ha pasado á ser una afección relativamente benigna en los casos en que la intervención está indicada y se instituye con oportunidad, y aún en sus peores modalidades, ha disminuído considerablemente su gravedad.

No es extraña á este cambio la curación antiséptica, cuyo poder quedó perfectamente definido después de la publicación de la estadística de Stromejer Little, quien hizo la abertura de 23 abscesos, 20 de ellos sin curación antiséptica, y 3 según el método de Lister, obteniendo en el primer caso diez y nueve resultados fatales, y un completo éxito en el segundo.

Queda así resuelto el secreto de las brillantes estadísticas que podemos resumir en la intervención oportuna y en la antisepsia estricta, con lo cual se suprime la casi totalidad de los peligros de la expectación y de las intervenciones antiguas, dependientes de la infección, hoy perfectamente dominable. Por el contrario, las estadísticas malas versan sobre operaciones sépticas, tardías ó desautorizadas (abscesos múltiples).

Un paralelo entre la estadística de los Drs. Stowell y Leith y la de los Drs. Castro y Waring, de los que los primeros proceden sin antisepsia, y por el método listeriano los segundos, aboga mejor que cualquier argumento, en pró de la antisepsia para las intervenciones en el hígado.

	Aberturas espontáneas ó naturales.	Aberturas artificiales ó quirúrgicas.
Stowell y Leith	40 % de muertos	85 % de muertos
Castro y Warin	80 " "	23 " "

De antemano, proscribimos, pues, en absoluto todo tratamiento que tenga por base la expectación, y autorizaremos, por el contra-

rio, todos aquellos que tiendan á eliminar el pus, por atrevidos que sean.

Como veremos más adelante, la curación es la regla para todo absceso hepático tratado por la punción ó incisión antiséptica, y si esto no sucede, proviene ya de haberse intervenido tardíamente, encontrándose al enfermo aniquilado por la fiebre héctica, perturbaciones intestinales, etc., ó por haberse propagado la afección á los órganos vecinos (pleura, pulmón, peritoneo, etc.), accidentes que no se ha podido evitar; por último, la coexistencia de uno ó más abscesos hace el pronóstico seguramente fatal, salvo que por su situación pudieran ser abiertos por el foco del primero operado (observaciones núms. 10, 26 y 27).

Los fracasos de la estadística sobre que versa este trabajo, encuentran su explicación en algunas de las causas apuntadas, pero son reducidos con relación al número de curaciones y pertenecen, sin excepción, á enfermos en tal estado de gravedad, que casi no deben tomarse en cuenta sino para que en casos semejantes nuestro pronóstico sea muy reservado.

Las siguientes estadísticas comparadas á la nuestra nos harán comprender el alcance de los métodos antisépticos y los verdaderos prodigios que realiza hoy en el arte de la cirugía:

	Casos operados	Curaciones	Muertos
Maublaux.....	24	22	2
Stromeyer Little.....	25	23	2
Estadística personal (1)..	47	33	14

Por lo demás, si la acción curativa de la intervención quirúrgica bien conducida no se experimenta en la totalidad de los operados, jamás podrá desconocerse su virtud paliativa de los síntomas, que siempre son inmediatamente mejorados: la fiebre descende, las perturbaciones digestivas desaparecen, suprímese la

(1) Para sacar conclusiones prácticas con respecto al tratamiento de los abscesos del hígado, he creído conveniente anexar á mis observaciones personales las que encuentro en los archivos de las clínicas de los Drs. Barros y Carvallo, como también las que acompañan á los trabajos de los Drs. Miguel Claro y Alejandro del Río, «Observaciones clínicas sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos» y «Contribución al estudio de la etiología y anatomía patológica de los abscesos del hígado» respectivamente. En obsequio de la brevedad, reducimos estas observaciones á los datos estrictamente indispensables para el fin que nos proponemos.

diarrea y la anorexia es reemplazada por un apetito exagerado, muy favorable para el rápido restablecimiento del enfermo; el pus disminuye y mejora su naturaleza; los dolores locales y simpáticos cesan casi por completo, y los sudores profusos no se presentan más. El estado general mejora así notablemente y, en un espacio de tiempo variable para cada caso, se alcanza una completa curación, siempre que alguna complicación no venga á darnos un resultado fatal.

Es tan constante esta mejoría, que podemos contar con ella y cuando no se presente debemos sospechar la coexistencia de uno ó más abscesos que hacen el pronóstico mucho más grave y hasta de resultados fatales.

I

HISTORIA

El tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado tuvo su origen en la India; los negros del Senegal paseaban sobre la región hepática un hierro candente, con lo que conseguían determinar una inflamación adhesiva del peritoneo, y pasaban en seguida á desbridar el absceso, sirviéndose de un cuchillo cualquiera. El empirismo, como en muchos otros casos, precedió aquí á la teoría.

Las primeras indicaciones de intervención quirúrgica fueron dadas por cirujanos establecidos en Africa y en América, puntos en que esta afección es endémica. Ralfe, cirujano inglés, fué el primero que, en 1874, practicó la abertura á bisturí de un absceso hepático. Hunter, en 1876, en Arequipa, hizo esta operación repetidas veces y con entero éxito. Volkmann, en 1887, trató dos abscesos por la laparotomía. Baudenhuis, en 1878, y Mac-Lean, en 1879, publicaron varias observaciones sometidas á esta práctica y con muy feliz resultado.

La antisepsia, con el descubrimiento de Lister, vino á colocar todos estos ensayos de intervención en el terreno que les corresponde y á hacerla razonada y verdaderamente científica.

Las reservas de toda operación en las grandes cavidades, fueron las funestas consecuencias que casi de seguro sobrevenían, fueron reducidas en absoluto ó al menos considerablemente aminoradas por la cura antiséptica, y hoy, cuando una intervención está seriamente indicada al cirujano, no debe arredrarlo para instituir la el sitio de la lesión.

*
* *

Los abscesos hepáticos no han sido menos beneficiados que sus congéneres en cualquiera otra región, de las ventajas del método listeriano. Como veremos más adelante, éste hace inofensivas no sólo las punciones sino las grandes incisiones practicadas en el hígado, cuando aquéllas quedan infructuosas, medios de que disponemos hoy para oponernos á una auto-infección ó abertura inminente en un órgano vecino, términos obligados de estas colecciones purulentas abandonadas á sí mismas. La abstención, que se imponía al cirujano antes de las prácticas antisépticas, por el éxito desgraciado de las operaciones, debemos rechazarla en absoluto, pues no tiene ya razón de ser, y en este como en todo caso será sólo el pretexto de los tímidos ó de los inexpertos.

En un principio, la intervención se limitaba á aquellos abscesos bien constituidos, que hacían eminencia al exterior, significando claramente la existencia de adherencias. Desde los sorprendentes éxitos alcanzados por Stromeyer Little, se investiga atrevidamente, no sólo el sitio de un absceso, sino su existencia, sirviéndonos para ello de punciones exploradoras. Se trata aún de evacuar el pus antes de que se haya coleccionado en foco, sin preocuparse absolutamente de la existencia de adherencias.

*
* *

La intervención quirúrgica en los abscesos del hígado encontró al principio opositores enérgicos que, como Budd, la rechazaban en absoluto ó la limitaban á ciertos casos solamente, como Morehead y Frerisch, optando en la mayoría de ellos por la expectación simple.

Mac-Lean, inspector general del servicio sanitario en las Indias, se hizo cargo de todos estos ataques y los tradujo en *objecciones* que formulaba en los siguientes términos:

1.º La gran frecuencia de las curaciones naturales por eliminación espontánea del pus por las vías naturales, sin alteración pútrida ni gangrena de las paredes supurantes; la evacuación lenta y progresiva del pus, que se realiza de este modo, sería eminentemente favorable para la cicatrización del foco. Por el contrario, la abertura del absceso, que lo deja en comunicación con el aire

exterior, acarrearía la descomposición del pus y la gangrena de sus paredes.

Dejamos avanzadas ideas en este sentido cuando nos pronunciamos sobre la expectación como único tratamiento. En cuanto á la objeción en sí, no puede persistir hoy en que, gracias á la antisepsia, podemos á voluntad tamizar y purificar el aire que va á ponerse en contacto del foco, haciéndolo completamente inofensivo, lo que sería imposible realizar en los casos en que el absceso se abre en los pulmones ó en el intestino, en que el contacto del aire existe también, con la diferencia que éste habrá de ser necesariamente séptico;

2.º La dificultad de hacer un diagnóstico exacto y los peligros de las punciones exploradoras, como un medio para realizarlo. Más adelante probaremos, en extenso, la entera inocuidad de estas punciones, que tanto simplifican el diagnóstico, y lo teórico de las objeciones que se les han dirigido; y

3.º La facilidad con que el pus podría abrirse paso hacia el peritoneo, con la consiguiente flogosis casi seguramente mortal. Al ocuparnos de la adherencias como base de intervención, sentaremos la existencia frecuente de adherencias naturales, la facilidad de provocarlas cuando no se han formado espontáneamente y, por último, la ninguna tendencia que hay de parte del peritoneo para absorber ningún cuerpo extraño. En estas circunstancias, justamente, están basados los procedimientos modernos de intervención que precinden por completo de las adherencias.

Dejamos así eliminadas las objeciones opuestas á las intervenciones quirúrgicas.

*
* *
*

Como complemento, debemos resumir aquí *los peligros de la expectación*, que la práctica deja plenamente demostrados, á saber:

1.º La expectación, ante la posibilidad de una reabsorción tan improbable, que discretamente nos permitiría desestimarla, daría tiempo, mientras tanto, para que el absceso avance, comprometa mayor extensión del tejido hepático y hasta la totalidad de su parénquima, haciendo imposible toda reparación y por consiguiente la vida. Los desórdenes de vecindad, consiguientes á la compresión por un gran absceso, contribuyen asimismo á una terminación fatal más ó menos próxima;

2.º La abertura espontánea en un órgano vecino, modo más feliz de terminación natural y único que pueda alcanzar su curación, si se realiza en el pericardio ó en una gruesa vena del abdomen, acarrearía una muerte casi instantánea, muy próxima, si en el peritoneo ó en la pleura y, por más ventajosa que fuese (intestino ó pulmón), envuelve tan serios peligros que jamás podría compararse á la abertura antiséptica que, en rigor, ninguno representa; y

3.º La frecuencia de los abscesos que quedan encerrados en el parénquima hepático y que ocasionan la muerte por auto-infección. En efecto, la naturaleza no siempre se encarga de abrir los abscesos, y la presencia de pus en el seno del hígado es inmensamente más peligrosa que en la cutis ó tejido celular, y por consiguiente en aquéllos, más inmediata que en estos, se nos impone la necesidad de dar salida al pus.

*
* *

Vistos *los peligros de la expectación* al frente de las intervenciones quirúrgicas, que ninguno presentan que no sea dominable en la gran mayoría de los casos, la vacilación no era ya posible y la intervención quirúrgica como medio de tratamiento de los abscesos del hígado se ha generalizado é impuesto de tal modo que el cirujano tiene hoy la obligación de proceder con energía cuando las circunstancias lo exijan. Jamás le será permitido exponer al enfermo á los peligros de una terminación espontánea, ni menos pretender la resolución de un absceso formado, mediante derivaciones ó revulsiones intestinales que serían inútiles, peligrosas y contraproducentes, en cuanto destruyen las fuerzas del enfermo, de que tanto habrá menester más tarde para soportar las molestias de la operación y la larga supuración consiguiente.

Las estadísticas, por su parte, autorizan perfectamente estas ideas que en la práctica veremos siempre confirmadas.

La intervención operatoria es el proceder general de nuestros cirujanos y de la gran mayoría de los extranjeros. La instituyen luego que los síntomas físicos ó racionales les hacen sospechar la existencia de pus coleccionado en foco, salvo que alguna contraindicación dependiente del estado general ó local (abscesos múltiples), les obliguen á abstenerse de ella ó á aplazarla para mejor ocasión (levantar previamente las fuerzas del enfermo).

* * *

Durante los años de 1888, 89 y parte del 90 he podido observar personalmente catorce casos, en la clínica del Dr. Barros Borgoño. Quirúrgicamente atacados, se ha obtenido una curación completa en once de ellos (observaciones núms. 1, 2, 4, 5, 11, 12, 13, 19, 33, 34 y 37), en un plazo relativamente corto (15 días á 7 meses), y los tres fatales restantes encuentran explicación, uno en abscesos múltiples (observación núm. 27) y los otros dos en focos secundarios, pulmonar uno y pleural el otro, en enfermos que ingresaron á nuestro servicio casi moribundos (observaciones núms. 3 y 42, respectivamente).

* * *

No existiendo acuerdo entre los diferentes autores que hemos consultado sobre los métodos operatorios de elección, he creído conveniente estudiarlos todos, dándole á cada uno la extensión que su importancia nos merece y los límites que este trabajo nos permite. Trazaremos al fin la línea de conducta que nos parece más racional, con sus variantes para las diferentes modalidades clínicas de las hepatitis supurantes.



II

MÉTODOS OPERATORIOS

Constituído un absceso del hígado, la intervención quirúrgica tendente á eliminar el pus, en las mejores condiciones posibles, se impone formalmente, según hemos visto. Numerosos métodos existen para realizarla.

Antes de ocuparnos de ellos, debemos conocer perfectamente *el síndrome clínico de un absceso hepático*, que nos permitirá realizar el diagnóstico, base fundamental de toda intervención operatoria, que nos autoriza para implantarla aun en ausencia de todo signo físico. De este modo llegaremos á conocer, no sólo la existencia del pus, sino también á presumir su cantidad y el sitio probable del absceso.

*
* *

Un absceso constituído lo reconoceremos por *tres órdenes de fenómenos*:

1.º *Aumento de volumen y cambios de conformación del hígado.*
—El abombamiento del hipocondrio y la ascensión ó el descenso del hígado por bajo el reborde costal, son su consecuencia.

El descenso del hígado varía de uno á dos centímetros solamente, hasta alcanzar, en casos de grandes abscesos, el ombligo, el epigastrio, el hipocondrio izquierdo, y aún la cresta iliaca derecha.

Por arriba, cuando el crecimiento se hace en este sentido, invade el torax derecho y comprime el pulmón con las perturbaciones consiguientes: dispnea, tos seca y quintosa, etc., etc.

2.º *Fluctuación*.—Este síntoma, cuando se presenta bien claro, es patognomónico, pero raras veces sucede así. Está generalmente reemplazado por un empastamiento edematoso del hipocondrio, que borra los espacios intercostales, por lo que este signo se hace más notable en los abscesos que asientan en la cara convexa del lóbulo derecho y en los espacios 7.º, 8.º y 9.º, entre las líneas axilar posterior y mamaria.

Para percibir la fluctuación recomendamos aplicar el índice en estos espacios, comprimir suave y profundamente, para levantarlo en seguida con lentitud. De este modo podrá apreciarse una resistencia especial en el primer tiempo y un choque de vuelta en seguida.

El dolor penetrante, perfectamente localizado á un solo punto, espontáneo y acrecentado por la palpación en la forma indicada, confirmarán la existencia del absceso como también su situación. Este dolor, á veces de carácter contusivo, acompaña también á las grandes inspiraciones.

3.º *Síntomas generales*.—Son estos los más constantes, raras veces faltan y se presentan frecuentemente aislados. Entre ellos, se cuentan principalmente los trastornos digestivos, sobre todo del lado del estómago (eructos, pirosis, náuseas, vómitos, etc), y del intestino (diarreas intermitentes, etc.).

De parte del sistema nervioso, tenemos, dolores simpáticos en el hombro y brazo derechos, que comprometen á veces todo un lado del cuerpo.

Los escalofríos y sudores profusos, vesperales ó nocturnos, son manifestaciones ó acompañantes de la fiebre, que reviste un carácter remitente mientras la supuración se produce y se hace continua una vez que ésta se ha constituido. La fiebre puede faltar á veces, y no es raro encontrar grandes abscesos que han hecho su evolución con entera apirexia.

La ictericia falta en las tres cuartas partes de los casos y, cuando existe, es ligera. Más frecuente que el tinte icterico es el caquéctico, pálido ó terroso.

La úrea disminuye en la orina por destrucción del parénquima hepático que, según las investigaciones modernas, tiene un rol tan importante en su formación.

domen. El crecimiento del hígado se opera hacia abajo, comprime el intestino, ocasionando diarreas y otras perturbaciones semejantes. Los movimientos respiratorios son poco ó nada modificados.

Los abscesos de la cara convexa son los más característicos; producen una tumefacción más ó menos marcada en el hipocostrio derecho, dolor local agudo y simpático hacia el hombro. Las perturbaciones respiratorias por compresión del pulmón dominan en este caso y se traducen principalmente por accesos de tos, disnea y hasta inflamaciones del órgano respiratorio ó de su membrana de envoltura, que agravan considerablemente la lesión primitiva. La auscultación de la parte anterior del tórax, combinada de la percusión posterior al mismo nivel, practicada por un ayudante, con golpes secos y repetidos con lentitud, permitiría diagnosticar el volumen de estos abscesos (Miguel Claro).

Los abscesos que asientan en la profundidad del órgano son de diagnóstico mucho más difícil y acarrear perturbaciones digestivas ó respiratorias sólo cuando adquieren un gran desarrollo. Es aquí donde las punciones nos prestan sus mayores servicios.

El predominio de los síntomas locales hacia la izquierda ó derecha, como también la actitud del enfermo, nos manifestará cual es el lóbulo atacado. Advertiremos que la estadística nos demuestra que los abscesos del lóbulo derecho son muchísimo más frecuentes que los del izquierdo, por lo que, en caso de duda, serán puncionados como si asentarán en aquél.

*
* *

Con respecto al pus hepático, su cantidad fluctúa entre $8\frac{1}{2}$ litros (caso de Lavigerie), hasta unos cuantos gramos solamente. Sus caracteres son muy variables y muchas veces, macroscópicamente, nos es imposible reconocerlos; el microscopio, por el contrario, nos permite distinguir en él caracteres especiales: células hepáticas en diversos grados de destrucción, hasta estar representadas á veces sólo por detritus granuloso. De un modo general, el pus de los abscesos de marcha aguda es sanguinolento, achocolatado ó semejante al café con leche; el de las formas crónicas es cremoso y apenas teñido por sangre. Estos caracteres, como veremos más adelante, pueden darnos mucha luz sobre el pronóstico, el tiempo que tardará en hacerse la curación y el tratamiento que deba instituirse para alcanzarla.



Como cuestión previa, debemos aún ocuparnos del *rol que tienen las adherencias del hígado á la pared abdominal en la intervención quirúrgica.*

Las opiniones en este sentido están divididas, y el debate aun no está terminado. Algunos creen contra-indicada toda operación en el hígado, hasta las punciones capilares, siempre que no se cuente con la seguridad de adherencias; otros, por el contrario, prescinden en absoluto de ellas, las creen innecesarias y hasta perjudiciales.

Analizaremos las opiniones y los argumentos en pro y en contra.

Villemin cree que la abertura franca del absceso sin adherencias previas, que una vez efectuada la operación dejen el foco en comunicación directa y constante con el exterior, aunque se proceda con toda antisepsia, será seguramente seguida de muerte por peritonitis.

Richard participa de esta opinión, y no se explica una terminación favorable sin la existencia de adherencias.

Fragri, Furnell, Carrington y Little prescinden de estas adherencias y proceden á operar todo absceso hepático tan pronto como diagnostican su existencia, sin darles influencia alguna en el éxito operatorio.

Fundan este proceder en las razones siguientes:

1.º *Lo problemático que es llegar á obtener adherencias en casos de abscesos profundos*, siendo que faltan á menudo en los superficiales y voluminosos, separados del peritoneo sólo por una delgadísima capa de tejido hepático. La imposibilidad en que nos encontramos muchas veces para reconocer la presencia de estas adherencias, será también otro motivo para no contar con ellas (1); y

2.º *La posibilidad de que caiga en el peritoneo pus ó líquido del que usemos para lavar la cavidad*, que ha sido la principal

(1) Dutrouleau da como signos de estas adherencias: edema de la pared, empastamiento circunscrito y dolor vivo espontáneo ó á la presión en un punto fijo; esto unido á la inmovilidad del tumor durante los cambios de posición del enfermo y á la rubicundez de la cutis desvanecerán todas las dudas.

objección en favor de las adherencias, sería meramente teórica, en vista de que la oposición constante de las vísceras entre sí mantiene perfectamente adaptadas las dos hojas del peritoneo, que no tendrían tendencia alguna á separarse para absorber elementos extraños, que seguirán, naturalmente, el camino más corto y expedito que la incisión les ofrece (Marbroux). Por lo demás, dado caso que se realice este temor, la antisepsia les hace despreciar los accidentes que pudieran sobrevenir.

La práctica, manifestando lo excepcional de las peritonitis que puedan referirse á la intervención sin adherencias, que no se ha experimentado jamás y, muy por el contrario, se cuentan por centenares los éxitos alcanzados sin su presencia, ha venido á confirmarlos más en sus ideas.

Ramírez y Jiménez, que han adquirido grande experiencia en este sentido en Méjico, piensan del mismo modo.

Las conveniencias de esta práctica son todas las de la intervención oportuna, que encontrará al enfermo y al hígado en mejores condiciones para la reparación.

Boinet prescinde de las adherencias en absoluto y las pospone á la urgencia de abrir cuanto antes el absceso. Cuando existen, las cree poco sólidas y que cedan, si no durante la evacuación del pus, á la retracción consecutiva del hígado, que es estorbada por ellas, como también la cicatrización del foco. Por esto las califica de insuficientes y hasta de perjudiciales.

Otros se atreven á decir que la ausencia de adherencias no es ni siquiera un peligro, y rechazan en absoluto los métodos que, como la acupuntura de Trousseau (1), tratan de conseguirlas y los consideran infeles, peligrosos é inconduscentes.

Gran parte de los cirujanos operan hoy sin atender á estas adherencias y aún con la certidumbre de que no existen, lo que tiene mucho valor cuando se trata de grandes abscesos que comprometen seriamente el organismo, en que toda pérdida de tiempo, por insignificante que sea, es de suma importancia.

En vista de opiniones tan autorizadas, deberíamos concluir que las adherencias no deben ser más la preocupación del cirujano y que no constituyen una condición indispensable para el tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado.

(1) Trousseau hunde 30 agujas largas, muy próximas unas de otras, en el parénquima hepático para determinar una peritonitis adhesiva.

Sin práctica alguna en este sentido, habiendo existido adherencias en todos los casos que nos ha sido dado tratar, permaneceremos en una prudente reserva y, para conciliar opiniones tan encontradas, consideraremos las adherencias sin inconvenientes para el enfermo; en cuanto al médico, lo eximen en absoluto de responsabilidad y lo colocan en situación de esperar con más seguridad el éxito de la intervención que haya instituido.

Rechazaremos las adherencias (medidas tendentes á obtenerlas), siempre que se trate de un caso grave que comprometa seriamente el organismo, que requiere por consiguiente una intervención inmediata, en los que toda dilación en el tratamiento sería muy expuesta. Se las suplirá en estos casos, en cuanto sea posible, fijando el tumor á la pared abdominal mediante vendas de diaquilón, durante el acto operatorio y los días que lo siguen, ó nos limitaremos sólo á inmovilizar al enfermo y el hígado por una compresión suave, practicada por un ayudante, al nivel del hipocóndrio izquierdo, que aplique el tumor á la pared abdominal durante la intervención, y por un vendaje después de efectuada ésta.

Por el contrario, aceptamos gustosos y calificamos de prudentes los medios tendentes á obtener adherencias, siempre que el estado general, poco ó nada comprometido, nos dé tiempo para alcanzarlas y en especial cuando sospechemos un absceso que está en formación. Recurriremos con este objeto á medios que, como los vejigatorios, puedan efectuar la resolución de la hepatitis, si esto es aún posible y si no provocarán al menos adherencias que nos aseguren más tarde el éxito operatorio, sin que por esto hayamos perdido absolutamente el tiempo (1).

Las puncione práctica perfectamente inocente y al alcance de todos, que, como veremos pronto, nos permiten alcanzar algunas curaciones ó al menos dilatar las intervenciones más radicales sin peligro alguno, son además un magnífico medio para obtener adherencias, que afianzarán el éxito de cualquiera intervención más enérgica que, en su defecto, decidamos en seguida. Si en el curso del tratamiento hemos necesitado hacer dos ó más punciones, aconsejamos practicarlas á corta distancia unas de otras y sobre

(1) Conjuntamente combatiremos los síntomas generales y locales: el dolor por los opiáceos, fomentos ó cataplasmas calientes, etc., y levantaremos las fuerzas del enfermo mediante un régimen tónico alimenticio y medicamentoso.

una misma horizontal, para los efectos de necesitar más tarde una incisión que seguirá esta huella.

*
* *

Previas estas consideraciones, podemos pasar á ocuparnos de la intervención quirúrgica propiamente tal, que nos sugieren las siguientes interrogaciones:

¿En qué momento debe ser instituida?

Sin quedar jamás espectadores ante un absceso que nos amenaza con la posibilidad de una ruptura más ó menos próxima ó que compromete seriamente el estado general, seremos bastante prudentes para no ir á investigar otro que los síntomas generales nos permiten sólo presumir y que no se manifiesta localmente por ningún signo local.

De un modo general, siempre que el estado general no nos imponga una intervención atrevida, esperaremos algun signo local que nos indique el sitio más ó menos probable del absceso, dilación que tiene además la ventaja de dar tiempo para que se formen adherencias, cuyo rol en las operaciones dejamos diseñado.

*
* *

¿Cómo conduciremos nuestra intervención?

Boinet, en un artículo del Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas (serie 4.^a, tomo III, pág. 77), resume el tratamiento de los abscesos hepáticos en los siguientes términos:

«Tres métodos principales, dice, están en presencia: el *primero* y más antiguo consiste en abrir el absceso por medio de cáusticos, previa la determinación de adherencias entre el hígado y la pared; es lento, á menudo inaplicable por la marcha rápida de los accidentes, y sus ventajas, bajo el punto de vista de la seguridad, no son tales que deba dársele la preferencia. El *segundo* se limita á puncionar el absceso y dejar una sonda permanente hasta la completa curación; á pesar del traumatismo que se hace sufrir al hígado, este método no parece más peligroso que el precedente. En fin, el *tercero*, de data reciente, punciona el absceso con tubos capilares y aspira el contenido sin permitir la introducción del aire.

«Aconsejamos principiar por una punción capilar, porque si el absceso es reciente y operado á tiempo, puede curar fácilmente;

si después de muchas aspiraciones se comprueba que el líquido se reproduce y que el estado del enfermo decae, inmediatamente se tratará de obtener una salida constante de pus, sea por una sonda permanente, sea por la abertura con los cáusticos, y se pedirá á uno de estos métodos la curación que no se ha podido obtener por la punción capilar».

Estas ideas traducen el fondo de las nuestras, por lo que hemos creído del caso apuntarlas. Discordamos, sin embargo, en los procedimientos y en el momento en que debe recurrirse á ellos, como veremos al ocuparnos de cada uno de los métodos en especial.

*
* * *

Para curar los abscesos del hígado disponemos, afortunadamente, de numerosos métodos que, en general, tienden todos á eliminar el pus y á evitar su reproducción, asegurando de este modo la aproximación de las paredes del foco y con ella su cicatrización.

Los distinguimos en dos variedades principales, que estudiaremos por separado: 1.º punciones y 2.º abertura del absceso.

A

Funciones

La práctica de las punciones en el tratamiento de los abscesos del hígado se hace cada día más general, y de capilares, en un principio, empleadas sólo para confirmar un diagnóstico, se las instituye hoy en *método curativo*, y no es escaso el número de enfermos que han sanado, radicalmente, con sólo una ó dos punciones aspiradoras de abscesos de capacidad variable desde cien á tres mil gramos y más (observaciones núms. 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 y 44).

Las concluyentes experiencias de Lavigerie en Francia, y de la Sociedad de Alejandría en Egipto (1), nos eximen de demostrar la entera inocuidad de las punciones antisépticas. Por nues-

(1) Estas experiencias han sido hechas en perros, bueyes y conejos, que son sacrificados tres ó cuatro días después de haber sido puncionados, sin que se haya jamás observado ni indicios de inflamación.

tra parte, las hemos visto practicar muchas veces y jamás hemos podido observar ningún síntoma que pudiera atribuírseles (1).

Murchisson pretende que, aun cuando no caigan en un foco supurante, son provechosas, obrando como sangrías locales antifebriles (2).

Jaccoud las ha practicado hasta en número de doce en una sola sesión, sin accidente alguno.

* * *

Reconocida la inocencia de las punciones antisépticas, nos ocuparemos de su alcance en la terapéutica de los abscesos del hígalo.

Como *medio de diagnóstico ó de exploración*, las punciones son muy superiores á todos los otros conocidos: las únicas que pueden darnos la evidencia de un absceso y el solo medio de diagnosticar los que ocupan la profundidad del órgano. Nos permiten también reconocer prematuramente los focos purulentos, pudiendo así atacarlos desde el primer momento sin esperar la fluctuación y demás síntomas locales, que se hacen apreciables sólo cuando el absceso es muy vasto, superficial y ha deteriorado profundamente el parénquima hepático y con él el organismo. Precave igualmente las aberturas espontáneas, cuya frecuencia está en razón directa con el tamaño del absceso.

Lo inofensivo de esta práctica, que, en general, es perfectamente aceptada por los enfermos, no contribuye menos á acreditarla como agente para el diagnóstico, y, permite así insistir en ella, sin lo que sería mucho menos provechosa, requiriéndose casi siempre varios tanteos antes de caer en el foco de un absceso.

Bouchard y otros admiten las punciones sólo como auxiliares ó comprobantes del diagnóstico, y una vez realizado éste, proceden á abrir anchamente el absceso, sirviéndose de la cánula del trocar como conductor. No necesitan así, como en los casos de duda sobre el sitio del foco, incindir capa por capa para alcanzarlo, sino que lo hacen de un solo golpe.

Por nuestra parte, y con algunos autores, damos á las puncio-

(1) Si á la punción siguieran fenómenos irritativos, serán eficazmente combatidos con inyecciones subcutáneas morfínicas, vejigas de hielo al hipocóndrio y reposo absoluto del enfermo.

(2) Corré en su tratado clínico «Enfermedades de los países calientes», cree que en estos casos podrían precipitar la supuración.

nes mucho más alcance que el de un mero agente para el diagnóstico de un absceso del hígado y las consideraremos como *un poderosísimo medio para alcanzar su curación*.

El número de enfermos curados con sólo esta intervención es cada día más considerable, por lo que las punciones deben ser empleadas para iniciar todo tratamiento, y, sólo en su defecto, recurrir á las intervenciones más radicales (observaciones núms. 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44 y 45).

Como únicas excepciones á esta regla de conducta, se cuentan los casos en que el estado general grave coincide con abscesos cuyas condiciones de superficialidad ó considerable eminencia exterior nos hacen de antemano considerar como problemática su curación con sólo las punciones, y no habremos, por consiguiente, de exponer al enfermo dilatando una intervención menos dudosa y más eficaz.

*
* *

El Dr. Miguel Claro, en su tesis de licenciado, se propone desde la primera punción decidir su conducta futura y optar por las punciones repetidas hasta la curación ó por la abertura franca inmediata.

Resumiendo sus ideas á este respecto, cree que si la punción da salida á pus flegmonoso, cremoso, loable, fácilmente escurrible y en cantidad que no exceda de quinientos gramos, habrá grandes probabilidades de éxito definitivo, ó después de una ó más insistencias. Estas esperanzas serán afianzadas si el pus no se renueva en los días que siguen á la operación.

Por el contrario, la reproducción casi inmediata del pus, por dos veces consecutivas, aunque de buena naturaleza, sin que los síntomas generales hayan sido modificados apreciablemente; el carácter grumoso y consistente del pus que lo hace difícil ó imposible de evacuar en la totalidad de sus componentes, aún por las cánulas de los trócares más gruesos, y, finalmente, su cantidad, cuando nos indica un gran absceso, nos presagiarán seguramente el que las punciones quedarán infructuosas.

En estos casos, antes de que se agote la paciencia y las fuerzas del enfermo ó de que tengamos una abertura espontánea, con grandes probabilidades inconveniente, nos apresuraremos á dar

ámplia salida al pus, eligiendo para efectuario uno de los métodos que estudiaremos más adelante.

Esta conducta estará doblemente indicada cuando con las condiciones expuestas coincide un estado general alarmante.

Tenemos así nuevas luces que nos dan las punciones, nos permiten formarnos una idea más ó menos cierta de la gravedad del pronóstico y, al mismo tiempo, poder decidir, desde el primer momento, el tratamiento más adecuado para cada caso particular.

Participamos de estas ideas, menos en lo que respecta á la cantidad del pus como augurio del éxito más ó menos probable de las punciones y á la restricción que se propone en el número de éstas para abandonarlas como inútiles, por cuanto hemos podido observar la curación con una ó dos punciones de abscesos de capacidad de uno, dos y hasta de tres mil doscientos cincuenta gramos (observaciones núms. 34, 36, 37, 38 y 39), como también otro caso curado después de tres aspiraciones (observación núm. 45).

Debemos ocuparnos ahora del *sitio y modo de practicar las punciones*.

*
* *

Con respecto al lugar que elegiremos para hacer las punciones, será variable con el sitio que ocupa el absceso, al que está subordinado y de cuya determinación nos hemos ya ocupado á propósito del diagnóstico.

Cuando el tumor es aparente al exterior, será el punto más prominente de éste: si existe sólo una tumefacción edematosa, aquel en que el dolor está más perfectamente localizado ó en que la auscultación permite descubrir frotos.

En ausencia de todo signo que nos decida por un punto dado, la punción será hecha en el 8.º ó 9.º espacio intercostal derecho, sobre ó inmediatamente por delante de la línea axilar anterior, vista la mayor frecuencia de los abscesos de la cara convexa y del borde posterior del lóbulo derecho, que constituyen los dos tercios de los casos.

Si las probabilidades están á favor de un absceso de la cara cóncava de este mismo lóbulo, haremos la punción á dos centímetros (un través de dedo) por debajo del reborde costal, entre las líneas axilar anterior y mamilar, para que una vez vaciado el

absceso, la ascensión del hígado, al retraerse, no dificulte los movimientos de la cánula.

Puncionaremos un poco por fuera de la línea para-esternal derecha, á dos centímetros por debajo del reborde costal, si el absceso asienta en el lóbulo izquierdo. El trocar, en este caso, será dirigido hacia arriba y atrás, dada la predilección que tienen los abscesos de este lóbulo por la cara cóncava.



En cuanto al *instrumento* que elijamos, no serán las antiguas cánulas ó agujas capilares, que servían solamente para comprobar la existencia del pus sin darnos luz alguna sobre sus caracteres. Se prefiere hoy los trócares gruesos ó de calibre mediano, que permitan la salida del pus en la totalidad de sus componentes, incluso los grumos de tejido hepático disgregado, sin lo que no llegaríamos á formarnos una idea cabal de absceso y sería materialmente imposible una curación. Estos trócares deberán ser también suficientemente largos para que alcancen el absceso, cualquiera que sea la profundidad á que se encuentre situado. Los de cuatro pulgadas de largo y de $\frac{3}{8}$ de pulgada de grosor satisfacen perfectamente estas exigencias.

Los modelos modernos de trócares que acompañan á los aspiradores de Potain y Dieulafoy, son de esta clase, muy útiles, y su mecanismo permite además, hacer toda la operación, incluso el restablecimiento de la permeabilidad de la cánula, obstruída accidentalmente, y la aspiración, sin temor alguno de que el aire penetre en la cavidad del absceso.



Decidida la punción, el sitio en que va á ser efectuada y elegido el trocar, se pasa á desinfectar éste, la región, las manos del operador y los útiles de que vamos á servirnos, con toda proligidad. De esta parte de la operación depende, si no el éxito, al menos su inocuidad, en los casos en que no alcance una curación. Seguros de la antisepsia, y sin que se aperciba el enfermo, se hunde el trocar de un golpe hasta la cavidad del absceso, lo que sucede generalmente cuando ha penetrado 7 á 8 centímetros. La sensa-

ción de resistencia vencida y la movilidad del instrumento, serán indicios ciertos de que estamos en la cavidad.

Desde este momento nuestra conducta será dirigida según el fin que nos propongamos: si sólo *diagnosticar el absceso*, se retira el punzón y, apenas aparezca el pus en la boca de la cánula, nos opondremos á su salida, obturándola con el dedo ó cerrando la llave. Se evita así el vaciamiento del pus y con él el aplastamiento del foco, con lo que se dificultaría los otros tiempos de la operación, haciendo más difícil su reconocimiento. Los métodos que pueden usarse para abrir el absceso así diagnosticado, los estudiaremos al ocuparnos de la abertura franca.

Si la punción ha sido hecha con el objeto de *alcanzar una curación*, se retira el punzón y se adapta á la cánula un aparato aspirador de los modelos Potain ó Dieulafoy. Los trócares de estos aspiradores permiten llevar montado todo el aparato desde el principio de la operación.

Se procede en seguida á extraer el contenido del absceso mediante el vacío, que exageramos á voluntad y con él la magnitud de la aspiración.

Aquí se nos presenta una duda: *extraeremos la totalidad del pus?*

Unos creen indispensable, para el éxito curativo de esta operación, aspirar el máximo de pus que sea posible, y estiman peligroso no proceder así, pues si las adherencias faltan y se deja líquido en la cavidad, éste, comprimido por la retracción de las paredes abdominales y las del absceso, podría salir y caer en el peritoneo, causando casi seguramente la muerte.

Otros, por el contrario, creen perjudicial esta práctica, por cuanto para realizarla se necesitaría *forzar el vacío*, exponiéndose así á lesionar el hígado que va á chocar contra la cánula.

En los casos que nos ha sido dado observar, la extracción se ha hecho hasta donde ha sido posible, *forzando el vacío*, y no hemos tenido jamás accidente alguno que lamentar en este sentido.

Una buena precaución es la de que el cirujano mantenga la cánula todo el tiempo que demore la operación con la mano apoyada sobre el tórax ó el abdomen del enfermo, según sea el sitio de la punción. De este modo podrá seguir con ella el movimiento ascensional del hígado y variar su posición siempre que el enfermo acuse alguna sensación dolorosa, indicio de que el instrumento contunde el hígado. Podrá también así hundir progresivamente

la cánula, á medida que el hígado se retrae y aleja el absceso de la pared del abdomen.

Procediendo de esta manera, se prevendrá igualmente el que el enfermo, en un movimiento voluntario ó durante un acceso de tos, expulse la cánula de la cavidad del absceso y se vierta pus en el peritoneo, ó que, sin habernos apercibido de este accidente, vayamos más tarde á inyectar líquidos en la cavidad del peritoneo por hacerlo en la del absceso.

Dieulafoy da como precepto absoluto no percutir ni comprimir el absceso el mismo día en que se ha hecho la punción, con lo que se arriesgaría el que cayese pus en el peritoneo. No retirar la cánula sin que haya un espacio vacío en el frasco aspirador, será una precaución en el mismo sentido.

Terminada la aspiración, se procede á retirar la cánula, comprimiendo para ello la cutis á su alrededor, y se cubre el orificio cutáneo con un trozo de esparadrapo cortado en cruz de malta.

Se coloca un vendaje de cuerpo debilmente compresivo, y todo queda terminado por el momento.

*
* *

Las punciones serán repetidas tan pronto como los síntomas físicos (tumor local), ó los generales, que son inmediatamente mejorados por esta práctica, se reproduzcan.

Siempre que podamos esperar un feliz resultado de las punciones, esto no sucederá antes de tres ó cuatro días.

El alivio muy pasajero de los síntomas generales ó la reproducción casi inmediata del pus, que generalmente coinciden, abogarán muy poco en favor del éxito.

De ningún modo *dilataremos* la repetición de las punciones por complacer al enfermo, que generalmente repugna la insistencia, ni mucho menos aún cuando ciertos síntomas, como la tos seca, fatigante, acompañada de dispnea, y los dolores abdominales, nos auguren una abertura espontánea, más ó menos próxima, en los bronquios ó en el intestino (observación núm. 46).

*
* *

El éxito de las punciones curativas puede ser felizmente asegurado, haciendo conjuntamente con ellas, siempre que haya indicación especial (modificar las paredes del absceso), *inyecciones*

detersivas ó modificadoras. Con este objeto, se usan generalmente la tintura de yodo yodurada (tintura de yodo y agua á 100 gramos, yoduro de potasio, 4 gramos—Solución de Lugol) y el cloruro de zinc (cloruro de zinc 2 gramos, agua 100). Las inyecciones modificadoras pueden ser dejadas en la cavidad del absceso en su totalidad ó solamente en parte, para prolongar su acción, y repetidas veces hemos visto abandonar en el foco de un absceso cien y más gramos de la solución de Lugol, sin el menor accidente de yodismo, debido sin duda á las escasas propiedades absorbentes de las paredes del absceso.

Como precepto general aplicable á todas estas inyecciones, rige el de no usar jamás una cantidad mayor de líquido que la del pus que se ha extraído, con lo que se forzaría el absceso, tendríamos fuertes dolores y nos expondríamos á accidentes de todo género.

*
* *

Las objeciones hechas á las punciones, de que podrían ser seguidas de hemorragias ó derrames de bilis en la cavidad del absceso, ó bien de gangrena de las paredes del foco, podemos rechazarlas en absoluto, las primeras por ser muy raras y hasta problemáticas, por estar bajo la dependencia de una falta de antisepsia ó de un defecto en el manual operatorio las segundas, que no podrían, en el estado actual de la ciencia, constituir objeción en contra de ningún procedimiento quirúrgico.

*
* *

Para terminar con las punciones, apuntaremos un hecho que podría contarse como un accidente de estas intervenciones, que no nos ha sido dado observar, pero lo encontramos consignado en algunos autores y debemos conocerlo para no ser sorprendidos en caso de que nos acontezca en la práctica.

Consiste en un fuerte dolor que toma origen en el hipocondrio derecho y se propaga en seguida al epigastrio y á todo el abdomen. Se inicia mientras se evacua el pus y más frecuentemente al hacer inyecciones en la cavidad, aunque se haya procedido con todo método.

Este dolor, por su intensidad y por la mudanza de las facciones

del enfermo de que se acompaña, infunde serios temores y hace pensar en la invasión de una peritonitis.

La mayoría de los autores están acordes en atribuir este dolor al desgarramiento de las neo-adherencias poco sólidas que unen el absceso á la pared abdominal durante los movimientos de ascensión y descenso del hígado, y proponen para precaverlo hacer el vaciamiento gradual del absceso.

B

Abertura del absceso

La tenacidad de los abscesos del hígado en nuestro país hace que muchas veces las punciones sean insuficientes como único medio de tratamiento, y debemos recurrir á procedimientos más enérgicos que permitan al pus una salida constante. *La abertura más ó menos franca y el drenaje permanente* del absceso satisfacen plenamente estas exigencias. Podremos así también, en caso necesario, modificar las paredes del absceso de un modo mucho más eficaz que por las inyecciones en el caso de una punción.

Esta conducta nos será exigida desde el instante en que nos apercibamos de la impotencia de las punciones para mejorar el estado general, cada día en peores condiciones, ó para detener una supuración que aniquila al enfermo.

Será nuestro proceder desde el primer momento, como dejamos dicho, cuando las condiciones del absceso nos hacen muy problemática una curación con sólo las punciones, y más aún si coincide con esto un estado general alarmante del enfermo, en que toda prueba ó dilación en el tratamiento sería peligrosa y, por consiguiente, desautorizada.

*
* *

Toda operación dirigida en contra de un absceso hepático deberá llenar las siguientes *condiciones*:

1.º *Abrir el absceso*; 2.º *Vaciar su contenido*; y 3.º *Modificar sus paredes*.

Las estudiaremos por separado

a

ABRIR EL ABSCEO

La abertura de los abscesos hepáticos, condición primordial para dar salida al pus y, por consiguiente, para la curación de estas colecciones, puede ser realizada de diversos modos, como veremos pronto. Las punciones, que debieran también ser incluídas aquí, las dejamos estudiadas especialmente, por lo que prescindimos de ellas en este momento.

La operación será hecha de preferencia en el punto en que el absceso es más superficial y, en cuanto sea posible, nos aseguraremos de la existencia de adherencias entre el hígado y la pared abdominal, sirviéndonos para ello de los signos que dejamos apuntados al tratar del rol de las adherencias en la intervención quirúrgica.

Numerosos medios ó procedimientos tenemos para abrir el foco de un absceso del hígado, casi todos más ó menos abandonados por morosos, inseguros, molestos y no exentos de peligros. Apuntaremos los más importantes, y algunos de ellos sólo para recuerdo ó complemento de este estudio.

Distinguimos estos métodos en dos clases principales: *unos que principian por obtener adherencias, y los que prescinden absolutamente de ellas.*

* * *

El primer grupo comprende un sinnúmero de *procedimientos que provocan adherencias*, más ó menos sólidas, antes de intervenir, y suprimen así hasta el más remoto peligro de peritonitis, por caída de pus ó líquido de los lavados en la cavidad serosa.

* * *

Recamier alcanza las adherencias sirviéndose de *cáusticos* (pastas de Viena, de Canquoin, ó simplemente potasa cáustica), que coloca en cantidad de 20 á 30 centigramos sobre la parte más prominente del tumor, cuidando limitar perfectamente la extensión y la forma de la escara; aquélla no excedería de tres á cuatro cen-

tímetros. Se deja desprender la escara espontáneamente ó se apresura su caída, en los casos urgentes, con el bisturí y se renueva la dosis cáustica en el mismo punto, y así sucesivamente hasta alcanzar el foco del absceso ó solamente el peritoneo. En el último caso se termina la abertura con un trócar ó con el bisturí.

De todos los métodos lentos, es este el menos peligroso y el que más seguramente provoca adherencias sólidas.

La peritonitis, hemorragias, gangrenas del foco, erisipelas, etc., son excepcionales con esta práctica.

Además de los inconvenientes comunes á todos los métodos lentos, presenta éste el de estar su aplicación limitada sólo á los abscesos que por su gran volumen ó posición superficial se han hecho evidentes al exterior, sin lo que nos arriesgaríamos á provocar una abertura de las paredes abdominales que no conseguiría el vaciamiento del absceso.

En cuanto al tiempo que demora en alcanzar su objeto es, término medio, de 15 días, lo que, tratándose de una enfermedad de marcha rápida é invasora como es la hepatitis supurativa, constituye un inconveniente serio para el empleo de un método operatorio, cualquiera que él sea.

Sus aplicaciones quedan así reducidas hoy á uno de tantos medios para provocar inflamaciones adhesivas, circunscritas, en casos poco graves ó de marcha crónica. Haríamos con él el primer tiempo de una intervención cuyo segundo momento sería la abertura franca del absceso, mediante la incisión ú otro proceder semejante. Con todo, no lo hemos visto emplear jamás con uno ni con otro objeto.

* * *

Lavigerie y *Trousseau* obtienen adherencias atravesando la pared abdominal, hasta llegar á la cavidad del absceso, *con agujas enrojecidas al fuego*.

* * *

El *Dr. Miguel Claro* propone, con el mismo objeto, un método cómodo, sencillo, inofensivo y poco molesto: introduce perpendicularmente á la cutis, hasta el foco del absceso y con ayuda de un porta-agujas, 6 ú 8 *alfileres*, de los que usamos diariamente para

la sutura ensortijada, colocados á distancia de menos de un centímetro unos de otros y sobre una misma horizontal. Clavados los alfileres, se fijan en posición mediante un trocito de esparadrapo en que se ha ensartado previamente cada uno de ellos; se reúnen entre sí con un hilo que los cruza alternativamente, y el todo se cubre con un trozo de tela emplástica. Se constituye de este modo una línea de adherencias, que recorrerá el bisturí una vez llegado el momento oportuno.

Procede con rigurosa antisepsia y auxiliado por la anestesia local, obtenida mediante una pulverización etérea con el aparato de Richardson, que hace la operación casi imperceptible para el enfermo.

Se deja al enfermo en reposo durante 48 horas, después de las cuales puede verse el pus haciendo irrupción en contorno de los alfileres, signo cierto de que las adherencias se han formado y, sin más, podemos pasar á debridar con entera confianza.

* * *

Graves, incide las paredes abdominales hasta llegar al peritoneo, tapona la herida con hilas y hace una curación simple.

Provoxa de este modo una inflamación adhesiva, que atrae el tumor hacia la herida, y confía á la naturaleza la perforación de la serosa.

Se objeta este método por la posibilidad de que la inflamación local que buscamos pueda propagarse á toda la serosa, con la consiguiente peritonitis mortal.

* * *

Begin, más atrevido aún, incide las paredes abdominales hasta llegar al peritoneo. Con una pinza atrae esta serosa hacia la herida y la divide como si se tratara de un saco herniario. Hecho esto, si el saco del absceso está adherente á la serosa, lo secciona también en el acto; en el caso contrario, se limita á rellenar la herida con hilas, que quedan hasta en la cavidad misma de la serosa, y termina por una curación simple. Espera así algunos días (tres ó más), dando lugar á que se constituyan las adherencias.

Con este procedimiento, la peritonitis es mucho más de temer que con el anterior.

* * *

El método de Simon, que ha tenido gran boga en Alemania, consiste en perforar el absceso, en uno de sus puntos más eminentes, con un grueso trocar, y á 3 centímetros de distancia de éste se hace una segunda punción con un trocar de la misma calidad. Se dejan ambos instrumentos permanentes durante 24 horas, después de las cuales, y antes de retirarlos, se reunen las dos punciones por una incisión que alcance hasta la cavidad del absceso.

Con este procedimiento se alcanzaría á obtener algunas bridas que fijen el tumor á la pared abdominal.

* * *

Richard, partidario convencido de las adherencias, como los anteriores, incide con el termo-cauterio para evitar hemorragias, hasta llegar á los músculos y termina la abertura en los días siguientes con los cáusticos. Alcanza así, conjuntamente, la abertura y la fijación del absceso á la incisión cutánea.

* * *

Dutrouleau incide la cutis y el tejido celular en extensión de 4 á 5 centímetros y disminuye las dimensiones de la herida á medida que avanza hacia la profundidad. Llegado al peritoneo, reconoce el absceso con el dedo (fluctuación), y se asegura al mismo tiempo de la inmovilidad del tumor.

Si tiene dudas sobre la existencia de adherencias, suspende la operación y mantiene la herida dilatada hasta que se constituyan, ó espera hasta que el pus se abra camino por sí solo hacia fuera. Si después de algunos días esto no se ha verificado, sumerge el bisturí perpendicularmente en el absceso y agranda la incisión al retirarlo.

* * *

Cambay punciona el hígado con un grueso trocar en el punto más culminante del tumor. Reconocido el absceso, retira el punzón, tapa la cánula y la deja permanente é inmóvil algunos días.

Precave de este modo la salida del pus y el aplanamiento consiguiente del absceso, con lo que se dificultarían los otros tiempos de la operación.

La presencia de la cánula acaba de provocar, en más ó menos tiempo, una inflamación adhesiva y ha servido á la vez para mantener cerrada la herida exploratoria.

Seguro de las adherencias, reemplaza ventajosamente la cánula por una sonda de goma, del mismo calibre, que deja permanente en la herida hasta la completa curación del foco. Se permite de este modo la salida constante de pus á la vez que hace practicable las inyecciones desinfectantes ó modificadoras, que el curso del tratamiento pudiera exigir.

El procedimiento de Cambay es magnífico y el más usado en los países en que la hepatitis supurativa es endémica. Giménez, en Méjico, Martín y Camerón en la India, alcanzan con él magníficos resultados.

*
* *

Follin procede más ó menos como Cambay, con la diferencia que hace la sustitución de la cánula por la sonda desde el primer momento ó apenas ha terminado la evacuación del pus, y la deja permanente en seguida. Con esta práctica puede obtenerse la curación del absceso ó, en su defecto, al menos, alcanza adherencias que harán inofensiva la abertura franca del foco que pudiera requerirse más tarde.

Volkman hace la incisión en dos tiempos: durante el primero llega hasta el peritoneo solamente y rellena la herida con gaza yodoformada, que obra como cuerpo extraño, irritante por consiguiente, pero no séptico; suprime así los inconvenientes del método de Graves sobre que está calcado.

Después de algunos días y cuando supone ya que las adherencias se han formado, incide con un bisturí el peritoneo y la pared del absceso.

Los métodos de intervención que *prescinden de las adherencias* para abrir los abscesos del hígado, son conocidos también con el nombre de *procedimientos rápidos*. Sin los inconvenientes de los

anteriores, se nos asegura que por su parte no ofrecen peligro el que menor

No habiendo tenido oportunidad de observar ningún tratamiento instituido en estas condiciones (sin adherencias), que autorice nuestro fallo en este sentido, nos limitaremos á consignar los principales métodos ó procedimientos que se recomiendan en estos casos, como también el modo de ponerlos en práctica, por si quisieran ser ensayados.

*
* * *

Sanger, apenas reconoce un absceso por la punción, hace la incisión antiséptica y fija el tumor. antes de abrirlo, á la pared abdominal, con cuatro puntos de sutura; pretende preaver así la caída de pus en el peritoneo.

Este proceder es eminentemente teórico, por cuanto el tejido hepático es rebanado por los hilos ó suturas, y no se alcanza el objeto que se desea.

*
* * *

Stromeyer Little, con su método, ha venido á revolucionar la intervención quirúrgica en casos de abscesos del hígado.

La práctica que propone tiene por base el método de *Lister*, que, en esencia, se reduce á no permitir en contacto de las heridas sino aire antiséptico. Su procedimiento consiste en la gran incisión antiséptica á bisturí, sirviéndose de la cánula del trocar explorador para conducir el instrumento cortante. Se llega así al absceso sin preocuparse de los tejidos que se ha de dividir.

Los principales tiempos de esta intervención son como sigue:

- 1.º Punción exploradora con un grueso trocar, de 3 centímetros de diámetro, previamente desinfectado; reconocido el pus;
- 2.º Incisión paralela á las costillas, en extensión de 5 á 6 centímetros, con un bisturí largo y comprendiendo todo el espesor de las partes blandas;
- 3.º Facilitar la eliminación completa del pus, introduciendo para ello una pinza entre los labios de la herida, que sirva de separador; y
- 4.º Asco de la cavidad con una solución fenicada al 2½ por ciento. Un drenaje del mayor calibre posible y una curación Lis-

ter estricta, que se renueva tan pronto como se pase, son el complemento de este método operatorio.

Little, mediante esta práctica, ha obtenido en menos de un mes la curación de abscesos de más de un litro de capacidad.

*
* * *

El procedimiento de Little es aceptado hoy por muchos cirujanos, con ligeras variantes referentes al sitio y dirección en que deben ser hechas las incisiones, al instrumento que deba usarse y al modo de provocar adherencias, cuando el práctico es partidario de ellas.

Todos á una reconocen, por lo demás la necesidad de abrir el absceso y vaciar su contenido con la más estricta antisepsia; se abrevia así la curación, se asegura el éxito operatorio y el cirujano se pone al abrigo de toda complicación. El aniquilamiento y los progresos de la lesión son igualmente precavidos de este modo.

*
* * *

Cada día se hacen más generales entre los cirujanos modernos las ideas de *Murray*, y se da gran importancia á la abertura temprana del absceso, que lo encontrará en mejores condiciones para ser curado. No pierden así el tiempo en provocar adherencias, á las que no se atribuye influencia alguna en el éxito de la operación. Proceden, en suma, como si se tratara de una colección purulenta en cualquiera otra parte del cuerpo, á abrirla anchamente en el acto, cualquiera que sea la profundidad á que se encuentre situada.

La cirugía antiséptica penetra hoy atrevidamente en todas las cavidades del organismo, y con muy poco peligro, por lo que los procedimientos rápidos para atacar el hígado tienden á generalizarse y es de esperar que muy pronto dominarán toda la terapéutica de los abscesos de este órgano.

*
* * *

Resumiendo, la incisión franca de la pared abdominal hasta alcanzar el foco purulento, tan pronto como sea diagnosticado, con

sólo precauciones antisépticas, antes, durante y después de la operación, satisfaría el ideal de las intervenciones para dar salida al pus de un absceso hepático.

Esta conducta estaría indudablemente indicada si el absceso hace eminencia distinta al exterior y cuando la rubicundez inflamatoria de los tegumentos de la región nos manifiesta, evidentemente, la existencia de adherencias.

b

VACIAR EL ABSCESO

Esta parte de la operación puede efectuarse de muchos modos, á saber:

El método más sencillo de evacuar el contenido de un absceso hepático consiste en el uso de un trocar grueso, que se deja permanente hasta que forme adherencias y es en seguida reemplazado por un tubo de goma de idénticas dimensiones, que se introduce á través de la cánula, antes de retirarla. El drenaje será perfectamente fijado en la cavidad para evitar se disloque.

Una compresión que aplique la pared abdominal al rededor del punto hepático puncionado, será bastante útil como preventiva de una peritonitis.

Más tarde podría ensayarse la dilatación gradual del trayecto del tubo, con tallos de laminaria, hasta que permita pasar un tubo fenestrado, replegado en asa, con lo que se facilitará grandemente el derrame constante del pus y el aseo de la cavidad.

* * *

Brassac modifica esta práctica: atraviesa la pared abdominal y la del absceso en dos partes, con un grueso trocar curvo y se sirve de la cánula de éste para conducir un grueso drenaje. Con este procedimiento ha alcanzado la curación de abscesos bastante voluminosos.

* * *

Manson se sirve de un tubo de cautchuc montado sobre una larga sonda de acero, que por medio de un mecanismo de doble

hilo es mantenido abierto en el interior del foco. Este tubo se introduce á través de la cánula del trocar, inmediatamente que el pus ha cesado de correr. Retirada la cánula y retenido el tubo en la cavidad, se corta el hilo que lo mantenía tenso; se obtiene así su acortamiento inmediato conjuntamente con el aumento de su calibre que lo hace adaptarse exactamente á los tejidos que atraviesa.

El cabo exterior de este drenaje puede unirse, por intermedio de un pequeño tubo metálico ó de vidrio, á un largo y grueso tubo de goma, previamente lleno de una solución fenicada, que por su otro cabo va á sumergirse en una botella llena hasta el cuarto de la misma solución. El aparato forma sifón y el absceso se vacía con toda facilidad y permanentemente.

*
* *

Cuando se ha hecho la incisión del absceso, dos casos pueden presentarse.

1.º El absceso es superficial, en cuyo caso puede ser abandonado á sí mismo para que la retracción de sus paredes se encargue de vaciarlo lentamente, hasta que lleguen éstas á adherirse por completo, y limitaremos nuestra intervención á la más estricta antisepsia durante el acto operatorio, y una vez terminado éste, á una curación Lister, que será prolongada todo el tiempo que demore el proceso reparador;

2.º Si, por el contrario, se trata de un absceso voluminoso y profundo, deberá ser perfectamente drenado (1), precaviendo así el estancamiento de pus en el foco, que vendría á obstruir la cicatrización y constituiría, al mismo tiempo, una causa permanente de infección general séptica.

c

MODIFICAR LAS PAREDES DEL ABSCESO

El cumplimiento de esta indicación constituye el medio de que disponemos para oponernos á que el pus se reproduzca y, por con-

(1) Al ocuparnos del método de elección, insistimos en extenso sobre el drenaje de los focos purulentos hepáticos, por lo que nos limitamos á enunciarlo en este momento.

siguiente, para asegurar el éxito de una intervención, cualquiera que ella sea. Para satisfacerla nos serviremos de los lavados del foco, variándolos en composición y frecuencia según sea la abundancia y los caracteres del pus, que traducen los de la bolsa que le da origen.

Emplearemos, según el caso, ya simples inyecciones antisépticas, y entre éstas principalmente las de ácido fénico al $2\frac{1}{2}$ por ciento, las de ácido bórico al 3 ó 4 por ciento, de sublimado al 1/1000, etc., ó bien las haremos deterativas ó modificadoras, con tintura de yodo yodurada (solución de Lugol), yodoformada (solución de Verneuil) (1), de cloruro de zinc al 2 por ciento, etc., etc...

* * *

Los métodos modernos en que se hace el raspaje para obtener la extirpación total de los abscesos del hígado, que estudiaremos más adelante, para alcanzar su objeto, se auxilian de inyecciones, igualmente de cloruro de zinc, pero cuyo grado de concentración se lleva á 1/10 y hasta 1/20 por ciento.

(1) Impropiamente se la denomina en la práctica *solución Bourgeois* por ser éste uno de los que más ha aventajado su empleo.

~~~~~

## III

## MÉTODO DE ELECCIÓN

Hecha esta reseña general sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado, las condiciones elementales que debe cumplir y el modo cómo las han satisfecho algunos cirujanos, nos corresponde ahora decidir nuestro proceder ó la línea de conducta que debemos observar ante un absceso hepático.

Prescindimos de las punciones, que dejamos tratadas en extenso, y con las que debemos iniciar todo tratamiento. Nos ponemos en presencia de un caso en que una intervención más franca y eficaz nos está indicada.

¿Qué método preferir? *La incisión antiséptica á bisturí* satisface perfectamente todas las condiciones para una curación y nos decidiremos por ella.

\*  
\* \* \*

El punto en que debemos hacer la incisión es generalmente impuesto por las circunstancias y, de un modo general, nos guiaremos para elegirlo por las reglas que apuntamos para las punciones.

Si el absceso se manifiesta por un tumor será el punto más prominente de éste.

En los casos en que existe una tumefacción difusa solamente y, en general, siempre que no tengamos entera seguridad del sitio que ocupa al absceso, se hará preceder la incisión de una punción exploradora. Más tarde podemos servirnos de la cánula del trocar para guiar el bisturí, y se llega así al absceso sin preocuparnos de las capas por incidir.

Si el tumor desciende de las falsas costillas, será abierto á un través de dedo por debajo del reborde, para evitar que la ascensión del hígado venga más tarde á dificultar el drenaje del foco (1).

\* \* \*

La *dirección* que daremos á la incisión será paralela á las costillas. Los procedimientos que, como el de Dutrouleau, incinden en la dirección del eje del cuerpo para reconocer mejor las adherencias, no presentan ventaja alguna que los haga preferir al que recomendamos.

\* \* \*

La incisión variará en *extensión* con la capacidad del absceso, bastando 3 centímetros para los muy pequeños. Preferiremos hacerla de 6, 7 ó más centímetros, para que nos permita inspeccionar minuciosamente el foco y establecer en seguida su perfecto drenaje (2).

\* \* \*

En cuanto al *instrumento* que elegiremos para hacer la incisión, unos optan por el termo-cauterio, que evita en absoluto la pérdida de sangre, por lo que aprovecharía especialmente á los sujetos debilitados. La hemorragia que sigue á la sección de los tegumentos es tan insignificante, que puede prescindirse de ella; la que daría una arteria intercostal cortada, cuando hayamos de operar en un espacio, será prevista haciendo la incisión al nivel del borde superior de la costilla inferior; en cuanto á la pérdida de sangre que sigue á la sección del tejido hepático, se detiene tan pronto como principia á vaciarse el absceso.

Estas razones nos permiten despreciar las hemorragias y prescindir del termo-cauterio como instrumento cortante, que siem-

---

(1) Sin nada que nos induzca á la preferencia y, en general, siempre que la elección sea permitida, operaremos en los espacios intercostales en que el peligro de comprometer el peritoneo es mucho menor y se facilita grandemente tanto el establecimiento como la mantención del drenaje.

(2) En los procedimientos modernos de intervención «operaciones radicales», que estudiamos al fin, el largo de las incisiones es, término medio, de 10 á 12 centímetros.

pre infunde algún temor en el ánimo del enfermo, y reemplazarlo ventajosamente, por un bisturí largo y recto, que es hoy el instrumento usado con este objeto por casi todos los cirujanos y en la totalidad de los casos. Debemos, pues, preferirlo en todo caso, salvo que haya una contra-indicación especial (anemia aguda).

Los elementos de la *curación Lister* integrarán todo el instrumental que esta operación requiere.

\*  
\* \*

El uso de *anestésicos generales ó locales* es generalmente innecesario, dada la rapidez con que se hace la incisión, y la mayoría de los cirujanos operan sin ellos.

El mal estado del aparato cardio-pulmonar en los hepáticos, que haría peligrosa la anestesia general, hace muy apreciable esta abstención.

En todos los casos que hemos presenciado se ha *prescindido de la anestesia* y no ha sido reclamada por los pacientes, que jamás han manifestado signo alguno que nos hiciera presentir un gran sufrimiento.

Sin embargo, siempre que el operado sea una persona muy nerviosa ó en que la sensibilidad del hipocondrio es muy exagerada, no habría inconveniente para recurrir á los anestésicos, prefiriendo entre éstos los de acción local.

Con las pulverizaciones etéreas ó las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de cocaína, satisfaremos plenamente esta indicación. Se facilitarán así grandemente las manipulaciones necesarias para el drenaje y perfecto aseo de la cavidad.

\*  
\* \*

El *manual operatorio* es como sigue: se coloca al enfermo en posición conveniente á la vez que cómoda (decúbito dorsal más ó menos inclinado hacia el plano lateral izquierdo, según sea el sitio del absceso), y se procede á fijar al rededor de su tronco, inmediatamente por debajo del punto en que va á hacerse la incisión y por uno de sus bordes solamente, una faja de tela emplástica de 10 á 12 centímetros de ancho; al borde inferior suelto de esta venda se adapta un hule impermeable. Con esta precaución se evita que el pus ó las irrigaciones que usaremos en seguida pa-

ra el aseo de la cavidad mojen el lecho ó los flancos del enfermo, economizándose así lavados posteriores muy extensos que podrían resfriarlo.

Se pasa en seguida á hacer una rigurosa antisepsia de la región, ~~serviéndonos~~ para este objeto de una escobilla y jabón primero, para quitar las secreciones cutáneas, y de lociones fenicadas (5/100), y sublimadas (1/1,000), para desinfectar en seguida.

Los instrumentos y las manos del operador y de los ayudantes son sometidas al mismo método de aseo.

Si es necesario, haremos una punción exploradora que nos demuestre el sitio del absceso; si nos es ya conocido, procederemos sin más trámites á hundir el bisturí de un golpe en el punto correspondiente de la cutis hasta la cavidad del absceso, agrandando la incisión, al retirarlo, en extensión suficiente.

El pus salta generalmente en chorro; se facilita su salida entreabriendo ligeramente los labios de la incisión, ó, como aconsejan otros, dejamos se vacie lentamente para que una retracción brusca del hígado, con la ascensión consiguiente, no venga á destruir las adherencias; si son éstas de formación reciente, redoblabremos nuestros cuidados en el sentido de preaver el accidente.

Se evitará al enfermo todo esfuerzo, como también el comprimir las paredes del abdomen para conservar estas mismas adherencias.

\*  
\* \* \*

El *reconocimiento de la cavidad del absceso* con el dedo y con precaución, será bastante útil y nos dará una idea más ó menos cabal de las condiciones del foco, con respecto al tiempo que demorará su cicatrización y al tratamiento que debemos instituir para alcanzarla.

En efecto, si las paredes del absceso son lisas ó ligeramente mameonadas, la curación no se dejará esperar mucho y necesitaremos sólo lavados antisépticos. Si, por el contrario, son anfractuosas, erizadas de tejido conjuntivo que flota en su interior, serán indicios de cicatrización lenta y exigirá inyecciones modificadoras, que corroan cuanto antes estos detritus, que el proceso supurativo, por sí solo, tardaría mucho en eliminar.

\*  
\* \*

En todo caso, haremos el aseo y la más rigurosa antisepsia de la cavidad. Esta es no sólo recomendable, sino absolutamente imprescindible, siendo como es la base fundamental para el éxito de cualquiera intervención que instituyamos.

Nos serviremos con este objeto, según el caso, de soluciones fenicadas al 2½ por ciento, boratadas al 4 por ciento, sublimadas al 1 por mil, etc., etc.

El establecimiento, desde el primer momento, de un drenaje fenestrado, doblado en asa, facilitará esta parte de la operación. Elegiremos uno de suficiente calibre para que permita salir sin ser obstruidos los coágulos ó grumos de tejido hepático necrosados.

Por este mecanismo se establece en la cavidad del absceso una doble corriente, eminentemente favorable para el aseo del foco.

La irrigación será continuada hasta que el líquido vuelva perfectamente claro.

\*  
\* \*

Terminado el lavado si *una modificación de las paredes del foco purulento* está indicada, la satisfaremos mediante inyecciones de cloruro de zinc (2 por 100 de agua), de tintura de yodo (solución Lugol), de yodoformo con escipiente glicerinado (2 por 100), etc., etc., que pueden ser abandonadas, en totalidad ó solamente en parte, en la cavidad del absceso para prolongar su acción de contacto.

Una vez alcanzado el cambio favorable de las paredes del absceso, podremos volver á los lavados antisépticos, que llegan así á bastar por sí solos.

\*  
\* \*

Con la seguridad de haber alcanzado una limpieza suficiente de la cavidad, podemos proceder á la *curación*, que cada cirujano hace según sus mejores convicciones sobre la materia, por lo que nos limitaremos á exponer la que nos parece mejor, y á cuya virtud se han alcanzado los éxitos contenidos en nuestra estadística.

El drenaje de la cavidad nos detendrá por breves instantes.

Para satisfacerlo, podremos servirnos de los mismos tubos que hemos usado para facilitar el lavado, colocados en número igual al de las prolongaciones que presenta el absceso. Este constituye el proceder más general y el único que hemos visto emplear.

Nos atrevemos, siguiendo la práctica de Manson, á proponer una innovación en el antiguo sistema para el vaciamiento consecutivo de los abscesos hepáticos seguido hasta hoy. *Los sifones*, cuyo uso se generaliza más y más como medio de drenaje, de las grandes cavidades en especial, reemplazarían ventajosamente á los tubos de Chassaignac en los casos de abscesos del hígado (1). El fácil, seguro y completo derrame del pus que se alcanza de este modo y que es llevado, á medida que se produce, á gran distancia de su foco de origen, á un medio antiséptico que se encarga de neutralizarlo, son méritos suficientes para acreditar *á priori* este método de drenaje como el más ventajoso, debiendo por lo tanto sustituirse á todos los otros conocidos hasta hoy.

Mediante esta práctica se evita que el pus invada la curación y nos permite así no renovarla sino cada ocho días, á menos que un accidente de obstrucción de los sifones, que exige el restablecimiento inmediato de su permeabilidad, ó una alza intempestiva de la temperatura, venga á indicarnos investigar su origen en el estado del foco, y habremos de levantar la curación antes del tiempo fijado

Este procedimiento de drenaje permite, al mismo tiempo, hacer inyecciones modificadoras sin quitar el apósito.

La supresión del pus en el foco es eminentemente favorable para el contacto inmediato de sus paredes, que tanto facilita su cicatrización.

Este conjunto de beneficios que nos proporcionan los sifones como medio para drenar una cavidad, y que satisfacen el ideal de una curación antiséptica, nos harán, sin vacilar, decidirnos por

---

(1) El aparato de sifones que preponemos está constituido, esencialmente, por tubos de goma ó cautchuc, en número de uno ó dos, de diferentes calibres para todos los casos, que se sumergen por uno de sus extremos en el absceso y por el otro van á perderse en una solución desinfectante, encerrada en un recipiente cualquiera. Su mecanismo de funcionamiento es el de un sifón ordinario.

ellos y aconsejar su empleo. Por nuestra parte, nos aprontamos para ensayarlos en todo caso que se nos presente en la práctica.

Los drenajes ó sifones dobles facilitan el aseo de la cavidad y tienen la ventaja de la suplencia en casos de accidentes de obstrucción, en que precaven el estancamiento del pus.

Cuando el drenaje es único, dejaremos un espacio vacío á su rededor que, al efectuar los lavados, permita la corriente de vuelta, y se evita así el ir á forzar el absceso.

Aconsejamos no dejar el apósito por más de ocho días, por cuanto en este tiempo el absceso se habrá modificado lo suficiente para que se necesite recortar el tubo, disminuir su calibre ó, al menos, cambiar su dirección, suprimiendo así todo lo que pudiera venir á obstruir la cicatrización.

Cuando durante el uso de los sifones el pus se hace muy escaso, para comodidad nuestra y del enfermo, podríamos sustituirlos por un drenaje simple y un apósito antiséptico común que reciba los productos del foco y que se renueva apenas se manche; haríamos, en suma, la curación que hasta hoy hemos visto instituir desde el primer momento.

Es importantísimo no dejarse dominar por el enfermo, accediendo á sus deseos para que se le desembarace del drenaje, lo que si se hace antes de tiempo nos expondría á gravísimos accidentes. Será mantenido en su lugar en tanto que el pus se derrame y hasta que la cavidad esté casi completamente colmada, de lo que nos aseguraremos por la exploración con un estilete.



Esto por lo que respecta á drenajes. Una vez colocados, se arrollará á su rededor gasa yodoformada, y si nos servimos de los tubos de Chassaigiac, se les cubre totalmente con un cuadrado de la misma tela. Con algodón fenicado, cortado en tiras, se hace un vendaje que rodee el tronco en contorno ó solamente su mitad derecha. De uno ú otro modo, el espesor de esta capa será variable con la supuración más ó menos abundante que podamos esperar, dadas las dimensiones del absceso.

Este vendaje algodónado hace las veces de absorbente y antiséptico, siendo por consiguiente doblemente útil.

Sobre el algodón se coloca gasa fenicada, en 6 ú 8 dobleces,

comprendiendo un trozo de mackintosh entre sus capas más superficiales.

El todo será fijado con vendas de gasa fenicada, arrolladas en círculo al rededor del tronco.

\*  
\* \*

Por lo que respecta al apósito, el papel del cirujano no está terminado aún y deberá renovarlo siempre y tan pronto como se aperciba que está manchado.

Con los antiguos drenajes era menester hacer este cambio, al menos cada día, en un principio; después, á medida que la supuración disminuía y la cicatrización avanzaba, las curaciones podían ser dilatadas por dos, cuatro ó más días. Con la innovación que aconsejamos, en el drenage, este término podría fijarse, desde el primer momento, en cada ocho días.

Las alzas intempestivas de temperatura ú otro desorden general cualquiera, para ésta como para toda herida, serán también motivos suficientes para indicar un cambio de curación.

Cada vez que renovemos ésta se atenderá á que el tubo, por sus dimensiones, no perturbe la cicatrización, recortándolo ó disminuyendo su calibre siempre que sea necesario.

\*  
\* \*

*El tiempo que demora en hacerse la curación es sumamente variable con cada caso particular; en los más felices estará terminada en tres á seis semanas (Observaciones núms. 17, 19 y 23).*

*Mientras la supuración exista, el pronóstico habrá de ser reservado, pues no son raros los casos en que, sin motivo apreciable y cuando todo nos presagiaba una curación más ó menos próxima, se ve sobrevenir una detención súbita en el derrame del pus y, consiguientemente, una piocemia mortal. Ésta toma origen, probablemente, en émbolos desprendidos de los trombus que obturaban las venas hepáticas.*

\*  
\* \*

Los cuidados consecutivos al acto operatorio se reducen á exigir del enfermo la más perfecta inmovilidad en decúbito dorsal,

los vómitos por bebidas ligeramente gaseosas, etéreas, jarabe de opio, etc., etc., y por el uso de absorbentes, astringentes y narcóticos, pondríamos término á las flucciones intestinales ó diarreas.

En cuanto á la fiebre, no obedece, absolutamente, ó se alcanza sólo una remisión pasajera mediante el frío (abluciones ó baños), la digital, los medicamentos quínicos, los salicilicos, etc.; es, por el contrario, inmediata y eficazmente combatida, repitiendo la antisepsia del foco en el que tiene generalmente su origen.

\*  
\* \*

Una vez que la supuración ha disminuído bastante y que, por consiguiente, mancha menos el apósito, podrá permitirse al enfermo abandonar su lecho, sin inconveniente alguno y, muy por el contrario, se facilita así el término de la curación.

Establecida la convalecencia, aconsejaremos al enfermo el abandono de la localidad en que contrajo la afección, para los efectos de precever una *recidiva*.

\*  
\* \*

*Entre los inconvenientes con que se objeta este procedimiento operatorio*, talvez los únicos dignos de ser anotados serian las *fistulas*. Estas pueden, en efecto, quedar persistentes en el sitio de la incisión, muy largo tiempo, y aún por toda la vida, sin que por esto molesten grandemente al enfermo.

Para alcanzar su curación, más que al tratamiento local (inyecciones modificadoras), se recurrirá al general y administraremos, con este objeto, sulfurosos y tónicos, auxiliados con la hidrote-rapia.

En cuanto á las *hemorragias* considerables que produciría el tejido hepático incindido, dada su activísima circulación, son raras veces alarmantes. Su origen es, principalmente, venoso, por lo que se detienen por sí solas ó mediante la compresión mecánica del drenaje, una vez que el absceso se vacia totalmente; si los medios mecánicos y naturales quedan infructuosos, recurriremos á las inyecciones frías ó percloruradas, que seguramente darían cuenta de ellas. No nos ha sido dado observarlas ninguna vez.

Por lo que respecta á la caída de pus en el peritoneo, que estrictamente sería sin peligros, siempre que se proceda con todas las

rior con los dos tercios superiores del absceso. Esta incisión debe ser dilatada con los separadores, para que pueda inspeccionarse fácilmente toda la cavidad del absceso. Si éste tiene su asiento en el lóbulo izquierdo, la simple incisión de las partes blandas es suficiente para ver todo lo que importa conocer; pero si el absceso está situado en el lóbulo derecho (convexidad), se procederá á la resección de una ó dos costillas, en la extensión de 5 á 7 centímetros, siempre con el termo-canterio; el periostio se desprende con un instrumento obtuso y el hueso se corta con la pinza de Liston. Se evitará, en cuanto sea posible, herir la arteria intercostal; pero si este accidente tiene lugar, basta quitar la costilla y abrir el absceso para ver detenerse la hemorragia. La abertura del absceso se hace á lo largo de la costilla reseçada, y, si es posible, sobre toda la longitud de él; en caso de necesidad, se ensanchará la abertura por dos incisiones perpendiculares á la practicada sobre las partes blandas.

El absceso, abierto de esta manera, introduce inmediatamente en su cavidad dos fuertes separadores, los que se confían á un ayudante, que debe, durante todo el tiempo de la operación, mantener las paredes del absceso contra las del peritoneo, á fin de impedir que el pus y el agua del lavado penetren en éste ó en la cavidad de la pleura.

*Tercer tiempo.—Limpieza del absceso.*—Estando los separadores colocados y mantenidos por el ayudante, procede á la limpieza del absceso; desde luego hace pasar una fuerte corriente de agua destilada tibia; esta irrigación la continúa hasta que el agua salga clara y transparente; de tiempo, en tiempo, desprende con el dedo ó una esponja los coágulos de pus que adhieren á las paredes, así como todas las porciones de tejido hepático esfacelado. No cesa en esta limpieza sino después de haberse asegurado, de visu, que la superficie del absceso está literalmente limpia; retira entonces los separadores, introduce dos gruesos tubos de drenaje y aplica en seguida la curación.

Á las veinticuatro horas renueva el apósito, haciendo las mismas irrigaciones que el día anterior.

Ordinariamente, es por decirlo así la regla, la fiebre cae desde el primer día de la operación. Cuando reaparece ó el pus es muy abundante, hace dos veces por día irrigaciones de agua destilada. Si á pesar de estas precauciones la fiebre persiste, se puede estar

cierto de que existen todavía otros abscesos; en este caso el pronóstico es fatal.

Entre nosotros, el Dr. Manuel José Barrenechea, en su servicio de cirugía del Hospital de San Juan de Dios, ha practicado últimamente varias operaciones semejantes á las de Zancarol y más radicales ó atrevidas sin duda (observaciones núms. 28, 29, 30, 31 y 32).

Dos de ellas se refieren á abscesos del lóbulo derecho, de 2,000 gramos de capacidad el primero (observación núm. 31), y de 800 el segundo (observación núm. 29). El pus del primer absceso era de mala naturaleza y contenía gran cantidad de deiritis de tejido hepático en suspensión. Ambos abscesos adherían á la pared abdominal y eran casi superficiales.

Los incindió en extensión de 8 á 10 centímetros, á un través de dedo por debajo del reborde costal. Procedió á explorarlos ampliamente con la mano que introdujo casi íntegra en la cavidad, y hasta dominarlos con la vista en casi toda su superficie.

Extrajo de las paredes del absceso cuanto le fué posible con los dedos, hizo en seguida el raspaje de ellas con la cucharilla de Volkmann, hasta dar en tejidos al parecer sanos.

Cauterizó al punto las paredes con una esponja empapada en cloruro de zinc al 10 por ciento, rellenó la cavidad con gasa fenicada y colocó una curación Lister.

Todo bajo la más estricta antisepsia.

En ambos casos, la mejoría de los síntomas generales fué inmediata y la cicatrización avanzó rápidamente, hasta completarse, en el último de los enfermos.

Por haber abandonado prematuramente el servicio, no fué posible ver el término de la curación del otro operado; pero todo anticipaba que ella se realizaría por completo en muy pocos días después.

El Dr. Barrenechea justifica su procedimiento con las razones siguientes:

1.<sup>a</sup> Se alcanza así una abertura suficientemente ancha que facilita la exploración minuciosa de la cavidad y el manejo de los instrumentos durante el momento operatorio; y

2.<sup>o</sup> Se aleja hasta el más remoto peligro de que la herida exte-

rior pueda cerrarse antes que se haya suprimido en absoluto la supuración del foco hepático.

En pró de la necesidad de la ablación total, agrega: «para darse cuenta de la necesidad imprescindible que se presenta en estos casos de practicar el raspado de la cavidad formada por el absceso, basta sólo recordar que en estos abscesos se encuentra, constantemente, una gruesa capa de supuración espesa y glutinosa, que adhiere íntimamente á las paredes, de manera que bajo esa capa protectora continúa siempre su marcha la inflamación supurativa, que corroe el parénquima hepático y que va formando verdaderos detritus de sustancia hepática. El único medio, pues, de evitar la continuación del proceso que se observa muy frecuentemente después de abrir al exterior un absceso hepático, es destruir con la cucharilla y los cáusticos esa especie de trinchera en que se ocultan, crecen y multiplican siempre los microbios de la supuración. Colocado en estas condiciones, el tejido del hígado se regenera con facilidad, y la cicatrización de una gran cavidad se hace con suma rapidez». (Absceso hepático curado con resección costal, abertura y raspado con la cucharilla. Progreso Médico chileno, julio de 1890).

Llamamos especialmente la atención á estas intervenciones que, si á primera vista pudiéramos calificar de atrevidas ó desautorizadas, un examen más detenido y los progresos de la antisepsia, que legitima toda operación basada en ella, nos hará considerarlas como procedimientos francos, racionales y perfectamente claros para alcanzar la curación de los abscesos del hígado (observación núm. 28).

\* \* \*

*La intervención quirúrgica en casos de abscesos abiertos espontáneamente en un órgano vecino, no podría ser discutida hoy sino para aquellos casos en que la ruptura tiene lugar en el pulmón, la pleura ó el intestino, únicos compatibles con la vida.*

Algunos autores creen aventurado poder llegar á reconocer el asiento de un absceso hepático aplanado ya, por haberse vaciado espontáneamente, por lo que se abstienen de toda cirugía y se limitan á sostener las fuerzas del enfermo ó á establecer una medicación sintomática, confiando en la curación natural.

Esto es irracional y por consiguiente no debemos imitarlo.

Jamás nos contentaremos con una abertura tan anómala que hace foco de pus á órganos tan importantes como el pulmón, ni dejaremos tampoco producirse una infección séptica y hasta la gangrena del foco, á que queda expuesto el enfermo en los casos en que el absceso hace irrupción en el intestino, sin que podamos remediarlo absolutamente.

En estos casos, y sin pérdida de tiempo, debemos proceder á *investigar el sitio de la colección purulenta*, auxiliándonos para ello del importante concurso que nos suministran las punciones.

Reconocido el absceso, no queda sino abrirlo anchamente á bisturí, según el método que dejamos descrito (observaciones núms. 1, 3, 4, 5, 6, 14, 16, 26 y 42).

Así hacemos curación directa é inmediata, al mismo tiempo que llegamos á obtener la oclusión de la abertura por que hizo irrupción el absceso.

Si la ruptura se ha hecho en la pleura, nos apresuraremos á practicar el empiema, sin dar tiempo para que el pulmón se corra al contacto del pus y venga este á vaciarse por expectoración.

Las cavernas que se forman en el parénquima pulmonar cuando el absceso se abre en él, reclaman el mismo tratamiento que las de origen tuberculoso (inhalizaciones y preparados antisépticos al interior, pneumotomía, etc).

La abertura del absceso en el intestino es una indicación seria para la antisepsia de esta cavidad, la que alcanzaremos por medio del calomelano, naftalina, etc., que se hacen ingerir á dosis refractarias.

## IV

## CONCLUSIONES

I. Siempre que sospechemos la presencia de un absceso del hígado, debemos investigarlo por medio de punciones perfectamente antisépticas, condición indispensable para que sean inofensivas.

II. Las punciones exploradoras no requieren, para ser efectuadas, que exista adherencias, sino, por el contrario, constituyen un buen medio para provocarlas, de que diariamente hacemos uso.

III. Constituyen además un magnífico agente para el diagnóstico, y el único que puede asegurarnos la existencia de un absceso. Nos permiten asimismo avanzar ideas sobre el pronóstico y decidir el tratamiento definitivo desde el primer momento.

IV. Las punciones aspiradores son por sí solas un poderosísimo medio para alcanzar la curación de un absceso del hígado; pero para esto será indispensable extraer en la operación el máximo de pus que sea posible. Todo tratamiento quirúrgico se iniciará por ellas, salvo que no existan esperanzas de alcanzar una curación, ó bien que el estado general del enfermo sea muy alarmante.

V. Para efectuar la operación, recomendamos los aparatos de Potain ó de Dieulafoy, cuyas cánulas evitan el peligro de que el aire penetre en la cavidad del absceso.

VI. La incisión antiséptica, siempre que fracasen las punciones, con bisturí grande y recto, será el método preferente que debemos

usar para abrir un absceso del hígalo, y el que con más frecuencia emplearemos en su tratamiento.

VII. Cuando no se conozca el sitio exacto de un absceso, se hará preceder la incisión de una punción exploradora que nos lo manifieste claramente.

VIII. Se pretende también hoy prescindir de las adherencias en la abertura franca del absceso, no dándoles influencia alguna en el éxito de la operación, que ni siquiera sería más peligrosa por su ausencia. Se las pospone á la urgencia de abrir cuanto antes el absceso, siempre que esta intervención esté indicada.

IX. La incisión, como las punciones, serán practicadas en los abscesos de la cara convexa del lóbulo derecho, en un espacio intercostal ( 8.º ó 9.º); pero si fueren de la cara cóncava, á un través de dedo por debajo del borde costal: en ambos casos, entre las líneas axilar posterior y mamaria. Si el absceso asienta en el lóbulo izquierdo, será abierto á dos centímetros por debajo del borde y sobre la línea para-external.

X. El largo de la incisión variará, según el caso, entre tres y 12 centímetros. Cuando se opere en los espacios intercostales, no se reparará, en caso necesario, para reseca una ó más costillas en extensión suficiente.

XI. Las inyecciones modificadoras ó de aseo, contribuyen favorablemente al éxito de las punciones, y son condición indispensable para los casos de abertura franca. En el primer caso, jamás deben exeder en cantidad á la del pus extraído.

XII. Como inyecciones modificadoras proponemos la de Lugol (tintura de yodo yodurada), y la de cloruro de zinc al 2 por ciento.

XIII. Para el aseo de los focos preferimos las soluciones fenicadas al 2½ por ciento (solución debil), y las de ácido bórico al 3 ó 4 por ciento.

XIV. Recomendamos los procedimientos que tienen por base la ancha abertura y la limpieza minuciosa de la cavidad de los abscesos, haciendo, si es necesario, el raspaje.

XV. Cualquiera que sea la intervención que se instituya, deberá conducirse la operación con rigurosa antisepsia, incluso el lavado cuidadoso del foco y su perfecto drenaje.

XVI. Para drenar los abscesos, sustituiremos con ventaja los tubos de Chassaignac por los sifones de Manson, que permiten espaciar las curaciones cada ocho días y modificar la cavidad (inyecciones), sin levantar el apósito.

XVI. Los abscesos abiertos espontáneamente en la pleura, pulmón, intestino, etc., serán tratados como cualquiera otro, y con más urgencia, por la abertura antiséptica, procediendo para su reconocimiento á una investigación minuciosa que, si es necesario, será efectuada bajo el sueño clorofórmico.

## V

## OBSERVACIONES CLÍNICAS

## A

Abscesos del hígado abiertos á bisturi

OBSERVACIÓN I.<sup>a</sup>

José Díaz, de 29 años, soltero, mecánico, entró al hospital de San Vicente de Paul el 10 de enero del corriente año, y ocupó el núm. 2 de la sala de Dolores, servicio del Dr. Barros Borgoño.

Sus antecedentes hereditarios son desconocidos.

De hábitos alcohólicos, tuvo una disenteria hace 20 años; ha gozado, por lo demás, de buena salud.

Hace tres meses, á continuación de un gran esfuerzo inherente á su oficio, le principiaron dolores vagos en el hipocondrio y hombro derechos; conjuntamente experimentó calor y sudores por las tardes.

El 18 de diciembre principió á formársele una tumefacción blanda en el 7.º espacio intercostal, un poco por atrás de la línea mamilar, la que ha aumentado de volumen hasta presentarse el día del examen del tamaño de una gran cabeza de feto.

Por los datos muy confusos que suministra el enfermo, parece que éste absceso se ha abierto sucesivamente en el intestino y luego después de cerrada esta comunicación, en los bronquios, lo que parece más posible.

Se procedió en el acto á hacer una punción *aspiradora* con el aparato de Potain, que dió salida á más de 500 gramos de pus, francamente hepático.

La tumefacción se reprodujo muy pronto y como el estado general del enfermo fuese poco satisfactorio, se resolvió abrir el abs-

ceso á bisturí y establecer un derrame constante del pus mediante el drenaje.

Enero 13.—Se hizo la incisión antiséptica en el 7.<sup>o</sup> espacio intercostal, en extensión de 2½ centímetros, y se obtuvo 1,500 gramos de pus espeso, grumoso, con concreciones negras, indudablemente fecaloideas. Un grueso drenaje, el lavado de la cavidad con solución de ácido fénico al 2½ por ciento y una curación Lister pusieron, por el momento, término á la intervención.

Enero 17.—La supuración ha disminuído considerablemente. El vendaje se renueva sólo cada dos días.

Enero 27.—Se inyectó 30 gramos de tintura de yodo pura.

Enero 29.—El tubo ha sido rechazado por la cicatrización; se recortó dejando sólo 3 centímetros, previo el convencimiento que se adquirió, explorando con un estilete, de que la cavidad estaba realmente llena de granulaciones.

Enero 30.—El tubo ha sido totalmente expulsado fuera del foco. La exploración atenta con estilete y sonda acanalada manifestó la desaparición de toda cavidad; se suprimió el drenaje y colocó en su lugar gasa yodoformada.

Febrero 15.—La supuración, aunque en pequeña cantidad, persiste sin alteración.

Marzo 11.—La cutícula epitelial se ha completado. Se suspendió el apósito y se protejió la cicatriz con colodión yodoformado. En seguida se le concedió su alta, 43 días después de la operación.

El enfermo había, entre tanto, engordado considerablemente.

#### OBSERVACIÓN 2.<sup>a</sup>

Juan Peña, de 42 años, agricultor, casado, de Curicó, entró á San Vicente el 16 de enero del presente año y ocupó el núm. 14, sala de San Emeterio, servicio clínico del Dr. Barros.

De hábitos alcohólicos inveterados, hace ocho meses sufre dolores al hígado, acompañados de calofríos, fiebre, inapetencia, etc.

El 7 de junio último, después de un grande exceso de bebidas con exposición al frío, notó, al nivel del reborde costal el principio de una tumefacción, que se ha acrecentado gradualmente desde ese día hasta presentarse en el momento del examen como un enorme

tumor doloroso á la presión y esfuerzos del enfermo, fluctuante en varios puntos, que se extiende desde el 7.º espacio intercostal hasta por debajo del reborde. La cutis que lo cubre está rubicunda en casi toda su superficie.

Se hizo una punción en el 9.º espacio intercostal, un poco por detrás de la línea axilar posterior, con el aspirador de Potain, que dió salida á 450 gramos de pus francamente hepático. Como esta cantidad no guardara relación con el enorme tumor que disminuyó muy poco su volumen, de un solo golpe y en el mismo sitio se introdujo atrevida y profundamente el bisturi é incindió en extensión de  $1\frac{1}{2}$  centímetros. Se extrajo 1,500 gramos de pus espeso y grumoso, que se vació rápidamente.

Se colocó un grueso drenaje, que penetró 12 centímetros, é hizo el lavado de la cavidad con solución fenicada al  $2\frac{1}{2}$  por ciento.

El estado general del enfermo mejoró considerablemente desde el día siguiente.

Enero 27.—La supuración es bastante abundante y las curaciones se cambian diariamente desde el día de la operación; se lavó la cavidad con solución fenicada é inyectó 40 gramos de tintura de yodo.

Febrero 5.—La supuración ha disminuído en cantidad. Las curaciones son espaciadas por 4 ó 6 días.

Marzo 5.—El estado general como el local mejoran notablemente. El tubo, que en las últimas curaciones ha sido reducido bastante en su calibre y longitud, se suprimió en absoluto.

Marzo 26.—La cicatrización epitelial es completa.

Fué dado de alta completamente sano y aparentando perfecta salud, setenta días después del momento operatorio.

### OBSERVACIÓN 3.ª

Francisco Díaz, de 40 años, minero, entró á San Vicente el 2 de febrero del 90 y ocupó el núm. 2 de la sala de San Emeterio.

De antecedentes alcohólicos y disentéricos, en los primeros días de agosto último principió á sentirse enfermo del hígado, formándosele poco después un absceso que fué puncionado en el servicio del Dr. Valderrama, dos veces, extrayéndose, aproximadamente, 1,800 gramos de pus de mal carácter.

Entrado al servicio del profesor Barros, su estado general es bastante alarmante y una gran tumefacción ocupa el hipocondrio derecho.

Se pretendió abrir en el acto el absceso introduciendo para el efecto el bisturí de golpe por una de las cicatrices de las antiguas punciones.

Habiéndose fracasado en esta tentativa, se insistió al día siguiente, bajo la anestesia clorofórmica. Después de varias punciones exploradoras, la cuarta dió en el absceso, que fué abierto, auxiliándose de la cánula como conductora, en extensión de tres centímetros y se colocó un grueso drenaje que dió salida, termino medio, á un litro de pus.

Febrero 12.—El estado general del enfermo es bastante grave, la supuración no disminuye absolutamente, y pasa día á día la curación. Se inyectó 40 gramos de tintura de yodo.

El enfermo agravó considerablemente hasta que dejó de existir el 20 de marzo.

*Autopsia.*—Gran absceso de la cara convexa y borde posterior del hígado, comunicando con el pulmón, donde se había formado una cavidad análoga.

#### OBSERVACIÓN 4.ª

Marcelino Olivares, de 28 años, gañán, de antecedentes hereditarios tuberculosos y de hábitos alcohólicos inveterados, el 20 de octubre de 1889 ocupó la cama núm. 10 de San Emeterio, servicio del Dr. Barros Borgoño.

Presenta un absceso hepático abierto hace dos meses espontáneamente en el intestino; la comunicación se obstruyó por completo poco después y el tumor se ha reproducido.

Octubre 22.—Se hizo una punción con el aparato de Potain en el 8.º espacio intercostal. Salen 1,000 gramos de pus ligeramente coloreado por sangre.

Octubre 29.—Nueva punción, y se extrajo 1,600 gramos de pus semejante al anterior.

Noviembre 6.—Como no mejoraran absolutamente los síntomas generales ni locales, se incindió en extensión de cinco centímetros; se estableció un drenaje permanente y una estricta curación antiséptica.

Noviembre 22.—Se inyectó 30 gramos de tintura de yodo en la cavidad del absceso.

Diciembre 6.—Una nueva inyección fué necesaria, usando esta vez la solución yodoformada de Bourgeois.

Enero 24.—Nueva inyección de 30 gramos de la solución Lugol.

Febrero 20.—La mejoría, hecha franca desde la última inyección modificadora, ha avanzado rápidamente.

Marzo 3.—Ha continuado bien. El tubo, disminuido más y más en su calibre los días anteriores, se suprimió por completo, siendo ya innecesario.

Queda solo un pequeño trayecto fistuloso que deja salir una corta cantidad de pus.

El 10 de marzo fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 5.<sup>a</sup>

Juan Cabello, de 28 años, hortelano, el 8 de julio de 1888 ocupó la cama núm. 7 del Carmen, servicio del Dr. Barros Borgoño.

Se diagnosticó un absceso en el lóbulo derecho del hígado, que fué puncionado el 17 de julio y se extrajo 200 gramos, solamente, de pus concreto.

Julio 20.—Habiéndose abierto el absceso en la pleura, se procedió á practicar el empiema, al nivel de la sesta costilla, obteniendo 2,500 gramos de pus rogizo y sanioso. Se colocó un drenaje y curó antisépticamente.

Después de muchas intercadencias la mejoría se estableció de un modo definitivo.

Fué dado de alta, completamente restablecido, el 27 de febrero.

---

#### OBSERVACIÓN 6.<sup>a</sup>

Juan Manuel Calderón, de 30 años, pintor, de hábitos alcohólicos arraigados, el 18 de noviembre de 1887 ocupó el núm. 11 de San José (Hospital de San Juan de Dios), servicio del Dr. Barros Borgoño.

Presenta todo el síndrome clínico y los signos físicos de un absceso del lóbulo derecho del hígado.

Noviembre 20.—Se hizo una punción con el aspirador de Potain y se extrajo 2,200 gramos de pus, color de café con leche.

Noviembre 28.—Nueva punción que da salida á 800 gramos de pus, del mismo carácter que el anterior.

Diciembre 7.—La mejoría es bastante apreciable y al parecer el pus no va á reproducirse más.

Accediendo á sus instancias, fué dado de alta.

Transcurrido un mes volvió al servicio, por habersele renovado al absceso.

Enero 10.—Punción: 750 gramos de pus.

Febrero 20.—Los síntomas se han reproducido y el absceso se ha abierto espontáneamente en la pleura. Punción: 1,200 gramos de pus.

Marzo 2.—Como los síntomas alarmantes continuaran, se practicó una cuarta aspiración que dió salida á 1,650 gramos de pus, espeso y cremoso.

Marzo 10.—Una nueva punción es indispensable; se efectuó en el 6.º espacio intercostal: 370 gramos de pus.

Marzo 22.—Sexta aspiración: 1,100 gramos de pus.

Abril 5.—Nueva punción en el 8.º espacio intercostal: 1,280 gramos de líquido sero-purulento.

Abril 7.—Se practicó una octava punción, que dió 500 gramos del mismo líquido, cargado de grumos fibrinosos.

Abril 23.—Novena y última punción: 1,600 gramos de pus, bastante consistente.

Abril 28.—Como los síntomas generales mejorasen poco ó nada se procedió á efectuar *la pleurotomía antiséptica*, en el 6.º espacio intercostal.

Desde el siguiente día se estableció una mejoría franca, que se hizo completa después de cuatro meses de curación.

Septiembre 15.—Fué dado de alta completamente sano.

Durante el curso del tratamiento, que se prolongó por 8 meses, este enfermo sufrió 9 punciones y una pleurotomía.

---

#### OBSERVACIÓN 7.<sup>a</sup>

Juan Manuel Espina, de 28 años, gañán, de antecedentes here-

ditarios satisfactorios y personales reumáticos, el 17 de junio de 1885 entró á ocupar el núm. 6 del Carmen, servicio del Dr. Manuel Barros B.

Con los síntomas de un absceso hepático, el examen manifestó una tumefacción que ocupaba todo el hipocondrio derecho, del tamaño de una cabeza de feto.

En vista del estado alarmante del enfermo se practicó en el acto una incisión antiséptica de 8 centímetros de extensión, que dejó salir 3,100 gramos de pus.

La exploración de la cavidad con el dedo manifestó que tenía tres prolongaciones, la primera hacia el lóbulo izquierdo, de 10 centímetros, una segunda hacia atrás de 15 centímetros, y finalmente una tercera de 5 centímetros hacia la derecha.

Hecha la desinfección de la cavidad con sublimado al 1/3,000, se colocó un drenaje en cada prolongación y, por último, una curación antiséptica. Á pesar de esta intervención, el estado del enfermo fué poco ó nada modificado y se agravó hasta concluir con la vida del paciente el 14 de julio.

No se hizo la autopsia.

#### OBSERVACIÓN 8.ª

Miguel Flores, de 44 años, gañán, entró á ocupar la cama núm. 24 de San José, del hospital de San Juan de Dios, servicio clínico del Dr. Barros B., el 26 de julio de 1885.

De antecedentes disentéricos y de costumbres alcohólicas, hace un mes fué acometido de fuertes dolores al hipocondrio y poco después del cortejo sintomático de un absceso hepático

El examen manifestó una ligera eminencia del hipocondrio derecho y edema de la cutis que la cubre. La temperatura es de 39°5.

Julio 28.—Punción aspiradora con el aparato de Potain; se extrajo 500 gramos de pus sanguinolento.

Agosto 6.—Los síntomas generales, reproducidos casi inmediatamente, han tomado una gran intensidad, por lo que se procedió á *abrir el absceso antisépticamente*. Se obtuvo 600 gramos de pus y se lavó la cavidad con solución boratada al 4 por 100. Con un drenaje y un vendaje antiséptico se puso término á la operación.

Agosto 8.—Se inyectó 30 gramos de tintura de yodo en la cavidad del absceso.

Los días siguientes la cantidad de pus se hizo cada vez menor y las curaciones fueron así espaciadas cada cinco ó seis días.

Septiembre 15.—Se suprimió el drenaje.

Septiembre 27.—La herida está totalmente cicatrizada. Fué dado de alta.

Esta curación se alcanzó en el breve espacio de dos meses.

#### OBSERVACIÓN 9.<sup>a</sup>

José Maldonado, de 42 años, comerciante, el 5 de julio de 1884 ocupó el núm. 7 de San José, del hospital de San Juan de Dios, servicio del profesor Barros.

De antecedentes alcohólicos y hepáticos (congestiones), hace dos meses fué atacado de una hepatitis aguda que terminó por la formación de un absceso. Este se manifiesta al examen por una tumefacción extendida desde la cuarta costilla hasta por debajo de la línea umbilical. La cutis que la cubre está coloreada de rojo, manifestando claramente que el absceso se ha hecho subcutáneo.

En el acto, se procedió á incindirle, en extensión de 4 centímetros, por debajo del reborde costal y en dirección trasversal. Un litro de pus espeso y achocolatado hizo irrupción por la herida.

Hecho el lavado de la cavidad con ácido bórico al 3 por ciento, se colocó un grueso drenaje y, por último, una curación antiséptica.

Julio 25.—La supuración, á partir del momento operatorio, disminuyó en cantidad y mejoró su carácter; el volumen del tumor se ha reducido considerablemente y el estado general es notablemente mejor.

Octubre 18.—La mejoría se ha mantenido y acentuado, interrumpida tan sólo por ataques de diarrea, dependientes de excesos de régimen, que han sobrevenido al enfermo de vez en cuando.

Octubre 20.—Sin causa apreciable, el pus se presentó este día coloreado por sangre y de olor infecto. Se inyectó en la cavidad del absceso 50 gramos de la solución Lugol.

Diciembre 1.º.—La supuración en los días precedentes, aunque

no en cantidad considerable, ha bastado sin embargo para aniquilar visiblemente al enfermo.

Diciembre 20.—La diarrea caquética se ha presentado, acentuando más y más los síntomas adinámicos.

Enero 29.—La caquexia, que ha hecho rápidos progresos en los últimos días, acabó por arrebatarse la vida al enfermo.

*Autopsia.*—Grande absceso que comprometía los dos tercios del parénquima hepático; el resto se presentaba de aspecto lardáceo y endurecido.

---

#### OBSERVACIÓN 10.<sup>a</sup>

Viterbo Salazar, de 28 años, comerciante, el 27 de junio de 1884 entró á San Juan de Dios y ocupó el número 4 de San José, servicio del profesor Barros B.

De antecedentes hereditarios tuberculosos, personales palúdicos y de hábitos alcohólicos, hace cuatro meses siente síntomas de parte del hígado que se han acrecentado en los veinte últimos días.

*El examen* manifestó un grande aumento de la macidez hepática, que ocupa casi todo el tercio superior del abdomen; en la línea media mide 12 centímetros y 13 en la mamilar.

*Tratamiento.*—Se hizo una punción exploradora con el aparato de Potain que dió salida sólo á 30 gramos de pus, espeso y sanguinolento.

Julio 3.—Nueva punción con un trocar más grueso, sin obtener por esto mayor cantidad de pus. Se substituyó la cánula por un drenaje permanente.

Julio 4.—El estado general es mucho mejor; el hígado ha disminuído considerablemente de volumen. Se lavó el foco con solución de ácido bórico al 3 por 100.

Julio 10.—La supuración se ha reproducido como también los síntomas generales que son su consecuencia; la temperatura es de 40°.

Se desbridó el orificio de la punción en sentido trasversal, un centímetro á cada lado. Conjuntamente se hizo una contra-apertura, 8 á 10 centímetros por debajo de la anterior, que dió salida

á gran cantidad de pus, y el lavado de la cavidad con ácido bórico al 3 por 100.

Julio 17.—Los síntomas generales han mejorado considerablemente. La supuración es sin embargo muy abundante.

El pus, en gran cantidad, mancha diariamente la curación y queda retenido en parte en el foco ó no se evacua en su totalidad. El estado general es poco satisfactorio. Se desbridó nuevamente la herida.

Septiembre 9.—La supuración, siempre muy copiosa, es de olor infecto, las heridas han comenzado á ulcerarse y á tomar el aspecto pulcáceo de la podredumbre de hospital. Se las tocó con cloruro de zinc al 20 por 100.

Septiembre 12.—Á pesar de una ligera mejoría local el aniquilamiento hace rápidos progresos.

Septiembre 20.—El enfermo dejó de existir.

*Autopsia*.—Abscesos múltiples, en número de tres, que comprometían la casi totalidad del parénquima hepático.

#### OBSERVACIÓN 11.<sup>a</sup>

Ambrosio Marquez, de 29 años, gañán, entró al hospital de San Juan de Dios el 26 de marzo del 89, al núm. 20 del Carmen, servicio del Dr. Manuel Barros.

De hábitos alcohólicos y de antecedentes hepáticos (un absceso curado hace un año, después de varias punciones), desde un mes que siente los síntomas de una nueva colección purulenta, manifiesta al exterior por un grueso tumor del lóbulo derecho, que desborda el reborde costal 3 á 4 centímetros.

Marzo 28.—Punción con el aspirador Potain en el 7.º espacio intercostal, línea axilar anterior, que dió salida á 700 gramos de pus espeso, grumoso y bastante sanguinolento.

Marzo 29.—El estado general es mucho mejor.

Abril 3.—Nueva punción: 800 gramos de pus, más ó menos, del mismo carácter que el anterior.

Abril 10.—Los síntomas generales y locales se han reproducido; tercera aspiración: 480 gramos de pus.

Abril 18.—Cuarta punción: 650 gramos de pus. Se hizo un lavado boratado al 3 por ciento.

Abril 25.—Quinta aspiración: 1,200 gramos de pus.

Mayo 2.—Sexta punción: 2,000 gramos de pus. Se dejó el trocar permanente cubierto por una curación Lister, absorbente.

Mayo 10.—Se reemplazó el trocar por un tubo de drenaje, que penetró más ó menos diez centímetros, y que se introdujo agrandando ligeramente la herida.

El estado general mejoró rápidamente á partir de esta intervención, la supuración se hizo más escasa y las curaciones pudieron ser espaciadas cada dos ó tres días.

Julio 15.—Se suprimió el tubo.

Agosto 1.—Fué dado de alta, *completamente sano*, á los cuatro meses de su entrada al hospital.

Esta curación se alcanzó mediante seis punciones y un drenaje permanente, éste prolongado por durante dos meses.

---

#### OBSERVACIÓN 12.<sup>a</sup>

El 3 de julio de 1888 entró á ocupar el núm. 20 del Carmen (hospital de San Juan de Dios), Elías Orellana, de 54 años, agricultor.

De hábitos alcohólicos, desde un año siente dolores al hígado; hace seis meses sufrió la abertura de un absceso hepático de 500 gramos de capacidad, aproximadamente.

El examen manifestó un orificio situado inmediatamente por debajo y por dentro del apéndice sixfoides, que conducía á un trayecto fistuloso de origen hepático.

Se agrandó la abertura con el bisturi y se colocó una curación antiséptica, previo el lavado del foco.

Julio 27.—La cicatrización es completa.

Fué dado de alta, *completamente sano*.

La curación se hizo en 24 días.

---

#### OBSERVACIÓN 13.<sup>a</sup>

Nicolás Sanchez, de 30 años, agricultor, entró á San Juan de Dios el 18 de octubre de 1888 y ocupó el núm. 26 del Carmen, servicio clínico del Dr. Barros.

Francamente alcohólico, se siente enfermo del hígado desde cinco meses. El examen manifestó, evidentemente, un absceso del lóbulo derecho que da una fluctuación profunda, perceptible inmediatamente por bajo el rebordo costal, un poco por fuera de la línea mamilar.

Octubre 19.—Se practicó una punción aspiradora en el punto más culminante de la tumefacción, que dió salida á 850 gramos de pus francamente hepático.

Octubre 20.—Puede apreciarse una mejoría bastante notable de los síntomas generales y locales.

Octubre 24.—La tumefacción y el empastamiento se han reproducido y con ellos el pus. Se hizo una segunda aspiración de 450 gramos de líquido.

Octubre 30.—La temperatura, normal ó subnormal desde la última punción, ha ascendido rápidamente á 40°. Nueva aspiración de 180 gramos de líquido purulento.

Noviembre 10.—El pus, reproducido nuevamente, ha hecho irrupción por las cicatrices de las primeras punciones. Se procedió á efectuar la abertura franca del absceso, obteniendo un litro de pus. Hecho el lavado de la cavidad con ácido bórico, se colocó un grueso drenaje y una curación Lister.

Noviembre 11.—La convalecencia franca se inicia.

Diciembre 1.º.—La mejoría es ya bastante apreciable; la supuración es escasa; la temperatura ha vuelto á ser normal ó subnormal.

Diciembre 15.—Se permite al enfermo levantarse. Las curaciones principian á ser espaciadas cada 7 ú 8 días.

Enero 15.—Se suprimió el drenaje.

Enero 22.—Fué dado de alta con su herida perfectamente cicatrizada, tres meses después del día de su entrada.

---

#### OBSERVACIÓN 14.<sup>a</sup>

Fidel Valenzuela, de 28 años, carpintero, entró á San Juan de Dios, núm. 18 de San José, el 24 de junio de 1885.

De costumbres alcohólicas, hace dos años principió á sentir dolores al hígado y conjuntamente calofríos, fiebre vespertina, etc. Desde seis meses percibió una tumefacción al nivel del hipocondrio derecho, manifestación clara de un absceso que le fué incin-

dido antisépticamente en la sala de San Camilo, servicio del Dr. Carvalho, obteniéndose una gran cantidad de pus (dos litros según el enfermo).

Sin estar completamente sano, abandonó el servicio. Pocos días después el absceso se abrió en los bronquios, por donde continúa baciéndose hasta el momento de su entrada al servicio del profesor Barros B.

El estado general del enfermo es deplorable y la expectoración purulenta bastante abundante. La temperatura alcanza á 40°.

Pudo constatarse, además, dos trayectos fistulosos al nivel del hipocondrio, indudablemente de origen hepático.

Junio 27.—Bajo la anestesia clorofórmica, se procedió á unir las fistulas por una incisión de 10 centímetros de largo. Se raspó las paredes de los trayectos, como también una costilla careada por el contacto del pus de las fistulas. Se terminó la operación con la colocación de drenajes y una curación antiséptica.

Junio 28.—La temperatura es normal.

Julio 15.—La mejoría perfectamente acentuada hace rápidos progresos.

Agosto 1.º—La supuración es ya bastante menor y las curaciones se renuevan sólo cada tres días.

Septiembre 1.º—El estado general como el local son perfectamente satisfactorios.

Octubre 10.—La supuración, aunque en corta cantidad, permanece inalterable. Se inyectó 50 gramos de solución Lugol.

Octubre 30.—La supuración es casi nula. El enfermo ha engordado notablemente.

Noviembre 10.—Se suprimió el drenaje.

Noviembre 26.—La mejoría se ha convertido en curación completa, alcanzada después de cinco meses de tratamiento.

---

#### OBSERVACIÓN 15.<sup>a</sup>

José del C. Peñaloza, de 38 años, agricultor, el 29 de febrero de 1888 entró á ocupar el núm. 12 del Carmen (Hospital de San Juan de Dios), servicio clínico del profesor Barros B.

Bebedor de alcohol, desde diez y seis meses que sufre de un absceso que le fué abierto en Copiapó hace tres meses.

El examen manifestó una pérdida de sustancia de aspecto fistuloso, que deja fluir pus en corta cantidad.

Marzo 14.—Anestesiado el enfermo, se procedió á agrandar la incisión y á raspar las fungosidades del trayecto fistuloso con la cucharilla de Volkmann. Se terminó la intervención con un lavado boratado, la colocación de un grueso drenaje y una curación antiséptica.

Abril 20.—La supuración se prolonga aún, pero no va acompañada de síntomas generales.

Mayo 10.—El pus ha concluido por completo.

Mayo 22.—La cicatrización epitelial es completa. Sale de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 16.<sup>a</sup>

Ricardo Portus, de 34 años, empleado, entró á San Juan de Dios, Carmen núm. 14, servicio del profesor Barros B., el 31 de octubre de 1888.

Padece desde siete meses de un absceso del lóbulo derecho del hígado, que ha sido puncionado cuatro veces, obteniéndose aproximadamente medio litro de pus en cada sesión.

*El estado general* del enfermo, en el momento de su entrada, es deplorable y resiste á dejarse hacer una punción, que hubo de ser retardada. Intertanto, el absceso se abrió espontáneamente en el colon y las deposiciones dejaron percibir claramente el pus característico.

Noviembre 5.—Se practicó una punción con el más grueso trocar del aspirador Potain, obteniéndose 950 gramos de pus. El trocar fué dejado en permanencia.

Noviembre 6.—El enfermo se siente mucho mejor. El pus ha disminuido considerablemente en las deposiciones.

Noviembre 10.—Nuevamente encontramos pus y en gran cantidad en las deposiciones.

Se agrandó la herida y sustituyó la cánula por un grueso drenaje. Conjuntamente, se desinfectó la cavidad con solución de ácido bórico al 3 por 100.

Noviembre 11.—Una gran hemorragia en la cavidad del absceso vino á agravar considerablemente la situación.

Se prescribió inyecciones de ergotina Dussart de un gramo, dos al día.

Noviembre 14.—Se lavó el absceso con solución de cloruro de zinc al 2 por 100.

Noviembre 19.—El estado general del enfermo, agravado más y más, terminó con la *muerte*.

---

#### OBSERVACIÓN 17.<sup>a</sup>

Juan Nuñez, de 30 años, agricultor, entró á San Juan de Dios el 14 de abril de 1886 y ocupó el número 24 de San José, servicio clínico del profesor Barros B.

De hábitos alcohólicos, hace mes y medio comenzó á sentir fiebre vespéral, sudores nocturnos y dolores punzantes al hipocondrio derecho, que se propagaron más tarde á los dos hombros. Conjuntamente apercibió una tumefacción de la región adolorida.

El examen manifestó un tumor que comprometía todo el epigastrio y el lado interno del hipocondrio derecho, fluctuante, de cutis rogiza y adherente.

Abril 15.—Se hizo la incisión antiséptica y se extrajo 500 gramos de pus achocolatado. La exploración con el dedo manifestó una cavidad multi-locular. Se lavó con solución fenicada al 2½ por ciento y colocó drenajes, en número de tres.

Mayo 10.—Sin ningún accidente digno de ser apuntado, el estado general como el local han mejorado considerablemente hasta este momento, en que se suprimió los tubos que eran ya superfluos.

Mayo 12.—La cicatriz epitelial se ha completado.

Fué dado de alta 28 días después del de su entrada.

---

#### OBSERVACIÓN 18.<sup>a</sup>

Juan Osorio, de 55 años, frutero, entró á San Juan de Dios el 9 de abril de 1886, al núm. 8 de San José, servicio del Dr. Barros B.

Presenta una tumefacción bajo el reborde costal que comprende

el epigastrio y parte interna del hipocondrio derecho, fluctuante, etc., manifestando claramente un absceso del lóbulo izquierdo del hígado.

Se procedió á puncionarlo en el acto, obteniendo pus de gran consistencia pero en muy corta cantidad.

Abril 19.—Los síntomas se han reproducido y con mayor gravedad. Se *incidió* el tumor en el punto más culminante y se extrajo 200 gramos de pus. El examen de la cavidad con el dedo manifestó era unilocular.

Hecha la desinfección del foco con solución salicilada, se colocó tres drenajes contiguos.

Abril 23.—La mejoría, que se inició desde el momento operatorio, se ha acentuado mucho más. La temperatura es normal.

Abril 24.—Sin causa apreciable, ha sido acometido de grandes dolores abdominales y diarrea mucosa. Se le prescribió absorbentes.

Abril 25.—Murió durante la visita.

*Autopsia.*—Peritonitis, ocasionada talvez por la caída de pus á la cavidad abdominal que, por lo demás, no fué posible reconocer.

#### OBSERVACIÓN 19.<sup>a</sup>

José Abarca, de 35 años, casado, gañán, de costumbres alcohólicas, ocupó el núm. 15 de Dolores (Hospital de San Vicente de Paul), servicio del Dr. Barros Borgoño, el 7 de junio de 1890.

Siente síntomas del lado del hígado desde hace cinco meses.

El examen manifestó una hinchazón en la parte media, anterior y superior del abdomen (región hepática), que se ha formado lenta é insensiblemente hasta ser dolorosa á la presión en el momento de examen. La cutis que cubre á esta tumefacción está adelgazada, lustrosa y amarillenta; la palpación permite sentir, á través de ella, fluctuación manifiesta.

Junio 9.—Previa una punción capilar que evidenció el diagnóstico, se procedió á efectuar la abertura antiséptica, á bisturí, en extensión de cinco centímetros; se obtuvo 300 gramos de pus característico; hecho el lavado de la cavidad con solución de ácido bórico (3/100), se inyectó 180 gramos de tintura de yodo yodurada, que se mantuvo en el foco por 15 minutos. Retirada esta casi

en totalidad, se colocó un drenaje y, finalmente, una curación antiséptica.

Junio 10.—La mejoría ha sido casi inmediata, el apetito es notablemente mejor y la temperatura de 37°; la supuración, por su parte, es bastante escasa.

Los días siguientes la mejoría se acentuó más y más hasta alcanzar, sin accidente alguno digno de ser anotado, la cicatrización completa del foco en el término de cuarenta días.

Julio 20.—Fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 20.<sup>a</sup>

B. Herrera, de 40 años, gañán, entró á San Juan de Dios, el 18 de abril de 1888 y ocupó el núm. 26 de San Camilo, servicio clínico del Dr. Carvallo.

Trabajando se contusionó el hipocondrio derecho, con una barra; fué acometido á continuación de un gran dolor que se reagravó los días siguientes, acompañándose además de todos los síntomas generales de un absceso del hígado. Los síntomas objetivos confirmaron el diagnóstico que la anamnesis hacía ya suponer.

*Tratamiento.*—Con intervalo de un mes, fué puncionado dos veces; en la primera sesión se extrajo 800 gramos de pus y sólo 700 en la segunda. Como esto no fuera suficiente, se hizo una incisión en la parte más prominente del tumor, entre las costillas 9.<sup>a</sup> y 10.<sup>a</sup>, en el espacio interceptado por las líneas mamaria y axilar anterior; un litro de pus, más ó ménos, de olor fétido, hizo irrupción por la herida. Con la estricta desinfección del foco, su drenaje y una curación antiséptica, se dió por terminada la intervención.

Mayo 30.—Habiéndose presentado como complicación una flegmasía de la pared, se hizo en ella una contra-abertura y estableció un nuevo drenaje.

Desde el siguiente día, la mejoría se hizo franca; la temperatura, de 40° que era, descendió á 36°; la supuración, por su parte, escaseó considerablemente.

Junio 18.—Sin nada que observar, y en el término de dos meses, se ha alcanzado una curación completa.

Después de una observación prolongada por algunos días, sin nada que desmintiese la cura radical, fué dado de alta.

#### OBSERVACIÓN 21.<sup>a</sup>

Francisco Jorquera, de 30 años, carnicero, de hábitos alcohólicos inveterados, entró á San Juan de Dios el 14 de julio de 1884.

Hace dos años principió á sentir síntomas de parte del hígado, los que mediante un tratamiento médico bien dirigido fueron mejorados hasta permitir al enfermo recobrar sus ocupaciones.

Después de varias remisiones y exacerbaciones en los síntomas, estas lo decidieron á recurrir al hospital.

Se comprobó un gran absceso del hígado, lóbulo derecho, que descendía hasta la fosa iliaca derecha.

Julio 18.—Se hizo una primera punción aspiradora de 500 gramos de pus, achocolatado y espeso, que obstruía la cánula á cada paso; á pesar de una inyección fenicada tibia con el objeto de diluir el pus y favorecer su salida, no pudo obtenerse mayor cantidad.

Julio 22.—El alivio, que siguió casi inmediatamente á la intervención anterior, se ha prolongado hasta hoy en que los síntomas se han reproducido en parte.

Se hizo una segunda aspiración de 600 gramos y una inyección yodada (Lugol).

Julio 24.—El poco ó ningún alivio alcanzado con la última punción, hizo decidir la abertura antiséptica á bisturí. Esta se llevó á efecto, previa anestesia local, en extensión de seis centímetros, por debajo del reborde costal, entre las líneas media y mamilar; se extrajo tres litros de pus achocolatado, fétido, espeso y cargado de detritus de tejido hepático. Hecho el lavado del foco con solución fenicada al 5/100, se colocó un drenaje y finalmente una curación Lister en forma.

Julio 29.—Se inyectó yodoformo suspendido en alcohol.

Agosto 9.—El pus, en cantidad mucho menor, se ha hecho amarillento y loable.

Agosto 25.—Se permitió al enfermo abandonar el lecho.

Septiembre 26.—El tubo era ya innecesario, por lo que fué suprimido.

La curación se completó en los primeros días de octubre y, después de una observación prolongada hasta el 1.º de noviembre, fué dado de alta.

El enfermo había entre tanto engordado notablemente.

Hasta el momento de su salida conservaba aún pequeño trayecto fistuloso, de 2 á 3 centímetros de profundidad, que dejaba escapar todas las mañanas dos ó tres gotas de pus.

#### OBSERVACIÓN 22.<sup>a</sup>

Eleuterio Arce, de 35 años, bien conformado, de hábitos alcohólicos y de antecedentes hepáticos (frecuentes congestiones), hace dos meses sufrió una fuerte contusión en el hipocondrio derecho, que fué seguida muy pronto de los síntomas de una colección purulenta del parénquima hepático, más y más acentuados hasta el momento de su ingreso al hospital.

El *examen* del enfermo, practicado el 30 de julio de 1884, manifestó un tumor en la región del hígado, doloroso á la presión, redondo y fluctuante, del tamaño de una cabeza de feto, que desciende hasta tres traveses de dedo por encima de la cresta ilíaca.

Una punción aspiradora confirmó el diagnóstico de «*absceso del lóbulo derecho*» y extrajo 200 gramos de un líquido rojizo, con indicios de pus solamente. La obstrucción absoluta de la cánula obligó á suspender la operación.

Agosto 2.—Repetida la punción, dejó salir 800 gramos de pus achocolatado.

Agosto 10.—Tercera aspiración de 1,000 gramos de pus como el anterior y, en seguida, lavado de la cavidad con una solución desinfectante.

Agosto 26.—El pus se ha reproducido nuevamente. Desesperando de las punciones, se hizo la abertura antiséptica, á bisturí, un través de dedo por debajo del reborde costal, entre las líneas axilar anterior y mamilar, en extensión de 6 centímetros.

Los días precedentes se había tratado de obtener adherencias por medio de alfileres introducidos hasta en el parénquima hepático mismo.

Se obtuvo de este modo 3,000 gramos de pus, sero-sanguino-

lento al principio, más y más consistente á medida, que la operación avanzaba, hasta estar, en sus últimas porciones, constituido por verdaderos trozos de tejido hepático.

Hecha la exploración de la cavidad con el dedo y su desinfección estricta, mediante una solución fenicada al 5/100, se pasó á modificar las paredes del foco, usando con este objeto una solución de cloruro de zinc (1/100), que se dejó, en parte, en la cavidad.

Con una curación antiséptica, se terminó la intervención.

Julio 27.—La mejoría es bastante apreciable; la temperatura ha descendido á la normal.

Agosto 1.º—El pus, en cantidad menor, es francamente cremoso y loable.

Seis semanas después el hígado ha recobrado sus dimensiones normales y la herida está completamente cicatrizada.

Octubre 25.—El enfermo, plenamente curado, permaneció en observación hasta este día en que fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 23.ª

Clodomiro Soto, gañán, de 50 años, de buena constitución y de hábitos alcohólicos, el 27 de octubre de 1884 ingresó al servicio clínico del Dr. Ugarte Gutiérrez.

Hace 22 días, después de un gran exceso de bebida, sintió calofríos y puntada al hipocondrio derecho, que se exasperaba por la respiración y movimientos de todo género del enfermo.

Estos síntomas, más y más acentuados los días siguientes, decidieron al enfermo á recurrir al hospital.

Se reconoció un tumor blando, pastoso y doloroso á la presión, que ocupa el hipocondrio derecho. Estos síntomas unidos á los subjetivos, evidenciaron el diagnóstico de «absceso del lóbulo derecho del hígado».

Noviembre 2.—Punción en el 9.º espacio intercostal, entre las líneas axilar y mamaria, punto más culminante del tumor; se extrajo 150 gramos de pus cremoso, ligeramente teñido por sangre. El lavado de la cavidad y una inyección yodada en seguida fueron el complemento de la intervención.

Noviembre 6.—El pus se ha reproducido consiguientemente y

los síntomas generales; se hizo una segunda punción de 180 gramos.

Noviembre 8.—Los síntomas vuelven á presentarse y las fuerzas del enfermo decaen notablemente. Se trató de obtener adherencias para proceder en seguida á la incisión franca, sirviéndose para el objeto de la *acupuntura del hígado*.

Noviembre 18.—Por no tener la evidencia de que las adherencias, se hayan formado, y para ganar tiempo, se hizo una tercera aspiración de 200 gramos de pus, espeso y cremoso.

Noviembre 28.—Se incindió á bisturí el 8.º espacio intercostal, en extensión de 2 á 3 centímetros, y se estableció una curación Lister.

Diciembre 1.º—El pus ha desaparecido casi por completo.

Diciembre 9.—La cicatrización se ha completado, comprendida la cutis.

Diciembre 14.—Fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 24.<sup>a</sup>

El 16 de abril de 1884 entró al hospital de San Juan de Dios, Juan A. Guzmán, de 34 años, de buena constitución, minero y bebedor de cerveza.

*Anamnesis.*—Hace seis meses, después de excesos repetidos, tanto de alimentos como de bebidas, fué acometido de calofríos, diarrea y malestar general. Quince días más tarde apercibió en el hipocondrio derecho, bajo el reborde costal i por fuera de la línea mamilar, el principio de una tumefacción que se ha acrecentado gradualmente hasta el momento del examen.

Abril 18.—Siendo el diagnóstico cierto, se practicó una aspiración de 1,200 gramos de pus espeso, que obstruía la cánula, ligeramente teñido por sangre y de color café con leche. Se terminó la operación con una inyección de Lugol.

Abril 23.—El pus se ha renovado; se abrió el absceso á bisturí; se extrajo 2,000 gramos y curó antisépticamente en seguida.

La mejoría se hizo franca desde este momento y progresó con rapidez los días que le siguieron, hasta alcanzar la entera curación el 1.º de julio.

Fué dado de alta.

OBSERVACION 25.<sup>a</sup>

Miguel Flores, de 44 años, de hábitos alcohólicos, entró a San Juan de Dios el 25 de julio de 1884.

Presenta el síndrome clínico y los signos físicos claros de una hepatitis supurada.<sup>1</sup>

Julio 28.—Punción: 500 gramos de pus espeso.

Agosto 6.—El cuadro sintomático del principio se ha reproducido y con aspecto más alarmante. Se abrió anchamente á bisturí y estableció un drenaje permanente en seguida.

Agosto 31.—La supuración es insignificante. Queda por cicatrizar sólo el trayecto del tubo que, siendo ya innecesario, fué suprimido.

Septiembre 5.—La cicatrización es completa.

Septiembre 27.—Después de 22 días de observación, sin el menor accidente, fué dado de alta.

OBSERVACIÓN 26.<sup>a</sup>

Samuel Guzmán, gañán, de 26 años, entró al hospital de San Juan de Dios el 19 de mayo de 1888 y ocupó el núm. 30 de Santo Domingo.

De antecedentes personales satisfactorios, de constitución robusta y de hábitos alcohólicos, á continuación de varios de sus excesos cotidianos, fué acometido de diarrea, decaimiento de fuerzas, inaptitud para el trabajo, etc., etc.

El examen manifestó un abultamiento fluctuante y sensible del hipocondrio derecho; la macidez hepática se extiende desde el mamelón hasta la línea umbilical.

Como síntomas generales se comprobó adinamia y somnolencia, alternando con subdelirio. La temperatura es de 39°.

Siendo el diagnóstico claro y vista la premura del caso, se procedió en el acto á la abertura antiséptica, á bisturí, obteniéndose de este modo dos á tres litros de pus, espeso y grumoso, de color achocolatado ó rojizo.

Pocos días después, un nuevo foco se presentó por debajo del anterior que, como el primero, fué abierto y curado con todas las precauciones del caso.

Esta complicación vino á agravar considerablemente el estado general del enfermo; la adinamia se pronunció más y más hasta arrebatarse la vida, el día 30 de mayo.

*Autopsia.*—Abscesos múltiples, en número de cinco, en comunicación con la pleura y el peritoneo.

---

OBSERVACIÓN 27.<sup>a</sup>

X. X., de 40 años, de antecedentes disentéricos y de hábitos alcohólicos, ingresó al servicio del Dr. Barros Borgoño el 15 de junio de 1888, atacado de una hepatitis supurada.

*Tratamiento.*—El 23 de junio, primera punción con el aspirador de Potain, que dió salida á 1,200 gramos de pus, espeso y de color chocolate.

Habiéndose reproducido el pus por dos veces consecutivas, hubo de practicarse dos nuevas punciones y, como esto no fuera suficiente se colocó una cánula permanente, á cuyo pabellón se adoptó un tubo de cautchuc que iba á perderse en un recipiente con solución fenicada al 5 %. Esto previo el lavado del foco con ácido bórico disuelto en agua (3/100), é inyección de 40 gramos de la solución Lugol.

Con todo, y á pesar de haber insistido diariamente en los lavados antisépticos y modificadores, el estado general del enfermo empeoró notablemente, la temperatura oscilaba entre 38° y 39°, se presentó luego anasarca y finalmente la adinamia que terminó con el enfermo el 19 de julio.

*Autopsia.*—Abscesos múltiples, en número de seis, sólo el mayor de ellos abierto al exterior.

---

OBSERVACIÓN 28.<sup>a</sup>

José Araya, de 30 años, cantero, el 16 de abril de 1890, entró á ocupar el núm. 7 del Carmen (hospital de San Juan de Dios), servicio del Dr. M. J. Barrenechea.

*Diagnóstico.*—Absceso de la cara superior del lóbulo derecho del hígado, que una punción exploradora vino á hacer evidente,

*Tratamiento.*—Operación radical ó extirpación del foco purulento.

*Manual operatorio.*—1.º Incisión cutánea entre las líneas axilar anterior y posterior, sobre la 7.ª costilla, en extensión de 10 centímetros;

2.º Resección de 6 centímetros de costilla;

3.º Raspaje con la cucharilla de Volkmann de toda la superficie interior del absceso (paredes), hasta alcanzar el tejido indemne, en apariencia;

4.º Cauterización de las paredes con una esponja empapada en solución de cloruro de zinc al 10 por 100;

5.º Rellenamiento de la cavidad con gaza fenicada; y

6.º Vendaje absorbente y antiséptico.

Durante toda la operación se observó la más estricta antisepsia; incluso una constante irrigación de ácido fénico al 2  $\frac{1}{2}$  %.

Junio 19.—La mejoría, que se inició francamente desde la intervención operatoria, se ha consolidado día por día, hasta hacerse definitiva. La herida exterior está enteramente cicatrizada y el individuo repuesto por completo del estado de postración en que ingresó al hospital.

Fué dado de alta.

#### OBSERVACIÓN 29.ª

Juan Navarro, de 47 años, abastero, de antecedentes mórbidos hereditarios y personales satisfactorios, entró al servicio del Dr. Barrenechea (Hospital de San Juan de Dios), el 19 de septiembre de 1889.

El examen del enfermo manifestó un tumor voluminoso que descendía hasta tres centímetros por encima de la cresta iliaca derecha y que no podía ser sino un absceso del hígado, dado el cortejo sintomático que había acompañado á su formación y que persistía hasta el momento mismo del examen.

El estado general del enfermo es bastante grave.

Septiembre 24.—Punción con el aspirador de Potain; se extrajo 760 gramos de pus.

Septiembre 25.—Los síntomas generales y locales se han reproducido.

Se procedió en el acto á hacer *la operación radical del absceso*, obteniendo durante ella 800 gramos de pus.

Octubre 25.—La cavidad está casi completamente colmada y la cantidad de supuración es insignificante.

Se accedió á los ruegos del enfermo que pedía su alta.

Octubre 31.—La supuración, reproducida nuevamente, obligó al enfermo á volver al servicio.

Diciembre 21.—El pus, aunque en corta cantidad, persiste hasta hoy.

Se agrandó la herida y procedió al raspaje del pequeño foco persistente, de capacidad de 100 gramos; por último, se relleno la cavidad con gaza fenicada y cubrió el todo con una curación Lister.

La mejoría se hizo franca desde este día y la curación, aunque lenta en producirse, se completó á fines de marzo de 1890.

---

#### OBSERVACIÓN 30.<sup>a</sup>

Mannel Jesús Cáceres, de 25 años, gañán, alcohólico y de antecedentes satisfactorios, el 22 de noviembre de 1889, ingresó al servicio del Dr. Barrenechea (hospital de San Juan de Dios).

Presenta una gran tumefacción fluctuante en el hipocondrio derecho, signo evidente de un absceso del lóbulo derecho del hígado.

Los síntomas generales son muy alarmantes y la depresión de las fuerzas es suma.

Noviembre 30.—Punción aspiradora de 900 gramos de pus, seguida de una inyección de 150 gramos de la solución Lugol.

Diciembre 6.—Los síntomas se han reproducido y con caracteres comprometentes.

Se reseco la séptima costilla en extensión de 8 centímetros y, adueñados del foco hepático, se procedió á su limpieza estricta por medio del raspaje.

Diciembre 9.—Á pesar de la enérgica intervención anterior, la postración, que ha hecho rápidos progresos en los últimos días, terminó con la vida del enfermo.

---

OBSERVACIÓN 31.<sup>a</sup>

Ismael Baldovinos, de 17 años, el 12 de septiembre de 1889 entró al hospital de San Juan Dios, servicio del Dr. Barrenechea.

De antecedentes hereditarios satisfactorios, sufrió una disenteria hace 8 años. Dos meses á la fecha se contusionó ligeramente el hipocondrio derecho. Á continuación, sintió dolores de intensidad diversa y conjuntamente pudo percibir un aumento gradual en el volumen de la región del hígado.

El examen confirmó la idea de un absceso hepático, que la anamnesia hacía ya suponer.

Diciembre 20.—Previa anestesia clorofórmica, se hizo una incisión, á bisturí, un dedo por debajo del reborde costal, entre las líneas axilar anterior y mamilar, que dejó salir 2,000 gramos de pus. Se raspó y cauterizó las paredes con cloruro de zinc al 10/100.

Rellenada la cavidad con gaza fenicada, se terminó la intervención con una curación antiséptica y absorbente.

Diciembre 28.—La supuración es muy abundante. Se inyectó en la cavidad 100 gramos de la solución de Lugol.

A partir de este momento, se instaló una mejoría franca. El enfermo abandonó el servicio el mes de marzo, en estado tan satisfactorio que es de suponer la curación se haya completado en los primeros días de abril.

Este resultado tan espléndido fué, en gran parte, debido á la corta edad del enfermo, el más joven de los que consignamos entre nuestras observaciones, mediante lo que pudo dominar la gravedad de su estado.

OBSERVACIÓN 32.<sup>a</sup>

Zacarias Osorio, de 43 años, de hábitos alcohólicos, entró al Hospital de San Juan de Dios el 19 de diciembre de 1889.

El 21 de enero fué trasladado al servicio del Dr. Barrenechea para que se le operase un absceso hepático.

El 23 tuvo lugar la intervención: el foco fué abierto anchamente y se extrajo 2,500 gramos de pus de mala naturaleza, co-

loreado por sangre y cargado de gran cantidad de detritus de tejido hepático en suspensión. Se lavó la cavidad con solución de cloruro de zinc al 3 ó 4 por ciento y cauterizó, por último, las paredes con la misma solución al 10 por ciento.

Enero 22.—No ha podido conciliar el sueño durante toda la noche. Vómitos y sudores profusos han sido la causa de este insomnio. La temperatura es de 38°5.

Enero 26.—Los vómitos, hechos incoercibles, unidos á la postración más y más acentuada en los últimos días, terminaron con el enfermo.

Las fuerzas del paciente, muy decaídas en el momento de su entrada, fueron impotentes para reaccionar favorablemente, á pesar de la enérgica intervención que se instituyó.

## B

Abscesos del hígado curados por punciones

### OBSERVACIÓN 33.<sup>a</sup>

*(Curación con una sola punción de un absceso de capacidad de 200 gramos)*

Emiliano Díaz, de 37 años, agricultor, entró el 9 de noviembre del año próximo pasado al servicio del profesor Barros B. y ocupó el número 19 de Dolores, en el hospital de San Vicente de Paul.

De antecedentes hepáticos, á consecuencia de largos y repetidos viajes á caballo, sintió calofríos y un intenso dolor al hipocondrio derecho, que se extendía al brazo y pierna del mismo lado.

El examen manifestó un descenso bien apreciable del hígado por debajo del reborde costal, con abombamiento de toda la región correspondiente.

Una punción con el aparato de Dieulafoy dió salida á 200 gramos de pus, bien consistente. Se inyectó 60 gramos de tintura de yodo en el foco del absceso.

Noviembre 10.—El estado general ha mejorado visiblemente;

el dolor al hígado está bastante aminorado, la temperatura ha descendido de 38°5 á 37°5.

Noviembre 14.—El estado general como el local mejoran considerablemente; el dolor ha desaparecido por completo.

La temperatura no volvió á ascender más y la tumefacción del hígado tampoco á reproducirse.

Noviembre 25.—Fué dado de alta, al parecer completamente sano.

---

#### OBSERVACIÓN 34.<sup>a</sup>

*(Absceso de capacidad de 2,050 gramos curado con dos punciones)*

Crispín Díaz, de 34 años, comerciante, de hábitos alcohólicos y de antecedentes hereditarios desconocidos, personales disentéricos, el 31 de abril de 1888 entró á San Juan de Dios y ocupó la cama núm. 6 del Carmen, servicio del profesor Barros B.

*Diagnóstico.*—Absceso del lóbulo derecho del hígado.

Mayo 4.—Se hizo una punción aspiradora con el aparato de Potain, en el 8.º espacio intercostal, que dió salida á 2,050 gramos de pus, color chocolate. El hígado recobró casi inmediatamente sus límites normales y el enfermo acusó un gran alivio.

Mayo 16.—Nueva punción con el mismo aspirador, á inmediaciones de la anterior; se extrajo 1,500 gramos de pus de mejor aspecto que el anterior y se inyectó 25 gramos de la solución de Lugol.

Mayo 26.—El enfermo ha continuado bien. Nada hace temer la reproducción del pus.

Accediendo á sus instancias fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 35.<sup>a</sup>

*(Absceso de 750 gramos de capacidad curado con una sola punción)*

José Plaza, de 60 años, agricultor, de hábitos alcohólicos, ocupó la cama núm. 20, de la sala de San José, servicio del profesor Barros B., el 7 de septiembre del 87.

Se diagnosticó un absceso hepático, lóbulo derecho, manifiesto al exterior por un tumor de 10 centímetros de ancho por 15 de altura, situado por debajo de las falsas costillas.

*Tratamiento.*—Punción con el aparato de Potain y se extraen 750 gramos de pus de color achocolatado. El enfermo se siente muy bien después de la operación.

Septiembre 20.—Persiste sólo un ligero aumento del volumen del hígado.

Salió de alta aparentemente sano.

---

OBSERVACIÓN 36.\*

*(Curación con una sola punción de un absceso de 3,250 gramos de capacidad)*

Santiago Leigton, de 20 años, regador, el 16 de agosto de 1884 ocupó la cama núm. 25 del Carmen, del Hospital de San Juan de Dios, servicio del profesor Barros B.

De antecedentes hereditarios y personales satisfactorios, hace 5 años fué acometido de una congestión al hígado, que después de algunos días de duración desapareció para no volver más.

Ocho meses antes de su entrada al servicio, á continuación de un resfrío, comenzó á sentir desórdenes gástricos, seguidos de dolores fuertes en el hipocondrio derecho, los que adquirieron tal agudeza que hubo de recurrir al hospital.

Se diagnosticó un absceso hepático y fué puncionado extrayéndose 2,000 gramos de pus característico.

Durante 27 días de observación, los síntomas no se reprodujeron, por lo que fué dado de alta.

El 25 de junio, á consecuencia de un nuevo enfriamiento, reapareció el dolor al hígado, con carácter mordicante, por lo que entró nuevamente al servicio.

El examen manifestó un considerable aumento de volumen del hígado, dispnea y dolor local agudísimo, espontáneo, á la tos y más aún á la presión.

La macidez hepática sube hasta por encima de la tetilla derecha.

Siendo el diagnóstico evidente, se puncionó el absceso con el

aspirador de Potain y se extrajo 3,250 gramos de pus, amarillento y loable.

Pudo apreciarse muy luego la reaparición de los espacios intercostales borrados y la considerable disminución de la matidez.

Septiembre 1.º—La mejoría franca, iniciada desde el momento de la intervención, se ha acentuado más y más en los días transcurridos hasta la fecha; la temperatura ha sido normal y, salvo ligeras punzadas al nivel del hígado, no hay nada que notar.

Septiembre 5.—El enfermo es acometido de una erisipela de la cara, que en los días que siguieron se propagó á la cabeza y que hizo su evolución en el espacio de 15 días, sin comprometer absolutamente la marcha regresiva del absceso hepático.

Octubre 13.—Los síntomas de parte del hígado, hechos más y más encubiertos, acabaron por desaparecer en absoluto.

Octubre 23.—El enfermo quedó en observación hasta este día, y, no habiéndose presentado ningún síntoma nuevo, fué dado de alta.

#### OBSERVACIÓN 37.<sup>a</sup>

*(Curación con una punción de un absceso de capacidad de un litro)*

José Muñoz, de 70 años, albañil, de hábitos alcohólicos, entró á San Juan de Dios el 21 de enero de 1889 al núm. 27 del Carmen, servicio del profesor Barros B.

Presenta los síntomas y signos físicos de un absceso hepático que fué puncionado el 22 de enero. Se extrajo 1,000 gramos de pus característico.

Febrero 7.—El pus no se ha reproducido aún. El porte y la sensibilidad del hígado son perfectamente normales.

Fué dado de alta.

#### OBSERVACIÓN 22.<sup>a</sup>

*(Curación (?) con dos punciones de un absceso de 1,300 gramos de capacidad)*

Romualdo Narváez, de 45 años, minero, el 28 de febrero de 1887 entró á San Juan de Dios, sala del Carmen, núm. 19, servicio clínico del profesor Barros B.

De antecedentes disentéricos, no bebe jamás.

Hace cuatro meses, á continuación de un enfriamiento, principio á sentir todos los síntomas de un absceso hepático.

El examen confirmó el diagnóstico y una punción aspiradora extrajo 200 gramos de pus ligeramente teñido por sangre.

La mejoría no se hizo esperar y el 27 de febrero, día siguiente de la operación, la temperatura era de 36° 2.

Marzo 1.º—Los síntomas generales y locales se han reproducido, y más alarmantes que en un principio. Se hizo una nueva punción que dió salida á 1,300 gramos de pus.

Marzo 10.—Ningún síntoma anuncia la vuelta del pus, por lo que á instancias del enfermo, que se siente muy bien, se le concedió su alta.

---

#### OBSERVACIÓN 39.ª

*(Absceso de 1,600 gramos de capacidad curado con una punción)*

Feliciano Troncoso, de 31 años, gañán, entró á San Juan de Dios, San José, núm. 15, el 10 de marzo de 1885.

De hábitos alcohólicos, hace tres meses se sintió atacado de un dolor al hipocondrio derecho, que aumentó gradualmente hasta impedirle respirar con libertad. En enero último tuvo calofríos, fiebre, diarrea, etc.; conjuntamente notó se le abultaba el hipocondrio derecho, que se hacía á la vez muy sensible á la presión.

Como síntomas generales pudo apreciar, además, una disminución gradual de sus fuerzas; el apetito se conservaba bien, pero la digestión se hacía mal (flatulencias y gastralgias).

El examen manifestó un abombamiento y fluctuación característicos bajo el reborde costal derecho, un poco por dentro de la línea mamilar.

Se practicó al instante una punción aspiradora, extrayéndose 1,600 gramos de pus hepático.

El estado general mejoró rápidamente y el enfermo se siente tan bien que pidió su alta; como se le negara, se fugó del hospital.

Uno de los alumnos lo encontró dos meses después perfectamente bien de salud, sin que hubiera sufrido ninguna intercadencia.

---

OBSERVACIÓN 40.<sup>a</sup>

*(Curación con una punción de un absceso de 680 gramos de capacidad)*

José Varela, de 26 años, empleado, entró á San Juan de Dios, núm. 21 de San José, el 17 de diciembre de 1885.

De hábitos alcohólicos, desde hace tres meses siente dolor al hígado y hombro derecho, calofríos y fiebre.

El examen manifestó un absceso del lóbulo derecho. Fué puncionado el 18 de diciembre y se obtuvo 680 gramos de pus de color achocolatado.

Diciembre 19.—El alivio ha sido inmediato, la temperatura normal.

Enero 5.—Los síntomas locales han desaparecido casi por completo, menos el dolor que persiste, aunque ligero, unido á un pequeño aumento de volumen del hígado.

Enero 9.—Se siente muy bien y á pesar de todas las objeciones que se le hizo persistió en que se le diera de alta. Así se hizo.

OBSERVACIÓN 41.<sup>a</sup>

*(Absceso de capacidad de 430 gramos curado con una sola punción)*

José Dolores Muñoz, de 67 años, cochero, entró al núm. 4 del Carmen, hospital de San Juan de Dios, servicio clínico del Dr. Barros, el 27 de marzo de 1886.

Hace un mes sintió fiebre, dolor al hígado y luego después fué acometido de fuertes enterorragias originadas por antiguas hemorroides.

Al examen se comprobó un absceso del lóbulo derecho del hígado que fué puncionado el 1.º de abril y se extrajo 430 gramos de pus. El alivio inmediato del enfermo no se hizo esperar.

Desde este día los síntomas locales fueron disminuyendo gradualmente de intensidad hasta desaparecer por completo. El hígado conservó su tamaño normal.

El estado general es inmensamente mejor y la gordura del enfermo bastante apreciable.

Mayo 3—Después de una observación, sin accidente alguno, prolongada por mas de un mes, fué dado de alta.

---

OBSERVACIÓN 42.<sup>a</sup>

*(Absceso abierto en la pleura. Aspiración de 5 litros de pus, y muerte horas después)*

M. D., de 45 años, jornalero, entró á San Juan de Dios el 13 de octubre de 1888 á ocupar el núm. 21 de Santo Domingo. Sin antecedentes mórbidos hereditarios ni personales y de costumbres alcohólicas, á continuación de un exceso en que quedó expuesto al frío, sintió el desarrollo progresivo de todos los síntomas de una colección purulenta del hígado, que es perfectamente apreciable al examen, como igualmente un derrame purulento de la pleura derecha que coexiste con ella.

Se procedió en el acto á punccionar la pleura y se obtuvo 5 litros de pus, poco denso, achocolatado y sin grumos.

El enfermo sucumbió horas más tarde.

*Autopsia.*—Gran absceso de la cara convexa del lóbulo derecho, en ancha comunicación con la pleura.

---

OBSERVACIÓN 43.<sup>a</sup>

*(Absceso de 5 á 6 litros de capacidad. Dos punciones. Muerte)*

Tránsito Muñoz, de 25 años, gañán, entró al servicio del Dr. Ugarte Gutiérrez el 24 de octubre de 1888, al núm. 31 de Santo Domingo.

Bebedor de alcohol y de antecedentes intestinales (disenteria hace seis meses y luego después ataques repetidos de diarrea), presenta un cuadro clínico general y signos locales que no dejan

la menor duda de que se trata de un absceso hepático. La depresión de las fuerzas es considerable.

Octubre 26.—Punción del absceso bajo la más estricta antisepsia: 2,600 gramos de pus.

Noviembre 5.—Como se hubiera reproducido el pus, se hizo una segunda punción de 1,100 gramos.

Noviembre 12.—El enfermo dejó de existir.

*Autopsia.*—Absceso de capacidad de 5 á 6 litros, que compromete la casi totalidad del parénquima hepático; el resto se presenta congestionado, friable y de aspecto gangrenoso.

---

#### OBSERVACIÓN 44.<sup>a</sup>

*(Absceso de capacidad de 250 gramos curado con una punción)*

José Tomás Aranedá, de 34 años, cervecero, de costumbres alcohólicas y de temperamento linfático, nervioso, el 18 de agosto de 1884 ingresó al servicio clínico del Dr. Ugarte Gutiérrez.

Bebe por hábito seis botellas de cerveza diarias; cada vez que pasa de esta dosis siente dolores al hipocondrio derecho.

Hace un año sufrió una fuerte congestión al hígado, que cedió bajo la influencia de purgativos repetidos, persistiendo sólo una sensibilidad obtusa pero constante al nivel del hipocondrio.

Últimamente, á continuación de un gran exceso de bebida, sintió agravada su afección y hubo de recurrir al hospital.

Se comprobó un tumor en el hipocondrio derecho del tamaño de una naranja pequeña, que fué puncionado extrayéndose 250 gramos de pus, blanco, amarillento y cremoso.

El pus no se renovó después y el hígado recobró sus límites fisiológicos.

Septiembre 19.—Fué dado de alta perfectamente sano.

---

#### OBSERVACIÓN 45.<sup>a</sup>

*(Absceso de 435 gramos de capacidad curado con 3 punciones)*

Isidoro Tobar, de 60 años, de constitución débil, el 26 de mayo de 1883 entró á la clínica del Dr. Schneider.

Presenta el cuadro de una disenteria catarral, sin particularidad de ninguna especie. El 20 de mayo, conjuntamente con la desaparición de ésta, principió á sentir un dolor fijo al hipocondrio derecho, que ha ganado gradualmente en intensidad.

Mayo 27.—Á los síntomas anteriores se han agregado ahora: vómitos, calofríos y aumento de volumen del hígado hasta constituir un tumor circunscripto bajo el reborde costal, entre las líneas pasa-external y manilar, del tamaño de una naranja.

Mayo 29.—Se hizo una aspiración de 300 gramos de pus cremoso, ligeramente teñido por sangre y una inyección yodada en seguida.

Junio 2.—El tumor ha tomado las dimensiones de un cabeza de feto y deja percibir fluctuación manifiesta. Nueva aspiración de 435 gramos de pus cremoso. Se repitió la inyección yodada dejando parte de ella en la cavidad.

Junio 12.—Tercera punción de 125 gramos y nueva inyección modificadora.

Junio 28.—El pus no ha vuelta á reproducirse y el hígado ha recobrado definitivamente sus límites fisiológicos.

Fué dado de alta.

---

#### OBSERVACIÓN 46.<sup>a</sup>

*(Absceso de 1 litro de capacidad. Una punción. Irrupción espontánea en el intestino y muerte)*

N. N., de 56 años, de buena salud anterior y de hábitos alcohólicos, entró á la clínica del Dr. Ugarte G. el 18 de mayo de 1884.

Hace ocho días á continuación de un ataque de alcoholismo agudo sintió dolor al hipocondrio derecho, calofríos y malestar general, síntomas que persisten hasta hoy, más un aumento de volumen del hígado, bastante acentuado, principalmente de su lóbulo derecho.

Mayo 24.—Aspiración de 945 gramos de pus líquido, uniforme é inyección yodada en seguida.

Mayo 26.—La temperatura ha ascendido á 40° y existen, además, síntomas tifoídicos.

La persistencia de este estado hizo pensar en la abertura á bis-

turí, la que no alcanzó á llevarse á efecto por haber el absceso hecho irrupción espontáneamente en el intestino (c6lon), acarreado la muerte del enfermo el día 30 de mayo.

---

OBSERVACIÓN 47.<sup>a</sup>

*(Absceso de 3,000 gramos de capacidad, dos punciones. Muerte)*

N. N., de 39 años, zapatero, de hábitos alcoh6licos, el 11 de julio de 1883 ingres6 á la clínica del Dr. Schneider.

Presenta todos los sntomas de un absceso hepático que fué puncionado el 12 de julio, extrayéndose 2,475 gramos de pus fétido y de color ladrillo. Se hizo una inyección yodada en seguida, que se abandon6 en la cavidad en su mayor parte.

Con todo, y á pesar del tratamiento general tónico reconstituyente que se instituy6, las fuerzas del enfermo continuaron decayendo.

Se pens6 en una abertura á bisturí, á la que hubo de renunciarse visto el estado general grave del enfermo.

En su defecto, se practic6 una aspiración de 2,500 gramos de pus, muy fluido, color café con leche y una inyección yodada después.

Julio 26.—Los sntomas generales alinámicos, más y más acentuados, concluyeron con el enfermo.

*Autopsia.*—Absceso de capacidad de 3,000 gramos, el parénquima hepático constituido tan sólo por una corteza de tres centímetros de espesor.

---