

en los mismos casos que se establecen respecto a los propietarios, sino tambien cuando despues de distribuido su goce entre los llamados a él, perdía su derecho alguno de estos. En el § 3.º L. 1.ª Dig. de usufructo *acrescendo*, se halla sancionado este principio, i expuesta tambien su razon en estos términos: «*Sed in usufructu hoc plus est; quia et constitutus, et pootea amissus, nihilominus jus acrescendi admitit. Omnes enim autores apud Plautium de hoc consenserant: et (ut Celsus, et Julianus eleganter ayunt) usufructus cottidie constituitur et legatur: non ut proprietas, eo solo tempore, quo vindicatur.*» Esta repeticion i reconstitucion diaria del usufructo, hace que los fructuarios cada día se encuentren como en el siguiente a la muerte del testador; i de esta especialidad en la naturaleza de su derecho resultan dos diferencias notables en cuanto al derecho de acrecer de ellos. La primera es, que la adquisicion del usufructo en un día, ni priva del acrecimiento en cuanto a él a los demas conjuntos, siempre que el usufructuario aceptante llegue a perder su derecho: i la segunda consiste en que el derecho de acrecer a la porcion perdida, no es una atribucion esclusiva de los cofructuarios que desde un principio reconocieron o aceptaron sus porciones, como sucede respecto a los propietarios, sino que este derecho se extiende a favorecer aun a los que nunca reconocieron, o los que expresamente repudiaron o perdieron su porcion. La razon de la primera excepcion ya la tengo expuesta, me limitaré solo a fundar la segunda. Siendo considerado el legado de usufructo como una repeticion constante del favor hecho por el testador al legatario, es claro que la renuncia o pérdida de este legado nunca podrá extenderse a mas que a la parte renunciada. Si despues de esta pérdida, aun se considera el legatario como sujeto beneficiado por la libertad del testador; es tambien evidente, que este beneficio sigue existiendo para él, i a merced de esta repeticion se haya en circunstancias de explotar las nuevas ventajas no perdidas ni renunciadas, que su legado le importa diariamente; por cuanto los nuevos derechos a que acrece no pueden entenderse renunciados ni perdidos por él, puesto que no existian al tiempo de la renuncia o pérdida de su parte. De aqui el antiguo axioma de los jurisconsultos: *usufructus non portioni sed homini adcrecit.*

---

*MEMORIA presentada a la Facultad de Medicina para obtener el grado de Licenciado en dicha Facultad, por DON MANUEL CORTES.— Santiago, abril 2 de 1850.*

### **Causas de las enfermedades del hígado i sus terminaciones mas frecuentes en Chile.**

Señores:

La anatomía patológica, esta verdadera palanca de la medicina, nos da cada día pruebas mas que evidentes de lo mucho que debemos prometernos de un estudio sério i detenido de las inspecciones cadavéricas. En efecto, la autopsia es el juez integro que resuelve con facilidad el difícil problema del diagnóstico: ella nos quita siempre el denso velo que la naturaleza nos impuso en el conocimiento de la naturaleza misma. I a la verdad, estos trabajos son de una utilidad inmensa en la dilucidacion de los fenómenos realmente nuevos que se presentan en las distintas fases de la afec-

cion que encabeza este trabajo. Empero, mui de esperarse es que por el conocimiento especial que adquiramos sobre estas enfermedades, contribuyamos de algun modo a los descubrimientos i reformas médicas que cada día se hacen en la culta Europa.

Las causas productivas de las enfermedades del hígado, pueden dividirse en jenerales i especiales, entre las primeras deben contarse todas las que son capaces de desarrollar las de cualquiera especie, como la edad, el temperamento, el modo de vivir, etc.; entre las segundas colocamos a la influencia del clima i la que desarrollan las inflamaciones gasiro-intestinales. Desde largo tiempo se ha reconocido que las afecciones del hígado eran mucho mas frecuentes en los climas cálidos, i mas que todo en la India; allí el hígado es el órgano mas comunmente afectado despues de los intestinos; la mayor parte de los facultativos que allí han residido, miran como causa mui particular el mal réjimen de vida i mui especial el uso de una bebida llamada *arac*, cuya composicion aunque no conozco, supongo sea una mezcla de licores fuertes. Veamos ahora lo que sucede entre nosotros: muchos de los enfermos que vienen a nuestros hospitales pertenecen a la clase de artesanos, que pasan en vijilias i bebiendo el pernicioso ponche; otros son gañanes que heben aguardiente puro i que pasan noches enteras a la intemperie, no teniendo mas abrigo que su ropa, que a la verdad no es mui abundante. Actualmente recuerdo un enfermo venido de los cerrillos al Hospital; el cual, despues de haberse bebido un cuartillo de aguardiente, segun dijo, se quedó por toda una noche dormido a la orilla de un fogon. Mas adelante tendré que hacer referencia a este enfermo. Hemos tenido ocasion de notar en el hospital que jamas ninguno de estos enfermos haya acusado a la chicha en la produccion de su mal. Respecto de las influencias gastro-intestinales, me será permitido citar la opinion del célebre Broussais: hizo ver este autor que las verdaderas hepatitis eran enfermedades mui raras; i que muchas de las que describen con este nombre los autores con gastro-duodenitis o simples inflamaciones agudas o crónicas del duodeno; que la secrecion biliosa es producida en las flegmasias mucosa del canal digestivo, como lo es en el acto de la digestion, es decir, por la estimulacion de la superficie interna de las vias gástricas; que cuando la inflamacion predomina hácia el piloro i el intestino duodeno, el hígado es mas afectado que cuando ocupa cualquiera otra parte del canal digestivo; que jeneralmente se toman por dolores del hígado, dolores que tienen su oríjen o en el piloro o en el duodeno, i que muchas veces se ven hepatitis francas, donde no existen en realidad sino gastro-duodenitis; por fin, establece que a fuerza de recibir simpáticamente la irritacion de las superficies mucosas vecinas, el hígado puede afectarse idiopáticamente. M. Andral participa de esta misma opinion a la que se opone el célebre Louis i M. Brière de Boisson, Resulta de un número suficiente de hechos bastante observados i comprobados, que hai ocasiones en que las inflamaciones del hígado no son precedidas ni acompañadas de flegmasia alguna del canal digestivo; que en otras es difícil decidir cuál de estos dos órganos ha sido primariamente afectado; que en muchos casos el hígado es el punto de partida de las inflamaciones gastro-intestinales, i que en el mayor número de casos éstos han sido el oríjen de aquellos.

Mui del caso creo presentar en este lugar dos observaciones recojidas en el Hospital de San Juan de Dios en el año 49, pues ellas dan a conocer, a mi juicio, la imposibilidad de resolver con acierto la dicha cuestion.

A principios de marzo del año 49 se me llevó por uno de mis compañeros a la sala de San Juan de Dios, número 29, con el objeto de que diese mi opinion sobre el enfermo que allí se encontraba; di principio a mi reconocimiento, el enfermo era como de 60 años, flaco, su cutis icteroides no dejaba dudar de la afeccion del hígado, su pulso era lento, su digestion fácil, sin diarrea, no acusaba sino un dolor poco intenso que no aumentaba por la presion, este dolor correspondía a un tumor remitente

i firme del tamaño de un huevo de gallina que ocupaba la rejion epigástrica i muy particularmente el hipocóndrio; se notaban tambien fuertes pulsaciones en el sitio correspondiente al tumor; se me dijo que el diagnóstico de algunos habia sido un aneurisma; yo me atreví tambien a dar mi opinion i le dije me parecia tener un escirro del estómago; no tenia otros síntomas para asegurar esto que lo que he dicho mas arriba; pues por varias veces pregunté al enfermo si habia tenido arcadas o vómitos, i me respondia negativamente; pero yo mismo me hacia la objeccion de la pulsacion que era bastante evidente, pero bien pronto tendré ocasion de dar la explicacion de este fenómeno. Fué visto despues por varios profesores i compañeros, i las opiniones no estaban aun decididas cuando el enfermo murió. Hice el exámen cadavérico en presencia de algunos de mis compañeros, i su resultado fué el siguiente: descubierta la cabida abdominal nos llamó la atencion el estado del higado: pues este, a mas de estar hipertrofiado tenia algunos puntos tuberculizados en distintos i diversos grados; nos quedaba por examinar el estómago, este se hallaba vacío i presentaba el tumor hácia la rejion cardiaca de dicho órgano; introduje el bisturi i entónces cesaron completamente nuestras dudas. pues rechinó a la introduccion del instrumento; todos los órganos abdominales no tenian alteracion alguna. Pudimos ya esplicarnos tan bien la pulsacion que durante vivo el enfermo se hacia sentir, pues estando interpuesto entre nuestra mano i la aorta abdominal un cuerpo duro, era natural que se diese dicho resultado.

Despues de recojidas estas observaciones, me parecia sumamente difícil que se me pudiera presentar tan luego ocasion de juntar nuevos datos sobre afecciones tan poco comunes. Sin embargo, pasados algunos dias del primer reconocimiento del enfermo de que acabo de hablar, acompañaba al profesor Ballester en la visita de una de sus salas (sala de San Francisco), llegamos al número 60, en cuyo caso nos hizo detener para que examinásemos cuidadosamente el enfermo que teniamos a la vista; era éste un hombre decente como de 36 a 38 años; su semblante era icteroides i aflijido, verdadero espejo de la afeccion que le agoviaba, se le preguntó qué sufría, i por la relacion imperfecta que él pudo hacernos, dijo hacer ya algun tiempo que sentia un tumor movible en el vientre, que le hacia sentir grandes dolores i que caia siempre por el lado que se acostaba; de cuando en cuando sentia lijeros dolores al higado; examinando el tumor que era del volúmen del puño, era resistente i movible, ocupando mucha parte de la rejion umbilical: por lo que se vé, el diagnóstico era de suma dificultad; sin embargo, el profesor creyó que era un tumor nesentérico. Se principió la curacion, se le aplicaron sanguijuelas repetidas al tumor, que lo descansaban bastante, interiormente se le daban lijeros laxantes i de vez en cuando algun purgante mas activo; era de notar que este hombre en medio de sus dolores tenia siempre un buen apetito i casi diariamente pedia que se le mudase el alimento: despues de repetidos dias de curacion, se mandó poner un cáustico sobre el tumor; por este medio se disminuyeron algun tanto los dolores, al fin, el cáustico secó i el enfermo seguia mal, los piés se le estaban ya inchando i el dolor aumentaba de dia en dia; desde la aplicacion del cáustico el tumor perdió su movilidad, i en medio de estos síntomas el pulso se mantenía en buen estado, las digestiones se hacian bien i no aparecian vómitos. Trascorrido algun tiempo de la curacion i agotados los recursos de que podia echarse mano, se le siguieron dando pociones anodinas, que lo aliviaban de sus padecimientos, i lo dejaban dormir con tranquilidad; al fin, el infeliz murió. Tuve la suerte de hacer la autopsia que se hizo en presencia de muchos de mis compañeros que como yo vacilaban en el diagnóstico, i deseaban salir del estado mortificante de la duda. Procedí, pues, al trabajo, levantada la tapa abdominal se nos prentó el tumor, que efectivamente no estaba ya aislado, reconocimos el higado i se encontraba hipertrofiado i lleno de tubérculos en distintos grados; abrí en seguida cuidadosa-

mente el orificio cardiaco del estómago, pues este era el acierto del tumor; nada de particular se dejó notar en su fondo; pero así que llegamos al orificio pilórico, notámonos al rededor de él en forma de rodete circular una masa escirrosas, que en gran parte pasaba ya al estado de cáncer: existian adherencias recientes del lado del tumor con el higado, circunstancia que este produjo, fué un verdadero trabajo de adhesion que se estableció en estos órganos.

Por los dos casos que acabamos de citarse vé la gran dificultad que hai en el diagnóstico de esta afeccion; los autores establecen como signos patognomónicos el tumor i los vómitos; pero á la verdad, presentándose un tumor i sobre todo en la rejion abdominal sin otro sintoma concomitante, se conocerá mejor la imposibilidad de que he hecho mérito; sin embargo, es justo esperar que multiplicándose nuestros conocimientos prácticos por las observaciones cadavéricas, podriamos quizá formar un juicio acertado sobre afecciones de suyo difíciles de diagnosticar.

He leído i discurrido algo sobre las causas del escirro del estómago; pero muy pocas de ellas me satisfacen; efectivamente todos parece obran sobre el estómago esclusivamente; en los dos casos ántes presentados se ha dejado notar una antigua i perfecta desorganizacion del higado, ¿cuál de estas dos afecciones se ha presentado la primera en su desarrollo? de que modo ha influido la una sobre la otra? Cuestiones son estas que a mi juicio apoyan la opinion del célebre Broussais sobre las causas i formas falsas de hepatitis.

Pasamos ahora a recorrer las distintas i mas frecuentes terminaciones de las inflamaciones del higado en Chile. Ellas en realidad reunen en si las variadas formas de la inflamacion en jeneral: en ellas se presentan con tanta frecuencia la hipertrofia como la atrofia, el endurecimiento como el reblandecimiento. De modo que si ha podido asignarse a ciertos órganos una terminacion de eleccion, el higado no tiene ninguna de un modo bastante fijo.

Principiemos por la hipertrofia; se entiende por esta el aumento del volúmen del higado, producido por un aumento de nutricion de este órgano que acrecienta el número de sus moléculas sin alterar su testura: admite algunas variedades respecto a su forma, consistencia i estension; relativamente a la forma deben distinguirse dos especies, la una que obrando sobre todas las partes del higado no altera su testura, i la otra que obrando especialmente sobre una de sus sustancias, o coincidiendo con la atrofia de la otra da lugar al aspecto lobuloso o gramuloso de dicho órgano: en cuanto a la consistencia deben distinguirse tres especies de hipertrofia; la una con conservacion del estado normal del higado, la segunda con aumento i la tercera con disminucion de esta consistencia; por su esfension puede afectar los tres lóbulos o uno solo; en algunos casos es solo el derecho abrazando casi todo el higado; otras veces es el izquierdo en cuyas circunstancias puede complicarse su diagnóstico con el de otras afecciones del abdómen. Hai una complicacion bastante frecuente de la hipertrofia del corazon con la del higado; casos he visto en que guiados uno por la auscultacion del corazon habria dado un pronóstico fatal, i que habiendo obrado solo sobre la hipertrofia del higado han cesado los síntomas engañosos de la afeccion cardiaca. Otras veces acontece que el higado repeliendo el diafragma i el pulmon dá orijen a las distintas enfermedades que pueden presentar estos órganos, como son, neumonias, pleuritis o ámbas a la vez. En otras ocasiones gravita mas sobre los órganos ventrales i produce la hidropesia de las estremidades i aun aneurismas. A propósito de esto no recuerdo con fijeza algunas circunstancias particulares de un enfermo de hipertrofia del higado, que se hallaba en las salas del señor Ballester en el año anterior; pero la muerte de este hombre que fue repentina, i cuando ménos lo esperábamos nos alarmó sobre manera. Hecha por mi su autopsia en presencia del profesor nombrado, admirónos sobre manera la cantidad de un li-

quido sanguinolento, que se dejó notar a la introduccion del escalpel; abierto el abdómen no nos quedó duda alguna sobre el derrame que en él se habia efectuado: la hipertrofia era evidente i a pocos mas encontramos un tumor aneurismático situado en una de las mesentéricas i derramado en la cavidad abdominal ¿Pudo éste aneurisma desarrollarse por la hipertrofia del hígado? Sin duda que sí.

La supuracion o formacion de abusos en el hígado en otra de las terminaciones por desgracia harto frecuentes entre nosotros. He pensado algo sobre las causas de esto en Santiago sobre todo, i confieso francamente que no encuentro bastante perplejo para dar una esplicacion satisfactoria. Debo si recordar la predisposicion de los climas intertropicales a las inflamaciones gastro-intestinales, el estado de abatimiento i mal régimen de vida de nuestra clase proletaria.

Los accesos pueden ser superficiales o profundos; pueden afectar el lóbulo derecho como el izquierdo, la cara anterior como la posterior. Puede existir uno solo o muchos. Sus paredes son unidas i lisas, pero mas ordinariamente cuando es mui estenso son desiguales i anfractuosas, ofreciendo prominencias, que M. Louis atribuye a la reunion i fusion de muchos focos purulentos en uno solo. M. Andral habla tambien de un abuso, cuya cavidad estaba atravesada por una especie de bridas celulares a las cuales dá el mismo orijen. Estas bridas han sido tomadas por algunas personas por vasos sanguíneos obiliares que han resistido al foco purulento, pero el mayor número parece ser de naturaleza celular.

La formacion del acceso puede hacerse repentinamente como se ve en la hepatitis aguda o de un modo lento, como lo es en la forma crónica. En ámbos casos el aparato de síntomas es mui variado, i pueden hacer simular enfermedades, que burlen a veces los cuidados del práctico mas atento.

La terminacion de los accesos es mui diferente, segun sean superficiales o profundos: en el primer caso estos focos purulentos quedan encerrados en el fondo del parénquima hepático, i el enfermo sucumbe presentando solo síntomas de postracion. Queremos recordar aqui el caso de que hicimos referencia al tratar de las causas de esta enfermedad. Aquel enfermo presentaba los síntomas de una hepatitis aguda de las mas francas i fué tratado, segun el plan curativo mas enérgico, pues se emplearon con él las sangrias jenerales i locales, los antinoyales i revulsivos intestinales. Algunos dias despues de este tratamiento i cuando creiamos al enfermo completamente bueno, aparecieron los síntomas de una peritonitis de las mas violentas, que fué curada como tal. A los tres o cuatro dias el enfermo murió. En la autopsia se encontraron los resultados de la peritonitis que creiamos ser la causa de su muerte, quisimos examinar tambien el hígado i fué grande nuestra sorpresa al descubrir un foco purulento bastante considerable i profundo, ocupando todo el lóbulo derecho de dicho órgano. Confieso francamente que la autopsia de este caso me hizo vacilar en la aprobacion del tratamiento que con él se habia seguido. En primer lugar la sangria la creí en parte productora del acceso; pues pasados los primeros momentos de irritacion producida por los alcohólicos, el sistema pierde mucha parte de su fuerza radical, agregándose a esto lo predispuesto de nuestros enfermos al estado adinámico; por otra parte los antinoyales aunque no se dañan nunca con el objeto de exitar el vómito, suelen producirlo sin embargo, i en tal caso cualquiera es capaz de prever los resultados de una complexion de esta naturaleza. Desde entónces guardo una gran precaucion, pues jamas he sido decidido por las sangrias jenerales en esta enfermedad. Respecto de los antinoyales jamas los indicaré sin los salinos. Tengo la satisfaccion de haber discutido estos principios con uno de mis compañeros mas recomendables i haber simpatizado en opiniones, las que tambien han merecido la aprobacion de algunos dignos profesores que hemos consultado.

Los accesos pueden contraer adherencias intimas i hacerse superficiales, notán-

dose la fluctuacion en ellos ya en la parte anterior o en la posterior. Tengo a la vista dos casos de esta naturaleza en los que se ha creído indicado el practicar la puncion. En ámbos se ha efectuado la abertura en la parte, anterior, en el uno con bisturi i en el otro con lapotasa cáustica: el 1.º despues de haber arrojado cantidades enormes de pus del acceso ha salido del hospital, llevando para siempre una fistola, el otro ménos feliz que aquel sucumbió por consuncion.

Hasta aqui hemos hablado de los accesos contenidos en los límites de su propia cavidad, vamos a tratar ahora de los que se franquean vias por otras partes. La mas frecuentes de estas vias es la del pulmon, pues diariamente vemos en los hospitales higados enormes, convertidos casi enteramente en una inmensa masa de materia purulenta, esforzar el diafragma a una extraordinaria altura en la cavidad torácica, dilatando i empujando los espacios intercostales, i dando márjen de este modo a los caracteres de un empiema pleuríticos del lado derecho. Para decirlo de una vez el higado se pone en contacto directo con el pulmon i las pleuras i dando orijen por consiguiente al derrame, que algunos consideran como un *empiema hepar pleurítico*. Este puede formarse de dos modos; en el uno adquiriendo el higado un aumento extraordinario, debido al estado hiperénico de su organizacion i por otra parte a la inpervencion subsiguiente a una accion inflamatoria lenta, empuja el diafragma por arriba hasta hacerle llegar a la tercera o segunda costilla como lo hemos visto alguna vez, llegando a este estado establece una conexion intima con el diafragma i el pulmon derecho, por medio de la accion inflamatoria, supura i evacua esta supuracion por los bronquicos. En otras ocasiones el abuso contenido en sus propios límites, empuja el diafragma por el aumento de su volúmen, lo ulcera i vacia en la cavidad pleurítica derecha las materias purulentas contenidas en aquel, efectuándose dicho derrame a veces de un modo lento i otras precipitadamente. En muchos otros casos de la afeccion de que tratamos el mismo aparato mórbido que establece la conexion del higado con el diafragma, dá orijen tambien a una inflamacion de la superficie de la pleura, a veces aguda i a veces lenta, que a su turno produce un derrame ceroso dentro de la cavidad de este órgano, formando de este modo el verdadero empiema pleurítico.

Al ver resultados tan graves seria de creer que se presentasen sintomas distintos i variados; pero verdaderamente no siempre sucede así; hai casos en los que se dejan notar los sintomas pleuríticos, estando para establecerse la uníon del higado i diafragma con las pleuras i pulmon; otros hai i son los mas frecuentes, en los que no se observa sino una diferencia muy notable en la funcion de ambos pulmones, pues en el afectado es baja, miéntras en el otro es pueril. Atribuimos esta diferencia al modo de presentarse el principio de la enfermedad. Se me ocurre ahora un caso sumamente curioso, observado en la sala de Santo Domingo en el hospital de San Juan de Dios: era este un enfermo de 25 a 30 años, que entró a dicho hospital con una inflamacion crónica del higado, segun apareció al principio; pasado algun tiempo de curacion, i cuando se le permitian ya al enfermo algunos alimentos sustanciosos, tenemos de repente un aparato de sintomas los mas alarmantes; frecuencia del pulso, aridez de la piel, dolor agudo i punjitivo en el hipocondrio derecho, que subia hasta la quinta o cuarta costilla, tos seca i difícil, la anecultacion solo dió los sintomas de una pleuresia. El enfermo conservaba aun un sedal que se le habia hecho aplicar en el tratamiento anterior; diagnosticamos una hepatitis aguda bastante franca, i en consecuencia se le prescribió el plan antiflogístico activo; al segundo dia disminucion de enerjia de todos los sintomas: la tos era mas fácil, pero se presentó entonces la espectoracion, que no era por cierto ni la de una pleuresia ni la de una pulmonia; consistia esta en una cantidad abundante de sangre con materias purulentas i de una fetidez tal que todos los enfermos vecinos a él se quejaban del dicho olor; se ya-

rió ya de método curativo i se le administraron unas píldoras sedantes, compuestas de acetato de plomo, hidrocianato de potasa i opio; al tercer día desaparicion casi completa de los síntomas febriles; se añadió al plan curativo una pocion pectoral en la noche. Pasados como veinte i siete días de este tratamiento, administrándosele tambien de vez en cuando un purgante por las constipaciones ventrales que el plomo podia producir, la expectoracion principió a disminuir, el dolor a hacerse mas lento i el enfermo se sentia mucho mejor. Confesamos injénuamente que nos hallamos algo embarazados en el diagnóstico que habiamos emitido al principio de la curacion de este caso; pero no nos sucedió así al fin ya de su tratamiento; no nos quedaba duda alguna de haber existido un acceso hepático abierto en el pulmon. Suplicamos al enfermo cuando salió de alta enteramente bueno, que volviese a la misma sala si alguna vez se sintiese enfermo, pues en esta ocasion el amor a la ciencia nos hacia casi misántropos. Tengo el sentimiento de no poder consignar en este trabajo el examen anatómico patológico de este caso, porque este ha sido el único verdadero *empíema hepar pleurítico*, que he visto terminar felizmente i en el cual he creido se haya efectuado su cicatrizacion completa. ¡Ojalá que mis compañeros que quedan en Santiago o el digno profesor a cuyo cargo está esa sala, puedan tener alguna vez la suerte de hacer semejante trabajo, suerte que yo no he tenido!

Actualmente hai en el hospital de San Juan de Dios en distintas salas como seis casos de accesos hepáticos abiertos en el pulmon de un modo lento: estos enfermos se encuentran en tal estado de denarracion, que veo de cerca con sentimiento su terminacion fatal.

Las adherencias de los accesos de que ya ántes hemos tratado pueden a veces no formarse o ser demasiado débiles. ¿Qué sucede entónces? El pus contenido en el hígado puede derramarse en el peritoneo, i dar lugar a una peritonitis pronta i necesariamente mortal. Plerque cita un caso en que la muerte tuvo lugar repentinamente. Portal refiere otro caso en el que un acceso formado en cinco dias se abrió en el abdómen i produjo la muerte rápidamente. M. Louis ha observado tambien un acceso cuya marcha fué excesivamente aguda, i que se abrió en la cara convexa del hígado, entre esta i el diafragma, dando lugar a una peritonitis violenta i mortal. En Santiago hemos tenido en estos dias un caso de esta naturaleza, que ha privado a una buena familia de una excelente madre. Dicha señora ha sido asistida por uno de los profesores mas respetables de esta ciudad. Solo se quejaba de una diarrea francamente hepática, sin otros síntomas particulares que pudieran llamar la atencion; se trató la dicha diarrea, i cuando se suspendió el tratamiento, por creerla ya mejorada se verificó sin duda el derramo de algun acceso que habia estado oculto, cuyo resultado fué una muerte pronta que burló los conocimientos i atenciones que habia sabido prestarle el digno profesor.

El trabajo de adherencia i ulceracion hace algunas veces comunicar un acceso de la cara cóncava del hígado con el estómago. En un caso de este jénero observado por Boyer, el enfermo habiendo presentado los síntomas de una hepatitis crónica vomitó una cantidad considerable de pus fétido i sanguinolento, al que se mezclaron por consiguiente pequeñas porciones de la sustancia del hígado, las cuales reunidas pesaban una onza poco mas o ménos. El enfermo sucumbió por el narasmo i en la autopsia se reconoció un acceso formado en el lóbulo izquierdo del hígado que habia desembocado en el estómago. En una observacion recojida por M. Andral la comunicacion era mui reciente, i la evacuacion de pus no habia tenido lugar aun. Uno de mis compañeros me asegura haber observado un caso de esta especie comprobado por la autopsia, i en el que habia sido frecuente la evacuacion de la materia purulenta por la boca: no tengo noticia que se haya presentado otro caso de esta especie.

La abertura de accesos hepáticos en el color parece bastante comun i en muchos

casos esta evacuacion enteramente natural ha sido seguida de la curacion del enfermo. En las siete observaciones que Petit, el hijo, ha reunido en una memoria hai tres en las cuales se ha efectuado este derrame. En el primer caso el célebre Pibræ pudo evidenciar este hecho por la autopsia. En el segundo una señora despues de haber presentado los sintomas de una hepatitis crónica, producida por una contusion sobre la rejion del higado i los de una supuracion de este órgano, arrojó de repente por las cámaras una cantidad de pus, acompañado de un vivo cólico. Desde entónces le sobrevino el alivio i bien pronto la curacion. M. Larrey ha recojido una observacion exactamente igual, en una mujer que tenia un acceso al higado perfectamente demostrado. El acceso se vació de la misma manera i el enfermo curó. A los dos hechos que hemos mencionado, Petit añade otro concerniente a un enfermo, que hacia quince años que arrojaba pus por el ano, i que cuando esta operacion llegaba a sus penderse, sentia todos los accidentes de una irritacion hepática. Todo esto desaparecia luego que el pus continuaba su curso. Pero como lo hace observar Morand esta circunstancia no es siempre favorable i ella no impide muchas veces que el enfermo, sucumba por la tisis hepática. Yo he recojido en estos dias una observacion de esta especie; es un hombre que hará unos quince dias que ha entrado en el hospital con un dolor poco agudo al higado i con diarrea biliosa, a los dos dias de estarse curando, al examinar la deposicion encontramos la parte central del servidor ocupada por una cantidad no pequeña de pus, enteramente exento de otra sustancia, sintiendo el enfermo un notable alivio de su dolor despues de la dicha espulsion. No hemos tenido entera confianza en el diagnóstico de este caso; pero los materiales arrojados junto con el mejoramiento del enfermo, hacen presumir que ha existido la tal comunicacion. El enfermo se ha curado i ha salido ya del hospital.

La abertura de accesos en el pericardio es mas rara todavia, en una de las salas de diseccion del colejio de Jefferson, a la abertura del cadáver de una negra de treinta i cinco años, se encontró un acceso del higado, ocupando casi toda la estension del estómago, abierto en el pericardio al traves de una abertura del diafragma. En el mes de agosto del año 49, hemos abierto el cadáver de un hombre muerto de un abuso hepático abierto en el pulmon; hecha una autopsia detenida encontramos, abriendo el pericardio por su pared anterior una no pequeña cantidad de pus mezclada con la serosidad del pericardio; tomamos el punto por donde pudiera haberse efectuado el derrame i se nos presentó en la parte laterar derecha una aberturita capaz de recibir el cañon de una pluma de escribir. Esta autopsia fué practieada por mí i por mi apreciable compañero don José Joaquín Aguirre, en presencia de nuestros compañeros, cuyo resultado fué puesto en conocimiento de muchos profesores que tenian noticia del caso.

He concluido estas observaciones que he recojido en mi corta práctica. Si ellas merecen la aprobacion de la facultad de Medicina, esto me servirá de un gran estímulo para la adquisicion de esta clase de datos.