

que ha sido muy especialmente tratada en México, los abscesos de hígado, desde que el célebre Dr. Jiménez inició su estudio en las Clínicas del año de 1856, y que han seguido sus huellas los Dres. Carmona y Valle y Mejía. También otra ha sido objeto de un estudio especial, la degeneración grasosa del hígado, pero de ésta ya hablamos en otro lugar.

Limitándonos por ahora á decir dos palabras sobre los trabajos hechos sobre los abscesos de hígado, comenzaremos por consignar que entre nosotros, en lugar de la complexa etiología que dan á ese padecimiento los autores europeos, solo admitimos una como predominante, en la Capital, la de la intemperancia del pulque en libaciones intempestivas hechas por personas poco acostumbradas. Según el Dr. Mejía aun habria una relacion notable entre el alcoholismo y las hepatitis, no sólo con las que se clasifican como propiamente alcohólicas sino aun con las simples.

Entre los síntomas más característicos que se le han señalado á esta enfermedad, además de los que ya asentamos en otro lugar que le daba el Dr. Jiménez (M.), el Dr. Carmona y Valle ha insistido mucho, en el caso de que se trate de los de la convexidad de la glándula, sobre un dolor que se sitúa en el hombro derecho y que se irradia algunas veces hasta el brazo; se ha llamado la atención desde la época del Sr. Jiménez, de que aquí no se observe la ictericia de que hablan todos los autores europeos, y aun el Dr. Mejía ha asentado últimamente que esta falta es tan constante que hasta se podría dudar, en un caso oscuro, de la existencia del padecimiento, si la ictericia se presentara; y, por fin, al pus se le han dado caracteres tales que seria difícil, con un ligero exámen, desconocer su naturaleza.

Hé aquí algunos de los caracteres que se le han encontrado. Entre los macroscópicos el Sr. Jiménez llamó desde hace mucho tiempo la atención sobre su color y su aspecto semejantes al del champurrado, y entre los microscópicos, desde el año de 1878 le dió el Sr. Carmona y Valle, como carácter unívoco, el de encontrársele, visto al microscopio: un número más ó ménos grande de leucocitos que ocupan todo el campo del instrumento y cuyos núcleos granulados, que se hacen aparentes por la adición de una gota de ácido acético, son tan numerosos que parecen como aglomerados; granulaciones finas que refractando fuertemente la luz toman un aspecto brillante; glóbulos rojos de sangre, pocos; uno que otro glóbulo de pus (se ven generalmente de cua-

tro á seis en el campo del microscopio); gotas de grasa de todos tamaños; cristales de leucina, y á veces bacterides. Estos caracteres que constituyen lo que el Sr. Carmona ha llamado la *emulsion gránulo-grasosa* del pus, y los que también Laboulbene entrevió alguna vez en Francia, pero á los que no dió importancia, su observación habiéndola hecho accidentalmente, son tan constantes que, según nuestro profesor, en los casos dudosos ellos solos bastarian para ser concluyente en el diagnóstico de la enfermedad.

El Dr. Vértiz (R.) ha puesto últimamente en duda las anteriores aseveraciones, pues asegura haber encontrado los caracteres ántes mencionados en antiguas colecciones purulentas que ninguna relacion podian tener con el hígado.

Quizá este punto aun merezca estudiarse.

Respecto al mecanismo de sus terminaciones, he aquí la explicación que de uno, del más complejo, cuando se abre por la pleura y por los bronquios, ha dado el Dr. Carmona. Para este profesor, para que esto pueda verificarse, se necesita indispensablemente que se inflame la hoja parietal de la pleura y que se produzca, á su consecuencia, líquido que separe las dos hojas de la serosa, porque entónces, según él, al atravesar el pus el diafragma, ya encuentra una cavidad formada en la cual derramarse, y puede así permanecer más ó ménos tiempo sin comunicar con el exterior.

Véase ahora lo que se opina en México respecto á su tratamiento.

El Dr. Carmona se ha preguntado desde luego, por qué cuando un absceso hepático se abre por los bronquios, no se descompone el pus aun cuando esté en contacto con el aire, y ha supuesto que, probablemente, al atravesar los numerosos canales sinuosos del pulmón, bañados del fluido de secreción, sufre una especie de purificación, limpiándose en ellos, como en las experiencias de Tyndall, de los gérmenes septicémicos que naturalmente contiene.

¿Cuándo se debe intervenir en ellos con la punción? El Sr. Carmona opina que cuando el absceso es pequeño y está situado profundamente, no hay necesidad de hacer ninguna operación, porque el pus se vacía fácilmente y el absceso cura sólo casi siempre; no así cuando el foco es voluminoso, pues que entónces, aun cuando se haya abierto por los bronquios, es preciso intervenir con premura. El Dr. Mejía, teniendo en cuenta la constante falta de la ictericia en esta enfermedad, cree que

cuando ésta se presente "... contraindica la puncion del hígado, aun cuando por otros signos parezca hallarse supurado..." y aun sostiene, en compañía del Sr. Vértiz (R.), que en todos los casos deben abstenerse los médicos de toda intervencion quirúrgica, aun cuando se trate de un foco vasto.

De las enfermedades de los órganos respiratorios, á las de la laringe se les ha venido dando desde tiempos atras, desde que el Dr. Iglesias (A.) contribuyó á la difusion de la laringoscopia en México, la importancia que merecen.

Una de las nuevas enfermedades de este órgano, el croup, cuya aparicion en México es todavía reciente, ha sido objeto de la atencion facultativa.

Aquí sólo dirémos dos palabras sobre la historia de su introduccion.

El croup, el Herodes de los niños, como le ha llamado felizmente un médico mexicano, nos llegó con la invasion francesa en el año de 1862, desde cuya época ha venido siendo más ó ménos frecuente entre nosotros. Enfermedad reciente tambien en Europa, no conocida todavía de los antiguos, y que acaso sólo data allá de dos siglos á esta parte, parece que ya existia tambien de antiguo en España pues que, segun el historiador médico Dr. Chinchilla, ya en 1608 escribia allí sobre ella Juan de Villareal. Lo que llama la atencion es cómo no nos fué trasportada de allá, con la sífilis, con la viruela, con el sarampion, y con tantas otras enfermedades que nos vinieron de la madre pátria, durante la larga época de la dominacion, y sí de la Francia que no la conoció sino posteriormente, hasta 1749. Aunque esto pudiera explicarse, porque siendo enfermedad que no da sino una sola vez, y propia de los niños, los españoles que venian á México ya la habian padecido; por una parte venian familias con niños, que pudieron traer el gérmen, en las remesas que venian constantemente de España; y por otra, que igual razon habria habido para que no la hubieran podido importar los franceses. Sea de esto lo que fuere, es lo cierto que la aparicion de esta nueva enfermedad en nuestra patria, corresponde al actual período de la Medicina mexicana.

Digamos algo de varias enfermedades del aparato circulatorio.

Sean las del corazon.

Los autores europeos han señalado siempre como el origen de las lesiones del corazon derecho, la propagacion de los padecimientos de

la mitad izquierda, y las creen tan raras, á consecuencia de las afecciones pulmonares, que Stokes aun ha opinado que los de esta causa casi ni se las debe tener en cuenta en la práctica, y que es imposible establecer con seguridad su diagnóstico. No ha juzgado de la misma manera en México el Dr. Carmona y Valle quien, teniendo en cuenta la estructura tan débil del corazon derecho—el espesor de sus paredes siendo tres veces menor que el del izquierdo—y sus relaciones tan directas é inmediatas con la pequeña circulacion, relaciones que lo ponen en mayor peligro de sufrir las consecuencias del aparato respiratorio, cree que, al ménos consecutivamente á las afecciones pulmonares, el corazon derecho se debe afectar tanto como el izquierdo y que, por consiguiente, sus padecimientos en lugar de ser tan raros como lo dicen los médicos de Europa, son tan frecuentes como los del corazon izquierdo, aunque siempre, es verdad, consecutivos, ya á padecimientos de este último, ya á los pulmonares.

Hé aquí la razon que da el Sr. Carmona para explicar por qué se ha negado en Europa que sean frecuentes las lesiones del corazon derecho: la falta que han tenido de datos para establecer perfectamente el diagnóstico.

Véanse ahora algunos de los que de algunos años acá viene señalando el actual profesor de Clínica interna, y son: el edema de la cara, los trazos que se obtienen con el esfigmógrafo y el carácter de algunos soplos.

El edema de la cara que viene mencionando desde el año de 1877, es, segun él, al principio de la enfermedad, un signo de gran importancia, de que no se han ocupado los autores europeos, de las lesiones del corazon derecho, y es tan constante, que aun ha sentado este principio, que: "el edema de la cara no es característico de la albuminuria, puesto que puede encontrarse con frecuencia (y aquí alude á las enfermedades de que hablamos) en otros estados patológicos," y que lo cree, en los casos de dilatacion del corazon derecho á consecuencia de enfisema pulmonar, en los de dilatacion adquirida, y especialmente en los de insuficiencia tricúspide, un signo casi patognomónico.

Los trazos dados por el esfigmógrafo, son otros de los buenos medios, no discurridos tampoco por los autores extranjeros, que propone este profesor para diagnosticar con seguridad y facilidad las lesiones del corazon derecho. Habiéndose dedicado en otro tiempo á recoger

trazos en esta clase de enfermos, y habiéndole llamado la atención la marcada influencia que en estos casos tiene la respiración sobre la circulación, empezó á tomar separadamente trazos en ambas condiciones, (sin respirar el enfermo y respirando) y entonces notó que, en efecto, durante los movimientos respiratorios, el trazo tomado en esas circunstancias no se asemeja á ninguno otro de los que dan las lesiones del corazón izquierdo, pues que la línea de ascenso, muy quebrada, sube con cierta regularidad hasta el vértice bien arredondado, con la particularidad de que á cada pulsación abandona el nivel que ántes tenía, y asciende así sucesivamente más y más, hasta salirse de la tira de papel en que se está sacando el trazo, y la línea de descenso, aunque muy parecida á la anterior, se aproxima más y más á la horizontal, y es algo más extendida. En suma, observó que haciendo el enfermo inspiraciones y expiraciones profundas, la línea de conjunto sale ampliamente ondulada; que á cada inspiración forzada, el trazo se abate, y á cada expiración, forzada también, se eleva, y que, comparando este trazo con cualquiera de los que dan las afecciones de la mitad izquierda del corazón, no presenta ninguna semejanza, en las lesiones de esta última, no sufriendo el trazo, con la respiración, perturbación alguna. Observación preciosa con que ministró este distinguido profesor un elemento útil para el diagnóstico diferencial de las lesiones del corazón derecho.¹

Y aquí será conveniente consignar la explicación que da el Sr. Carmona de la forma del trazo, y la influencia que concede, á diferencia de lo que han opinado Ludwig, Wierordt y Marey, y que parece interpretar el trazo, á la respiración sobre la circulación. Según nuestro profesor, en el momento de la inspiración, la sangre venosa de las extremidades es, por decirlo así, absorbida hácia el centro; el sistema capilar, libre en este momento, y por esa circunstancia, del obstáculo que impedía el curso de la sangre arterial, facilita á ésta su curso ordinario y en ese instante la arteria radial, como todas las demás, verificará su relajación, hará bajar la palanca del esfigmógrafo apoyada sobre ella y hasta delinearé una parte del trazo; y en el momento de la expiración, por el contrario, repleto el sistema venoso, la sangre arterial es lanzada del centro á las extremidades con mayor fuerza y la arteria radial dilatándose hace subir la palanca. Ahora, como estos dos tiempos, ins-

¹ Tesis inaugural.—Dr. Pulido.—México.—1882.

piración y expiración, se verifican alternativamente, de allí se ve claro que el trazo tiene que estar constituido por esa ondulación tan marcada y por esa irregularidad aparente que á su juicio, es precisamente la peculiar de estas lesiones.¹

Y debemos dejar asentado aquí también, que el descubrimiento de este carácter es muy reciente, pues que apenas data de un poco ántes del año de 1880.

Por fin, ántes de hablar de los soplos debemos decir aquí, que los autores europeos, al tratar en sus obras de los estrechamientos de la válvula tricúspide, como es tan rara la lesión, no han atinado á dar signos físicos precisos que sirvan para diagnosticarlos. Entre nosotros, el Sr. Carmona, fundándose en observaciones bien rectificadas, ha llegado á precisar, que un soplo que se oiga en la región precordial, en el correspondiente foco, y con máximum hácia ese lado, que sea en el segundo tiempo, ó diastólico, que se prolongue en el gran silencio, para terminar en el primer tono, y que se modifique con los movimientos respiratorios, ó, sirviéndonos mejor de sus propias palabras: "un soplo diastólico, que empieza en el segundo tiempo—sin alteración del segundo tono—, que se prolonga en el gran silencio para terminar en el primer tono, cuyo máximum de intensidad no se limita á la región de la punta, sino que se oye igualmente en toda la superficie que corresponde al ventrículo derecho dilatado, y, por último, con un carácter propio, que no se encuentra en ningún otro soplo cardíaco, como es el de ser *influenciado directamente por los actos respiratorios profundos.....*" debe considerarse como síntoma patognomónico de los estrechamientos tricúspides.

Respecto de nuestra terapéutica cardíaca algo merece conocerse.

Abandonada ya la sangría en la práctica nacional, hoy los medicamentos más en uso son la digital y sus derivados, los diuréticos y los purgantes. El método de Stokes, que se funda en dar siempre por supuesto que la asistolia no caquética reconoce casi siempre por origen una influencia aguda ó crónica del pericardio ó del endocardio y que consiste, en los casos de ruptura de compensación, en el empleo de los mercuriales y del yoduro de potasio, que obrarían combatiendo el estado flegmático de la serosa y, por consiguiente, la causa del mal, también ha te-

¹ Tesis inaugural.—Dr. Baijen.—México.