UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

Absceso del Hígado

TESIS INAUGURAL

Presentada para obtar al grado de Doctor en Medicina y Cirujia

POR

JUAN B. MONDELLI

Ex-practicante mayor del Hospital Italiano

Años 1896-97-98-99

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y LITOGRAFIA «LA BUENOS AIRES»

MORENO 600 ESQ. PERÚ

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

Absceso del Hígado

TESIS INAUGURAL

Presentada para obtar al grado de Doctor en Medicina y ~~Cirujía~~

POR

JUAN B. MONDELLI

Ex-practicante mayor del Hospital Italiano

Años 1896-97-98-99

BUENOS AIRES

—

IMPRENTA Y LITOGRAFIA «LA BUENOS AIRES»

MORENO 600 ESQ. PERÚ

—

1900

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tesis.

(Art. 462 del *Reglamento*)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor D. JOSÉ T. BACA

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

Doctor Don ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Dr.	*Juan José Naón*
Anatomía Topográfica	»	*Juvencio Z. Arce*
Histología teórico-práctica	»	*Rodolfo de Gainza*
Fisiología General y Humana	»	*Pedro J. Coronado*
Patología General y ejercicios clínicos	»	*Roberto Wernicke*
Materia Médica y Terapeútica	»	*Justiniano Ledesma*
Higiene Pública y Privada	»	*Melitón Gonzalez del Solar*
Patología Externa	»	*Obdulio Hernandez*
Patología Interna	»	*José Penna*
Anatomía Patológica	»	*Telémaco Susini*
Bacteriología	»	*Carlos Malbran*
Medicina Operatoria	»	*Adalberto Ramaugé*
Enfermedades de mujeres y su clínica	»	*Enrique Bazterrica*
Enfermedades de niños y su clínica	»	*Manuel Blancas*
Enfermedades de los ojos y su clínica	»	*Pedro Lagleyze*
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	*José M. Ramos Mejia*
Enfermedades mentales y su clínica	»	*Domingo Cabred*
Enfermedades Génito Urinarias	»	*Federico Texo*
Enfermedades venéreas y dermatología	»	*Baldomero Sommer*
Clínica quirúrjica	»	*Julian Aguilar* *Antonio C. Gandolfo* *Alejandro Castro*
Clínica médica	»	*Gregorio N. Chaves* *Abel Ayerza* *Luis Güemes* *Francisco Sicardi*
Laringología, otología, rinología	»	*Eduardo Obejero*
Obstetricia y clínica respectiva	»	*Samuel Molina*
Medicina legal	»	*Francisco de Veyga*
Toxicología	»	*Juan B. Señorans*
Quimica aplicada á la medicina	»	*Pedro N. Arata*
Física médica	»	*Jaime R. Costa*
Zoología médica	»	*Eliseo Cantón*
Botánica médica	»	*Martin Spuch*
Botánica farmacéutica	»	*Adolfo Mujica*
Quimica Analítica	»	*Atanasio Quiroga*
Farmacia teórica	»	*Juan A. Boeri*
Farmacia práctica	»	*J. Manuel Irizar*
Obstetricia para alumnas parteras	»	*Juan R. Fernandez*
Odontología	»	*Nicasio Ectheparebordа*
Dentisteria operatoria	»	*León Pereira*

ASIGNATURAS		CATEDRÀTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva.....	Dr.	*Juan D. Piñero* *Joaquín López Figueroa*
Anatomía Topográfica.....	»	*Avelino Gutierrez*
Histología teórico-práctica.....	»	*Samuel de Madrid*
Fisiología General y Humana.....	»	*Horacio G. Piñero*—en ejercicio
Patología General y ejercicios clínicos...	»	*Gregorio Araoz Alfaro*
Materia Médica y Terapéutica.....	»	*Enrique E. del Arca* *Angel M. Centeno*
Higiene Pública y Privada.....	»	*Enrique Revilla* *Ricardo Schatz*
Patología externa.....	»	*Pascual Palma* *Daniel J. Cranwell*
Patología interna.....	»	*Marcial V. Quiroga*
Anatomía Patológica.....	»	*José Badia*
Medicina Operatoria	»	*Nicolás Repetto* *Alfonso Masi*
Enfermedades de mujeres y su clínica...	»	*Alfredo Lagarde* *José F. Molinari*
Enfermedades de niños y su clínica.....	»	*Antonio F. Piñero* *Facundo Larguía*
Enfermedades de los ojos y su clínica....	»	*Francisco Barraza* *Teófilo A. Moret*
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	*José A. Esteves* *José R. Semprum*
Enfermedades mentales y su clínica.....	»	*Benjamin T. Solari*
Enfermedades génito-urinarias.....	»	*Pedro Benedit*
Enfermedades venéreas y dermatología..	»	*Maximiliano Aberastury*-en ejerc.
Clínica quirúrjica	»	*Juan B. Justo* *Diógenes Decoud* *Alejandro Posadas*—en ejercicio
Clínica médica.....	»	*Julio Mendez* *Ignacio Allende* *Patricio Fleming*
Laringología, otología, rinología.....	»	*Ricardo Colón* *Wenceslao Tello* *Eliseo V. Segura*
Obstetricia y Clínica respectiva	»	*Luis F. Vila* *Fanor Velarde*
Medicina legal.....	»	*Domingo S. Cavia* .....
Toxicología.....	»	*Juan Alba Carreras*—en ejercicio
Química aplicada á la medicina.....	»	*Francisco P. Lavalle*
Física médica	»	*Juan J. Galiano*
Zoología médica.....	»	*Vacante*
Botánica médica	»	*Lucio Durañona*—en ejercicio
Botánica farmacéutica.....	»	*Vacante*
Química analítica.....	»	*Francisco B. Reyes*
Farmacia teórica	»	*Juan A. Dominguez*—en ejercicio
Farmacia práctica.....	»	*Miguel Puiggari*
Obstetricia para alumnas parteras.....	»	*Vacante*
Odontología	»	*Vacante*
Dentistería operatoria.....	»	*Vacante*

Á MIS QUERIDOS PADRES

Á MIS HERMANOS

Á LA MEMORIA DE MI TÍO

EL DOCTOR FEDERICO MONDELLI

Á MIS PARIENTES

Á MIS AMIGOS

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Doctor Luis Güemes

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Mi primera palabra sea para agradecer eternamente á todos los que fueron mis maestros.

A vuestro lado me formé, con vuestros ejemplos, vuestros consejos y vuestras sabias lecciones, he llegado al fin de esta carrera tan escabrosa como ingrata.

Permitidme que siempre siga á vuestro lado, para acudir á vosotros en el momento de la duda, pues mis escasos conocimientos y la poca observación que he podido adquirir podrán hacerme desfallecer en la empresa, sin vuestra ayuda.

Muy especialmente debo manifestar mi gratitud á mis ilustrados profesores doctores Ayerza, Chaves, Sicardi, Posadas, Lagleyze y Texo. A mi distinguido maestro el doctor Güemes debo estarle doblemente agradecido, por sus sabias lecciones y consejos, y por hacerme el alto honor de acompañarme en este acto.

Al distinguido profesor doctor Posadas, mi profundo agradecimiento por haberme guiado en esta tesis.

En el trabajo que os presento no encontrareis nada de nuevo, pues no puede pretender tal cosa á quien le faltan las condiciones necesarias para ello, es decir: competencia, preparación y erudición y solo cuenta con una buena voluntad y el deseo de cumplir con una obligación.

Lo he dividido en dos partes; la primera parte la he dividido en diferentes capítulos: Etiología y Patogenía, Anatomía patológica, Sintomatología, Marcha y evolución, Diagnóstico y Pronóstico. La segunda parte se refiere al tratamiento. En las operaciones, he descrito siempre el método que me ha parecido más simple y más eficaz, dos condiciones que se deben siempre tener en cuenta cuando se trata de decidirse para una operación.

PRIMERA PARTE

Capítulo I

Etiología y Patogenia: Antes de hablar de los diversos procedimientos operatorios para tratar el absceso del hígado, es necesario describir aunque someramente, lo que es un absceso del hígado.

Dos formas se han descripto, en las hepatitis supuradas: la primera es la forma circunscripta y es de la que nos vamos á ocupar, la segunda es la forma diseminada ó miliar, de la que no nos ocuparemos, por ser ella imposible de tratar, por los medios quirúrgicos.

En las primera de estas formas se encuentra en el hígado, un absceso, generalmente único, algunas veces dos, y muy raras veces más.

Por razones etiológicas, propias de los países cálidos, el gran absceso es más frecuente en esas regiones.

La otra forma de la hepatitis está ligada á in-

fecciones secundarias del hígado, debidas principalmente á la pioemía, ó á cualquiera otra infección purulenta.

Como se desprende de lo dicho, la única forma que se presta á un tratamiento quirúrgico, es aquella que produce en el hígado una gran cavidad llena de púS, y la única que puede ser abierta al exterior, para dar salida á su contenido purulento.

Vamos á pasar en revista las diferentes causas, que pueden determinar en el hígado una supuración, hasta llegar á un absceso.

Entre las diversas causas que intervienen en la etiología de los abscesos del hígado, una de ellas, es el traumatismo.

Los agentes patógenos pueden ser llevados al hígado sobre los instrumentos vulnerantes, directamente, y de esta manera es como se producen los abscesos.

Otras veces el traumatismo juega el rol de causa ocasional, determinando un lugar de menor resistencia en la víscera.

La disentería, que está relacionada con el clíma de los países cálidos, es una causa que muy frecuentemente determina el gran absceso, llamado tropical.

En este caso los gérmenes productores de la disentería llegan á la glándula hepática, desde las ulceraciones intestinales que produce esta enfermedad, por la vía venosa retrógrada, (la vena su-

prahepática), ya por la vía venosa directa, la vena porta, que es la más frecuente.

La apendicitis determina en muchas ocasiones abscesos en el hígado, siguiendo generalmente para llegar á este órgano, como lo hace notar Loison en la «Revue de Chirurgie», á veces la vía arterial, otras veces más frecuentemente la vía venosa portal, y otras los linfáticos.

Las lesiones de los órganos abdominales que determinan supuraciones, pueden ser causa del absceso del hígado, siendo la vía que comunmente siguen los gérmenes para llegar al órgano, los linfáticos.

Las angio-colitis supuradas, las infecciones de la vesícula biliar pueden formar abscesos en el hígado.

La temperatura, el clima, las fiebres intermitentes, la alimentación rica en elementos azoados, etc., determinan en el hígado congestiones repetidas, que ocasionan inflamaciones crónicas, y que por consiguiente concluyen por determinar un lugar de menor resistencia en el órgano, que es aprovechado por los diferentes gérmenes que circulan en la sangre, de los individuos atacados de disentería, de apendicitis ó de cualquier otra enfermedad, capaz de formar un absceso en el hígado.

Por otra parte, puede la falta de oxigenación del aire, á consecuencia de su rarefacción, dar lugar á oxidaciones incompletas en los tejidos,

pudiendo estos materiales no debidamente elaborados jugar el rol de substancias irritantes y determinar en la glándula hepática congestiones é inflamaciones.

Otras causas de congestiones pasivas son las oxilaciones bruscas de la temperatura de la mañana y de la tarde, como sucede en los países cálidos, y el abuso aunque no en gran escala de bebidas alcohólicas que predisponen al absceso del hígado.

Pero de todas las causas no ya para predisponer, sino para determinar en el hígado la hepatitis supurada, es la disentería; y la relación que existe entre la disentería y el absceso del hígado, nos hace indiscutiblemente convencer de que es la causa más común de esta enfermedad. Sobre 200 autopsias de disentéricos, practicadas por Waring, se han encontrado sesenta y ocho veces el absceso del hígado.

Aunque la disentería sea la causa determinante del absceso del hígado, es necesario que vaya ligada á un padecimiento anterior de la glándula hepática, debida la mayor parte de las veces á las condiciones climatéricas de la región en donde la disentería es endémica y el absceso es frecuente.

Es por eso que los naturales de esos países, mejor habituados á las condiciones climatéricas de su suelo, son menos predispuestos que los extranjeros á adquirir esta enfermedad. Kelsch opina que en

la gran mayoría de los casos, las lesiones intestinales de la disentería y de la hepatitis supurada, debutan simultáneamente; muchas otras veces las lesiones hepáticas aparecen mucho tiempo después de los ataques de disentería; y en otras ocasiones es para este autor la hepatitis supurada que abre la escena.

Si bien es verdad que hay abscesos del hígado que evolucionan insidiosamente, no dando lugar á ninguna manifestación exterior de su existencia, y que por consiguiente no se puede saber la relación que existe entre una y otra enfermedad; en la gran mayoría de los casos, se encuentra en los antecedentes del enfermo que la disentería existía anteriormente mucho tiempo antes de su enfermedad actual.

¿Cómo se forma en el hígado el absceso, en los individuos atacados de disentería?

La hipótesis más admitida es la siguiente: desde las ulceraciones intestinales de la disenteria, son llevadas al parénquima hepático por los capilares de la vena porta (porta malorum de los antiguos) pequeñas embólias sépticas.

Sin duda alguna las cosas suceden de ese modo y numerosas embólias sépticas llegan al hígado y se diseminan en el parenquima de dicho órgano, dando lugar á la formación de abscesos múltiples.

Parece que el gran absceso del hígado quedase fuera de esta patogénia, pero es necesario admitir, que el gran absceso, es debido á la fusión de un

cierto número de abscesos muy cercanos; puesto que es de todo punto imposible admitir; que una sola embólia primitiva, sea el origen del absceso solitario del hígado.

Algunos autores dan como causa del absceso del hígado, las fiebres intermitentes. La desproporción enorme entre los maláricos simples, y los maláricos atacados de absceso del hígado, prueban evidentemente la falta de relación entre estas dos afecciones.

Sin embargo la malaria determinando en el hígado congestiones é inflamaciones crónicas (hepatitis intersticiales, cirrosis palúdica) predisponen manifiestamente al hígado al absceso.

La apendicitis, es entre nosotros, la causa más frecuente del absceso del hígado.

Numerosas discusiones se han suscitado respecto del agente patógeno, que produce la disentería y consecutivamente el absceso del hígado.

Marchoux, en una comunicación hecha á la «Société de Biologie» el 4 de Noviembre del año 1899, ha podido observar numerosos disentéricos en cuyas deyecciones ha encontrado gran cantidad de amibas mezcladas á otros micro-organismos.

Continuando su observación ha hecho ingerir á unos gatos é inyectado por el recto á otros, las amibas provenientes de las deyecciones de los disentéricos, pudiendo observar que todos se enfermaron de disentería, y murieron casi todos al

cabo de un lapso de tiempo más ó menos largo.

En las autopsias efectuadas á dichos animales, además de las lesiones intestinales propias de la disentería, se encontró, en muchos de ellos, abscesos en el hígado.

Peyrot y Roger extrajeron pús, de un absceso del hígado, y lo sembraron en los diferentes medios de cultura, y lo examinaron al microscopio. Todas las culturas permanecieron completamente estériles; pero el exámen del pús al microscopio les demostró una gran cantidad de amibas, que por un estudio más detenido, han podido asimilarlas á las amibas de Loesch y Kartulis.

Después de operado el enfermo y de haber renovado la curación, se constató en el pús que empapaba las gasas, gran cantidad de estreptococos, de pneumococos y de colibacilos. La presencia de estos organismos después de la curación, demostró plenamente que el pús de este absceso era un excelente medio de cultura, para los diversos agentes de la supuración, y que de ninguna manera la esterilidad del pús era debida, á su poder microbicida.

Roger en una comunicación hecha el 14 de Octubre de 1899 publicó unas experiencias hechas para demostrar que el agente productor de la disentería, resistía al poder microbicida de la glándula hepática. En efecto; ha podido observar, inyectando comparativamente en la vena porta y en las venas periféricas, los agentes de la disen-

tería, que el hígado atacaba el microorganismo cuando no era muy virulento, pero que este órgano perdía su poder microbicida cuando á este microorganismo acompañaban otros bacterios con muchas toxinas y muy virulentos.

Las autopsias demostraron que en el hígado, se habían formado pequeños abscesos, juntos los unos á los otros, y que el pús de estos abscesos contenía el agente de la disentería, que había quedado vivo y virulento.

Inyectando luego á otros conejos, diversos bacilus piógenos solos, no obtuvo abscesos en el hígado.

Lereboulet comunica la observación de una infección biliar ascendente, debida al enterococo que ha aislado Thiercelin, y que en la autopsia de este caso (que murió repentinamente) se encontró una cantidad de abscesos areolares del hígado que determinaron en 24 horas la muerte de los conejos inoculados.

Rendú ha observado en dos abscesos del hígado, en que los enfermos no tenían fiebre, que el pús era estéril.

Preguntábase entonces si la ausencia de la fiebre era debida á la esterilidad del pús, porque era amicrobiano; á esto él dá la siguiente respuesta: que si bien es verdad que el pus es estéril, no quiere decir que sea amicrobiano, pero si estéril por la muerte de los microorganismos.

Según este autor todos los abscesos del hígado,

antiguos, son estériles, aunque se encuentre al microscópio la presencia de microorganismos, pues estos han perdido su vitalidad y por consiguiente su virulencia.

De esto saca en consecuencia que en la sintomatología del absceso del hígado, muchas veces la fiebre puede faltar, y que no hay que tener en cuenta la ausencia de este factor, para el diagnóstico del absceso.

De todo lo expuesto en cuestión de patogénia, vemos que todos los autores están de acuerdo, en que el agente productor pe la disentería puede dar lugar á la formación en el hígado de abscesos, que este agente es la amiba coli, pero que puede encontrarse junto al coli-bacilo ú otros agentes piógenos.

Todos los microorganismos que determinan supuraciones en los diferentes órganos de la economía, pueden dar lugar también á supuraciones en el hígado, aunque Roger haya dicho que solamente el agente de la disentería produzca el absceso.

Hay abscesos de púis estéril, pero hay otros en que es muy virulento y prueba de ello son las peritonitis que sobrevienen en los individuos en que el púis se haya derramado en el peritoneo.

Capítulo II

Anatomía patológica: Dos palabras sobre anatomía patológica del absceso del hígado. Una bolsa de púS, encerrada en el parénquima hepático, perfectamente limitada la parte enferma y la parte sana del órgano, es lo que constituye un absceso del hígado.

El volúmen del hígado es casi siempre aumentado, pocas veces normal y muy pocas veces disminuído.

Las dimensiones del absceso son muy variables, pudiendo alcanzar el tamaño de una cabeza de feto y aun más.

La situación es más frecuente, en el lóbulo derecho que en el lóbulo izquierdo. Se ha querido explicar esta diferencia de localización, por el mayor volúmen del lóbulo derecho, que es cuatro veces más grande que el lóbulo izquierdo; pero esta relación de volúmen no explica por nada

esta cuestión, pues sabemos que por cada diez abscesos del lóbulo derecho, se encuentra uno solo en el lóbulo izquierdo, siendo entonces la relación de 10 por uno, y debería ser de 4 por 1, si es que se tomase en cuenta, la relación del volúmen. Más bien puede ser, que esta diferencia de localización sea debida, á la manera como se distribuye en el hígado, la vena porta. La cara superior del hígado es mayormente atacada que la cara inferior.

La coloración del púS, lo mismo que el olor son suis-generis, pues el púS generalmente tiene un color borra de vino .y el olor es talmente especial que en seguida da á conocer su proveniencia.

El proceso íntimo por el cual el absceso del hígado se forma no es perfectamente conocido, puesto que generalmente se observa esta lesión, no en su principio, sinó cuando un absceso ya está formado, no pudiéndose determinar por esta razón, su modo preciso de formación.

Es necesario saber si es en el mismo lóbulo, ó en los espacios interlobulares el punto de partida de la lesión.

Álgunos autores admiten que la supuración empieza por las células del lóbulo hepático.

Otros creen que es en el tejido conjuntivo intersticial donde empieza la lesión inicial, invadiendo consecutivamente las células del lóbulo hepático.

Cualquiera que sea el sitio donde empieza este proceso, los agentes patógenos llegados al hígado comienzan por producir una degeneración gránulo-grasosa de las células del tejido invadido, al mismo tiempo que se desarrollan á su alrededor elementos embrionarios á expensas de los tejidos normales.

Los leucocitos empiezan á aparecer alrededor de estos pequeños focos, los cuales progresando en su obra destructiva se acercan unos á otros, se fusionan y forman focos de mayores dimensiones. Estos á su vez sufren las mismas transformaciones que los primeros, al mismo tiempo que los productos de desintegración de las células se reabsorven y son reemplazadas por leucocitos.

Este proceso lento de necrobiosis da lugar á la formación de la gran cavidad del absceso, que queda encerrado por paredes supurantes, las que describiremos en el párrafo siguiente.

La paréd de un absceso del hígado ya formado tiene la siguiente estructura. En contacto con el púS hay una primera capa formada de células destruídas, leucocitos y restos de tejido conjuntivo esfacelado. Después de esta capa hay otra formada por células embrionarias encerradas en las mallas de los elementos fibrosos, pero no hay células hepáticas sanas. En la capa subsiguiente formada por mayor número de elementos fibrosos, se encuentran entre sus mallas células hepáticas más ó menos alteradas y finalmente se llega

á una capa donde el tejido hepático presenta un aspecto normal. Todas estas capas tienen en su conjunto un espesor de 8 á 10 milímetros, aislando de este modo el foco purulento del resto del órgano.

Estos abscesos pueden permanecer en la glándula hepática, sin provocar ninguna reacción en el organismo, pudiendo en algunos casos hacerse la paréd del absceso tan consistente, á no permitir que los productos sépticos la atraviesen. Se comprende que estos abscesos se diagnostiquen generalmente en las mesas de autópsias.

Cuando el absceso es central y no progresa hacia la periferia del órgano, no se producen lesiones inflamatorias de vecindad, pero en la mayoría de los casos el absceso del hígado, produce adherencias con los órganos vecinos, sobre todo cuando el púis se abre camino al exterior á través de las vísceras vecinas.

Así pues, si el absceso se forma en la cara superior del hígado, el peritoneo visceral y el peritoneo diafragmático se adhieren primeramente, luego la pleura pulmonar y diafragmática hacen otro tanto, y de este modo el púis abriéndose camino á través de estos órganos, llega á un bronquio lo perfora y de esta manera el púis del absceso del hígado se evacúa al exterior. Otras veces es en la pléura que se derrama el contenido del absceso y otras veces directamente al exterior á través de la pared torácica.

Cuando se localiza en la cara inferior son las vísceras abdominales, el cólon sobre todo, que sufren las lesiones de vecindad.

Estas son en pocas palabras las lesiones que el absceso del hígado determina cuando está cercano al término de su evolución; por lo demás al tratar del modo de terminación del absceso diremos de que modo puede terminar un absceso del hígado.

Capítulo III

Sintomatología: Pasaremos en revista los diferentes síntomas dados al exámen del enfermo por la inspección, la palpación, la percusión y auscultación.

El sugeto atacado de hepatitis supurativa, puede presentar un primer período de congestión de este órgano, que determina un aumento de su volúmen, de su sensibilidad y de sus funciones normales. Este primer período es de tal modo habitual en los países cálidos, por las razones ya expuestas al hablar de la etiología, que puede pasar desapercibido.

Debemos primeramente investigar los antecedentes del enfermo, pues muchas veces guían al clínico en la interpretación de los síntomas.

A la inspección de un enfermo atacado de absceso del hígado se nota una palidéz de todos sus tegumentos y sobre todo de la cara, dando

lugar á una *fácies* característica, pero que no llega al tinte ictérico. Esta palidéz es debida á la anemia profunda, y á la presencia de un foco de supuración, en una víscera ya sea torácica como abdominal.

Otro síntoma que llama la atención, cuando existe, es la actitud del enfermo. Este está acostado en decúbito horizontal, ligeramente vuelto á la derecha, con los muslos semiflexionados sobre la pélvis. Esta posición es debida, á la contractura de los músculos abdominales, determinada por la irritación del peritoneo que está debajo de esta capa muscular. El decúbito lateral izquierdo es muy doloroso por la tracción que sufren los ligamentos del hígado al ser desplazado este órgano.

Los movimientos respiratorios, son á veces dolorosos, sobre todo al nivel de las inserciones del diafragma.

La coloración rojiza, el edema que á veces se presenta al nivel de la región hepática y hacia la base del torax, son síntomas preciosos, que encaminan al clínico sobre la vía del diagnóstico.

El abovedamiento de la pared abdominal en correspondencia con la región hepática, denotan la existencia de un tumor, en relación con la cara inferior del hígado.

La palpación demuestra en muchas ocasiones el aumento de volúmen del hígado, pues se puede sentir el borde inferior de este órgano que sobrepasa el reborde costal.

Casi siempre se determinan por medio de la palpación, los fenómenos dolorosos, que son constantes al nivel del foco supurativo.

Un dolor sordo expontáneo, ó provocado puede indicar la presencia de un absceso central y un dolor agudo, punzante é irradiándose en todas direcciones denotaría que el absceso está cerca del peritoneo.

Al principio el dolor es generalizado á todo el órgano, más tarde se localiza en un punto determinado, siendo ésto un síntoma de gran valor, sobre todo cuando va acompañado de los otros síntomas propios de esta enfermedad. Es sobre todo este dolor localizado, un punto de reparo precioso para la punción exploradora, que se debe efectuar á ese nivel.

Es bueno no guiarse por los dichos de los enfermos, pues muchas veces estos no acusan dolor expontáneo, y sin embargo la exploración metódica del hígado á la palpación, puede provocar un dolor intenso, siendo á veces el único síntoma de un foco latente en el interior del órgano.

La escapulalgía, una de las manifestaciones dolorosas dichas simpáticas, es bastante frecuente en las hepatitis supuradas, sobre todo, cuando la lesión se sitúa en la cara convexa del órgano. Su ausencia por otra parte no tiene mayor significación, desechando de ese modo la opinión de ciertos autores, que veían en el dolor de la espalda derecha, un signo patognomónico del absceso

del hígado. A la percusión podemos confirmar que el área de la matitéz hepática está aumentada, y que las líneas de los límites ya sea del borde superior como del inferior del hígado no son uniformes. Cuando sucede, que solamente el volúmen del hígado ha aumentado sin modificar las curvas de la cara superior ó inferior, es que el absceso es central todavía.

Cuando la curva superior del hígado hace prominencia hácia la base del torax, es señal que el absceso está colocado en la cara superior; en este caso la palpación no puede darnos la fluctuación, como veremos al tratar de los abscesos desarrollados en la cara inferior.

Cuando la curva de la cara inferior del hígado, baja hacia el abdomen en un punto determinado por la percusión, es que el absceso del hígado está situado en la cara inferior.

En este caso la palpación, puede demostrarnos por medio de la fluctuación, la verdad de nuestras aserciones.

Este signo patognomónico de los tumores líquidos, es un signo precioso de diagnóstico, sobre todo cuando va unido á los otros síntomas propios de esta afección. Este signo es á veces, desgraciadamente difícil de constatar, ya sea por la contracción de los músculos abdominales, ya sea por el dolor que ocasiona.

Si bien es verdad que en la parte superior no podemos constatar este signo, sin embargo el ale-

jamiento de los espacios intercostales, el aboveda-miento de la pared torácica hacia la base, ó la mensuración simétrica, pueden suplir, en muchas ocasiones, ese signo seguro de los abscesos colo-cados en la cara inferior.

La auscultación es un medio indirecto en estos casos, para poder contribuir á la investigación de un foco purulento en el hígado. Si el absceso del hígado se desarrolla hacia la cara superior de este órgano, y que ha llegado á su superficie y próximo á abrirse camino á través de los órganos torácicos, el peritoneo visceral y diafragmático se adhieren, luego la pleura también reacciona pro-duciendo ya sea adherencias de sus dos hojas, ya sea determinando una pleuresia purulenta ó sero-sa, se comprende que en estos casos si no se ha seguido de cerca el enfermo y se examina por pri-mera vez, que es imposible discernir por los signos físicos dados al exámen del enfermo, si se trata de una pleuresía primitiva ó si se trata de una pleuresía secundaria de un absceso del hígado.

Tenemos un factor muy importante en la sin-tomatología del absceso del hígado, y es la fiebre. Esta fiebre reviste en esta enfermedad la forma remitente, siendo la ascensión térmica vespertina. Otras veces reviste la forma contínua y otras ve-ces como lo han observado algunos autores, la forma terciana; pero en estos casos qué parte le corresponde en esto al paludismo?

Estas oscilaciones manifiestas de la temperatura

no ofrecen nada característico en su principio; pero cuando el absceso está formado ya, se puede observar un descenso notable de la temperatura que se hace más manifiesta cuando el absceso se ha abierto al exterior.

La fiebre sin embargo puede faltar en algunos enfermos y todos nosotros hemos visto abrir un abdomen, encontrar un absceso en el hígado y no haber notado en el enfermo ningún movimiento febril durante su enfermedad.

Los escalofríos que acompañan los estados febriles en su principio, son signos excelentes para establecer que la supuración ha empezado. Hay que diferenciarlos de los escalofríos que produce la malaria, por ser aquellos más comunes á la tarde, sobreviniendo los de la malaria más comunmente á la mañana. La administración de la quinina, por otro lado, y sus efectos nos darán la clave de la lesión de que se trata.

El aumento de la temperatura local es un signo observado conjuntamente con la coloración, la tumefacción y el dolor, que se encuentran entre los enfermos, cuyo absceso está próximo á su terminación, abriéndose al exterior.

Las alteraciones intestinales, los vómitos, la cefalalgía, los sudores profusos son fenómenos que acompañan á la fiebre, y son debidos á la absorción de los productos sépticos del pús.

La dipsnea se añade frecuentemente en la sintomatología del absceso del hígado y es por la

intensidad que puede adquirir, que induce fácilmente á un error de interpretación, cuando el absceso se desarrolla en la cara superior.

El adelgazamiento notable, los sudores nocturnos, el agotamiento progresivo de las funciones vitales, la tós, la dipsnea, la fiebre; y por otra parte la falta de signos físicos muy claros de parte del hígado, pueden llevarnos á creer que se trata de una tuberculosis pulmonar. La auscultación de los pulmones y sobre todo de los vértices, nos darán la verdadera razón de los fenómenos observados.

Con todo este vasto cuadro sintomático, y de difícil interpretación que muchas veces, puede faltar y reducirse á uno que otro síntoma aislado, que aparece en el curso de esta enfermedad, hace que esta afección sea en algunas ocasiones de muy difícil diagnóstico.

Entre los medios que tenemos que valernos para llegar á una conclusión verídica, no hay que dejar de un lado los antecedentes del enfermo pues éstos son datos de primer órden y cuando se saben ordenar detenidamente, pueden ser preciosos puntos de reparo para la interpretación fiel de los signos físicos.

No hay que olvidarse de la apendicitis, que en muchas ocasiones es, la causa primordial del absceso del hígado.

Capítulo iv

Marcha y terminación: El absceso puede debutar como se ha dicho anteriormente por un aparato sintomático muy acentuado, fiebre, escalofríos, vómitos, dolores en el hipocondrio, etc.

A este estado le sigue otro que podríamos llamar sub-agudo en el que los síntomas disminuyen; la fiebre baja, el dolor general desaparece ó más bien se localiza en un punto, los escalofríos cesan ó aparecen de vez en cuando, coincidiendo con las exaserbaciones vesperales de la temperatura, el edema de la pared aparece, con la coloración rojiza, indicando que el absceso está en la perifería del órgano, y próximo á abrirse al exterior. Sin embargo no siempre las cosas suceden de ese modo, los síntomas tan acentuados que hemos visto aparecer al principio, pueden ser muy vagos, pasar desapercibidos, sobre todo cuando esta afección es una complicación de la apendicitis, ó de

cualquier otra afección supurativa de los órganos pelvianos, cuya sintomatología oculta más ó menos completamente, la marcha de la flegmasia hepática.

El punto donde el absceso se localiza, el número de estos abscesos, el estado del sugeto atacado de una enfermedad anterior, donde el absceso no es más que la consecuencia de ella, modifican notablemente la marcha de esta enfermedad.

La duración depende de la marcha que sigue el absceso.

Si el absceso en vías de formación puede reabsorverse, (como ha sido muy rara vez observado), la mayoría de las veces termina buscando salida á través de los órganos para vaciar su contenido purulento.

Los autores que han observado el primer modo de terminar, han podido observar el tejido cicatricial formado en la cavidad del absceso.

El segundo modo de terminar es el más común; á él, llegan la mayoría de los abscesos, en que una intervención quirúrgica no haya dado lugar ya, á este desenlace.

Según la posición del absceso, el pús tenderá á salir del lado del torax ó del lado del abdomen. Como la localización más frecuente del absceso es en la cara convexa, es por esta razón que en la cavidad torácica y en su pared, se abren el mayor número de abscesos.

Llega en estos casos el pus, á abrirse una vía muy sinuosa á través del diafragma y de la pleura

adherida y del pulmón, siguiendo su marcha ulcerativa se abre en un bronquio y de este modo se evacúa por vómica, el contenido del absceso.

Cuando no hay adherencias, casos raros, entre las pléuras, el púis se derrama en cavidad torácica produciendo de ese modo una pleuresía purulenta, que puede abrirse á su vez al exterior á través de la pared costal, dando lugar de este modo indirecto á la evacuación del absceso. Estos modos de terminar son muy graves pues dan lugar á fístulas que no se pueden curar y que extenúan completamente el enfermo y el desenlace fatal no se hace esperar.

Cuando el absceso está colocado en la cara inferior, es á través de los órganos abdominales ó de su pared que el púis sale al exterior. Este último modo de terminar, es un modo benigno de terminación, pues en este caso se ahorra al enfermo una operación que tenía por objeto de hacer artificialmente lo que la naturaleza ha hecho por sí sola. El segundo modo de terminar, es cuando el absceso se abre en la cavidad abdominal ó en un órgano vecino.

Las complicaciones que sobrevienen en estos casos, son generalmente y rápidamente mortales.

Cuando existen adherencias del peritoneo con los diversos órganos abdominales, el púis puede enquistarse y abrirse ulteriormente al exterior.

El cólon que está inmediatamente en contacto con la cara inferior del hígado, contrae fácilmen-

te adherencias con la pared del absceso y puede ser fácilmente perforado por el púS, y formar así una vía, para el vaciamiento de la colección purulenta. Este modo de terminación que ha sido registrado pocas veces, quizás sea debido á que este desenlace haya pasado desapercibido á los observadores, pues la diarrea que es muy habitual en estos enfermos, ha podido ocultar la presencia del púS en la deyección, y de este modo, esta manera de terminación ha escapado probablemente á la estadística.

La abertura del absceso puede hacerse en el estómago, y dar lugar á que el púS salga al exterior ya sea por los vómitos ó por las materias fecales.

Se ha observado la abertura del absceso en la vena cava inferior; en estos casos la muerte por sofocación sobreviene súbitamente, lo mismo cuando el púS es derramado en el pericardio, por perforación de su pared, como ha sido observado muy raramente.

En muchas ocasiones la muerte del enfermo sobreviene antes que el absceso haya terminado su evolución: En este caso las funciones de la nutrición se alteran por las pérdidas que el organismo sufre, minado por la diarrea, la fiebre contínua, los sudores profusos, que reducen al paciente á un grado tal de comsunción, que la muerte sobreviene lenta pero seguramente.

La complicación más frecuente del absceso del hígado es la peritomtis por propagación de vecin-

dad. Esta grave complicación trae como consecuencia la muerte rápida del enfermo.

La hemorragia producida por la abertura de un vaso importante durante el período ulcerativo del absceso al abrirse paso al exterior, es muy raro. Cuando se abre en el cólon el absceso, puede dar lugar á la abertura de un vaso, y el enfermo puede sucumbir á la hemorragia consecutiva.

Capítulo V

Diagnóstico: En nuestros países donde el absceso del hígado no es tan frecuente, como sucede en los países cálidos, aleja algunas veces al clínico de la posibilidad ó de la existencia de un absceso hepático. Si se añade que el absceso del hígado puede evolucionar silenciosamente, con una escasez muy grande de síntomas, se verá que es necesario buscar prolijamente en el exámen del órgano, un signo que nos haga encaminar sobre la vía del diagnóstico.

Cuando el absceso se desarrolla hacia la base del tórax, con tal intensidad sobrevienen las complicaciones de vecindad, que el médico se halla imposibilitado en muchas ocasiones, para hacer un diagnóstico diferencial. Si bien es verdad que los síntomas del absceso del hígado, pueden en su principio ser vagamente interpretados y dar lugar á errores de diagnóstico, no hay que exage-

rar sin embargo demasiado, y creer que la mayor parte de las veces se tenga que renunciar á hacer un diagnóstico diferencial; no; puede uno á veces equivocarse, pero el exámen metódico del enfermo, la observación de los síntomas detallada y circunspecta, y cuando no se puede por estos medios, no hay que olvidarse que la punción exploradora, evita muchas veces estos errores.

La hepatitis es de difícil diagnóstico en su principio, en efecto si recordamos que en esta afección se constatan los síntomas comunes á todos los procesos inflamatorios, al mismo tiempo que el dolor agudo localizado en el lado derecho, la dipsnea, la fiebre, etc., pueden confundirnos ya sea con una pleuresia, ó una neumonía.

La auscultación del enfermo por una parte, el exámen del hígado por otra, nos revelarán la afección de que se trata.

El diagnóstico diferencial de la hepatitis simple y de la hepatitis supurada, es muy difícil, sobre todo si se tiene en cuenta que la hepatitis supurada, empieza por una hepatitis simple.

Se ha observado un hecho que parece clínicamente paradoxal, pero que es cierto, é importante de conocer; y es el fenómeno siguiente: cuando á la hepatitis simple le sigue la hepatitis supurada, los síntomas de la primera disminuyen; el estado del enfermo se agrava y sin embargo se ha producido una reacción; reacción ficticia si se quiere, pero que hay que tenerla en cuenta, para

que no pueda sorprendernos. Sin embargo, aparecen después de poco tiempo los escalofríos y la fiebre remitente vesperal, conjuntamente con el dolor localizado, que denotan que el púS se ha formado en una parte limitada del órgano. Otras veces en el curso del absceso del hígado, los síntomas desaparecen completamente y sobre todo la fiebre baja hasta la normal. En estos casos hay que observar detenidamente el enfermo pues estos denotan, la apertura del absceso al exterior ó la evacuación de su contenido en un órgano vecino.

La fluctuación que es el signo patognomónico, como se ha dicho, de las colecciones líquidas, debe buscarse sobre todo en el punto doloroso, si es posible cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial.

Hay que tener en cuenta sin embargo, que los cánceres encefaloides reblandecidos del hígado, son susceptibles de dar una sensación muy neta de fluctuación, y llevar á un error de diagnóstico. Sin embargo por la marcha de la afección y sobre todo por la punción exploradora, medio tan seguro como inicuo podemos evitar un error.

Aunque el lóbulo derecho sea comunmente atacado, es necesario, cuando se examina un enfermo para hacer un diagnóstico diferencial, explorar detenidamente el lóbulo izquierdo, sobre todo para evitar errores con afecciones del bazo.

Los antecedentes del enfermo, el dolor localiza-

do, la fiebre remitente vesperal, el aumento de volúmen del hígado, la fluctuación son síntomas suficientes para poder hacer un diagnóstico la mayor parte de las veces.

Respecto del quiste hidatídico del hígado no supurado, su diagnóstico con ciertos abscesos del hígado que no producen elevación de temperatura, y no dan lugar á reacciones generales del organismo, como sucede la mayoría de las veces en los quistes, es sumamente difícil, y se puede ver muchas veces un quiste ser tomado por un absceso, y un absceso por un quiste.

Hay otras enfermedades, con que se puede confundir el absceso del hígado, pero al hablar de la sintomatología, ha hecho notar la diferencia, de algunos síntomas comunes á estas afecciones.

Capítulo VI

Pronóstico: Los enfermos abandonados á sus propias fuerzas están destinados en casi todos los casos á un desenlace fatal, puesto que la reabsorción de un absceso es tan excepcional, que el pronóstico no puede ser influenciado favorablemente, á pesar de ésto.

En la gran mayoría de los casos, la fiebre, la anorexia, los sudores profusos, la falta de reparación orgánica, debidas á la absorción de las substancias sépticas, agotan las fuerzas del enfermo que sucumbe en el marasma más completo.

La abertura del absceso al exterior á través de la pared abdominal, es un modo de terminación feliz, pero la mayor parte de las veces la abertura del absceso, á través de los órganos vecinos, es de un pronóstico sumamente grave, y en casi todos los casos, fatal.

La pluralidad de abscesos en el hígado, es una

complicación que agrava considerablemente el pronóstico, puesto que generalmente se abre un absceso por medio de una intervención quirúrgica, y el otro absceso, si no comunica con este, puede pasar desapercibido, y evolucionando hácia su terminación, puede abrirse ya sea en el peritoneo, dando lugar á una peritonitis, ya en cualquier órgano vecino, y el sugeto ya debilitado por la operación anterior, hace que la muerte sea seguramente el término de sus padecimientos.

La espectación que se observaba por los cirujanos de otras épocas, era una causa segura de agravación del pronóstico tanto que Dutroulau decía que «la muerte era la regla general, en los enfermos que llevaban un absceso en el hígado.»

Hoy en día que se operan los enfermos inmediatamente de haberse diagnosticado un absceso en el hígado, por los procedimientos operatorios de los cuales hablaremos en el otro capítulo, podemos sin temor de equivocarnos, invertir la afirmación de Dutroulau diciendo: que la curación, cuando se interviene prontamente en los abscesos del hígado, es la regla, y la muerte la excepción.

SEGUNDA PARTE

Capítulo I

TRATAMIENTO

El capítulo del tratamiento del absceso del hígado, lo he dividido en varias partes y son las siguientes:

1ª ¿Se trata de un absceso del hígado?

2ª Si se trata de un absceso del hígado ¿cuál es el momento más propicio para intervenir?

3ª ¿Cuál es el procedimiento más conveniente?

4ª Descripción de los diferentes procedimientos operatorios.

5ª Historias clínicas.

Parte 1ª ¿Se trata de un absceso del hígado?

La falta de antecedentes en el enfermo, la obscuridad de los signos físicos por otra parte, dan lugar á que el clínico sospeche sin estar seguro, de que se trata de un absceso del hígado.

¿Qué debemos hacer en esta circunstancia?

Hay un medio tan seguro como inocuo, para cerciorarse de la presencia del pús en el hígado,

como de la situación que ocupa en este órgano, con el fin de guiar al cirujano á un tratamiento racional, y este es, la punción exploradora.

Antes de hacer tal ó cual operación, antes de hacer una incisión á la pared abdominal ó torácica, es necesario efectuar una punción exploradora al nivel del punto doloroso, al nivel del punto donde el edema, la coloración de la piel ó el abovedamiento de la pared abdominal, ó de la pared torácica, nos indican la presencia de un proceso supurativo, en la víscera subyacente.

Aunque la punción sea naturalmente insuficiente para curar el absceso del hígado, sin embargo son grandemente útiles para el diagnóstico y la posición del pús, sin presentar ningún daño para el enfermo, aun en los casos que no se haya podido constatar su presencia.

Muchas veces es necesario punsar no solamente una vez, sino varias, para poder dar con la colección purulenta ó poder afirmar su no existencia, pues de otro modo, podría escaparnos sin ser hallado, un absceso pequeno en vías de formación ó un absceso colocado profundamente, sabiendo por otra parte, cuan interesante es descubrir en su principio, un absceso del hígado para poderlo tratar en seguida.

Al introducir la aguja capilar en el hígado, para efectuar la punción, es necesario guardar ciertas reglas que van expresadas á continuación: 1° punzar la pared toráxica ó abdominal, advirtiendo al

enfermo, de que no respire en ese momento; 2º introducir prontamente la aguja y profundamente; 3º cuidar de que tanto la geringa como la aguja funcionen bien; 4º desinfectar prolijamente tanto los instrumentos, como la región en donde se va á efectuar la punción.

De este modo se evitará, observando las dos primeras reglas de no desgarrar ni la cápsula ni el parénquima hepático, como lo he podido observar en un enfermo, en cuya autopsia se comprobaron estas lesiones, como tambien la inmensa hemorragia que le sobrevino y de la cual sucumbió: Observando la tercera, se evitará hacer un error de diagnóstico donde podría existir un absceso, y por fin no es necesario insistir sobre la cuarta regla, pues en caso de no ser un absceso, no habrá peligro de infectar las cavidades que atravesará la aguja.

No quiero insistir más, sobre los resultados benéficos de esta exploración, sobre todo cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial, que de otro modo sería imposible llegar.

Una vez que nos hemos cerciorado por ese procedimiento de la presencia del púis y de su situación, entraremos á discutir el segundo punto.

2ª Parte—Si se trata de un absceso del hígado, *¿cuál es el momento más propicio para intervenir?* Esta cuestión, hubiera preocupado muchísimo á los cirujanos de otros tiempos, pero hoy en día, está fuera de toda discusión, que hay que in-

tervenir, no bien se diagnostique un absceso del hígado. En efecto, se sabe que una condición indispensable, para obtener un feliz resultado operatorio, es intervenir lo más pronto posible, sin esperar á que los productos de la supuración agoten las fuerzas del enfermo, y nos veamos de este modo obligados á renunciar, á todos los beneficios que se obtienen en dicha intervención.

Los cirujanos antiguos, tenían verdadero horror á todo acto operatorio y solamente se decidían á operar sus enfermos muy tarde, y cuando la terminación de la enfermedad no se efectuaba por uno de los modos que conocemos; entonces y solamente entonces se intervenía; obteniendo los resultados desastrosos que se pueden suponer, en individuos operados en esas condiciones, tan pésimas.

La mortalidad tan grande de los enfermos que se operaban en ese estado de agotamiento, aumentaba todavía más el temor, y entonces se decidían á esperar un desenlace por las vías naturales, que era tan mortífero como la intervención quirúrgica misma.

Hoy la espectación ha sido desechada en el tratamiento del absceso, y Ia intervención pronta y eficaz ha sustituído á la espectación, y de ese modo se ha sustituído también á la mortandad, la sanación.

Muchos autores aconsejaban intervenir cuando la fluctuación, el edema de la pared hacían supo-

ner, que entre el absceso y la pared, se habían formado adherencias.

Boinet protestó contra la manera de ver de sus compañeros, y demostró los daños que se hacían correr á los enfermos, contemporizando bajo pretexto de prudencia y esperando que el absceso formase adherencias á la pared.

Basta que la punción exploradora nos indique la presencia y situación del púS, para que una intervención sea justificada, y no es necesario esperar á que el edema, la fluctuación, las lesiones de vecindad, hayan demostrado que está adherido ó que está próximo á franquearse una vía al exterior á través de alguna víscera.

Dos razones podrían detener la mano del cirujano, que quiera decidirse á intervenir en un enfermo de absceso del hígado, y son: 1° la gravedad más ó menos grande de la lesión; 2° el grado de resistencia que presenta todavía el enfermo, agotado por un padecimiento anterior, donde el actual no es más que la consecuencia.

Sin embargo cuando por estas dos razones, no se justificase una intervención, es necesario acordarse que la vida de estos enfermos dejados á sus propias fuerzas, está casi seguramente condenada á la muerte y que en muchas ocasiones una intervención quirurgica practicada aun en este estado, puede salvar la vida del paciente. He podido observar, durante mi internado en el Hospital Italiano, enfermos que entraban á las

salas de cirujía en un estado de agotamiento casi completo, determinado por la fiebre, los sudores y la anemia, y salvaban en su gran mayoría, debido á una pronta intervención.

Las conclusiones son las siguientes: puesto que no tenemos ningún medio seguro, para poder saber cuando se han formado adherencias; puesto que poco importa que ellas existan, puesto que la espectación es una causa de fracaso en una intervención; es necesario intervenir prontamente, tan pronto como se tenga la prueba, de la existencia de un absceso.

Esperar á operar á un enfermo, es esperar que el avanzamiento de las lesiones, nos pongan en la imposibilidad de sacar todos los beneficios, de una intervención tan segura como eficaz.

De ese modo solamente, podremos salvar á nuestros enfermos, condenados casi seguramente á sucumbir por los progresos de las lesiones.

3ª Parte—¿Cuál es el procedimiento más conveniente?

Ningún tratamiento médico es susceptible de curar á un enfermo atacado de absceso del hígado; nos queda entonces el tratamiento quirúrgico. ¿Y en qué consiste este tratamiento?

Pues simplemente en lo siguiente; determinar por la punción exploradora el lugar del absceso, penetrar, según su situación, ya sea por la pared abdominal ó por la pared torácica, llegar al híga-

do, abrir el absceso si está adherido á la pared abdominal, y si no lo está, se suturan sus paredes á la pared del tronco, se da salida al púis y se drena; he ahí reducido á su más mínima expresión todo el procedimiento operatorio.

¿Qué vía debemos seguir para llegar al hígado?

Vamos á dividir los abscesos del hígado según la posición que ocupan, en abscesos de la cara superior y abscesos de la cara inferior. Estos se pueden subdividir cada uno en abscesos adherentes y abscesos no adherentes.

1° Se trata de un absceso de la cara inferior del hígado, que está adherido. Es la vía abdominal la que hay que seguir, y la operación en estas condiciones, no presenta ninguna dificultad, pues todo se reduce á la insición de la pared abdominal y de la pared del absceso, que está íntimamente ligada á ella por las adherencias.

2° Es un absceso de la cara inferior pero no está adherido. En este caso hay que hacer una adherencia artificial del hígado á la pared abdominal, siendo un poco más complicada que la primera operación, pero que tampoco ofrece dificultades como más adelante veremos al hablar de la manera como se debe intervenir. Lo mismo que para la anterior, la vía que hay que seguir en este caso es la vía abdominal, con insición lateral ó mediana.

3° y 4° Cuando el absceso está colocado en la cara convexa del hígado haciendo prominencia

hacia el tórax, no es ya la vía abdominal la que hay que seguir para abordar el absceso, sino la pared torácica. En este caso puede suceder como en los anteriores, que el hígado esté adherido al diafragma, y éste á la pared costal, ó que no esté adherido ni el hígado al diafragma, ni éste á la pared costal.

En el primer caso se resea una costilla, previa incisión de la pared, se penetra á través de la pleura adherida al diafragma, se incinde este último, y se penetra en la cavidad del absceso, dando salida al púis por su abertura.

En el segundo caso, que es el más complicado, puesto que hay que fijar antes de abrir el absceso, previamente el hígado, á la pared torácica por un procedimiento puesto en práctica por el doctor Posadas y que más adelante indicaré con todos los detalles que pueda.

Así pues cuando el absceso está adherido á la pared, ya sea torácica como abdominal, la operación se reduce á la abertura de un absceso de cualquiera otra parte del cuerpo, siendo en el caso de no estar adherido, que la operación se hace algo más complicada.

Es precisamente por la falta de adherencias, que los cirujanos como Recamier, Graves, etc., antes de abrir un absceso del hígado, intentaban por los medios, que más adelante expondré, de obtener dichas adherencias, efectuando de ese modo la operación en dos tiempos: 1° abertura de la pared

abdominal hasta el absceso exclusive, y esperar á que éste adhiriese á la pared; 2° abertura del absceso una vez que estaba adherido.

Parte 4ª—Descripción de los diversos procedimientos operatorios

No nos detendremos, sino someramente y con pocos detalles, en describir los diversos procedimientos que se han puesto en práctica otras veces, para abrir un absceso del hígado, pero que hoy en día, han sido ya completamente abandonados.

Describiremos después los procedimientos que se siguen hoy en día, teniendo en cuenta como hemos dicho anteriormente, las diferentes posiciones del absceso y sus adherencias á la pared.

Así pues trataremos primero el absceso de la cara inferior que sabemos se presenta ya sea adherido ó no.

1er caso.—Tratamiento quirúrgico del absceso de la cara inferior del hígado no adherido á la pared abdominal.)

Uno de los procedimientos que antes se seguían era el de Graves.

Este cirujano incindia lentamente capa por capa todo el espesor de la pared abdominal, al nivel del punto donde la fluctuación se hacía más manifiesta, hasta dos ó tres milímetros antes de lle-

gar al peritoneo: colocaba en la herida unas tiras de gaza para impedir que se cerrara y la dejaba supurar.

La inflamación no tardaba en sobrevenir y las adherencias se formaban al cabo de unos cuantos días. Una vez establecidas estas últimas, abría con un bisturi el absceso, si no lo había hecho ya por la vía que ya se le había preparado.

Begin contaba sobre la inflamación provocada por la incisión completa de la pared abdominal inclusive el peritoneo, para determinar la formación de adherencias de esa manera.

Cuando él creía que dichas adherencias estaban establecidas, que generalmente era al cabo de dos ó tres días, abría el absceso.

A pesar de todas las precauciones que se tomaban para evitar la peritonitis ésta sobrevenía, en la mayoría de los casos, así que él había renunciado á seguir este procedimiento.

Recamier colocaba una capa de pasta de Viena al nivel del punto donde creía que estaría el absceso, y cuando la escara estaba formada, sacaba esta capa y la sustituía por otra, que producía los mismos efectos que la primera, y así renovando continuamente la pasta, se acercaba gradualmente á la bolsa del absceso, y durante este tiempo las adherencias del hígado con la pared se habían formado. Llegado á la pared del absceso en esas condiciones, tomaba un trócar ó un bisturi y daba salida al pús.

Todos estos procedimientos, como se podrá ver, tenían por objeto producir adherencias á fin de evitar la peritonitis que se producía casi seguramente por la salida del púis y su derrame en la cavidad serosa peritoneal.

Es indiscutible que estos métodos pudieran darles el resultado más arriba indicado, pero aparte del tiempo que debían perder, para que las adherencias se formasen, y que algunas veces no se producían, influía sobre la vida del enfermo que necesitaba ser operado prontamente, y sobre todo el método que seguía Recamier, era sumamente doloroso y de tal modo debilitante, que en los individuos agotados ya por su absceso, no podían resistir este verdadero martirio y sucumbían casi siempre, antes de alcanzar los beneficios de la operación

Boinet punzaba con un trócar el absceso, y dejaba la cánula del trócar en la cavidad del absceso, y de ese modo evacuaba su contenido; al cabo de cierto tiempo la irritación provocaba adherencias.

Pero á Boinet que poco le importaban las adherencias, tuvo que abandonar este método, porque veía indefectiblemente renovarse el púis en la cavidad del absceso, á pesar de haberlo evacuado dos ó tres veces y de lavarlo detenidamente con líquidos antisépticos. La consecuencia era que el absceso no curaba nunca, pues la cicatrización no podía sobrevenir en una cavidad cuyas paredes supuraban constantemente.

Es precisamente debido á estos inconvenientes que Stromeyer Litle operaba sus enfermos por el procedimiento siguiente:

Introducía donde suponía que estaba el absceso una aguja de tres milímetros, pues una aguja más fina podía dar lugar á su obstrucción, por los grumos del púS ó los colgajos del tejido esfacelado. Algunas veces, muchas punciones y practicadas en diferentes puntos, eran necesarias, para investigar la presencia y la situación del púS.

Una vez determinada la situación del absceso, introducía un bisturi, sirviéndole de guía el mismo trócar, abría anchamente la pared del absceso, preocupándose muy poco de si hubiera ó no adherencias con la pared abdominal.

Los puntos donde él practicaba preferentemente la punción exploradora y la incisión se encontraban al nivel del octavo y noveno espacio intercostal derecho sobre la línea axilar media, pues en ese punto era donde la mayor separación de los espacios intercostales, le daban más campo para maniobrar fácilmente, pudiendo colocar después un tubo de drenage. Este método como se puede observar no conjura ningún peligro, que de otra manera se podría evitar, me refiero al derrame de púS en las cavidades serosas que se tienen que atravesar para llegar al hígado no adherido á la pared.

Si bien es verdad que Stromeyer Litle creía que el púS era estéril, no es una razón para que noso-

tros lo sigamos creyendo, pues hay abscesos que contienen un púS muy virulento y capaz de producir peritonitis generalmente mortales.

Es por estas razones que no debemos seguir este método, pues por el procedimiento, que más adelante indicaré, no hay ningún peligro y la peritonitis casi nunca se produce.

Zancarol exploraba la región y determinaba la situación del absceso por medio de la punción exploradora, incindía la pared abdominal ó torácica por medio del termo-cauterio, resecaba una costilla si había necesidad; llegaba sobre el absceso incindiendo siempre con el termo-cauterio sirviéndole de guía la misma aguja exploradora, abría el absceso de la misma manera, pero apenas lo suficiente para poder introducir un dedo y llevar la pared del absceso en contacto con la pared del tronco cuando no había adherencias. De esta manera, según este autor, el derrame del púS en la cavidad serosa, era evitado.

Unos separadores eran introducidos en la cavidad del absceso, y de esa manera mantenían más el contacto de la bolsa y la pared.

Alargaba entonces la incisión, lavaba la cavidad del absceso, con una solución de ácido salicílico al milésimo, hasta que el agua salía clara, y con unos algodones montados en pinzas largas, limpiaba la pared del absceso quitando las partes esfaceladas del tejido hepático.

Llenaba entonces con gasa iodoformada toda

la cavidad del absceso y sacaba los separadores.

Colocaba una curación con abundante algodón y gasa y á los dos ó tres días renovaba la curación, pero entonces ya no ponía los separadores pues las adherencias se habían formado.

Este método tampoco está exento de peligros, pues no nos da una seguridad verdadera y no nos pone al abrigo del derrame del púis en la cavidad.

Si ninguno de estos procedimientos que hemos descrito nos da las garantías necesarias para efectuar una operación inocua y benéfica, ¿cuál es el procedimiento que debe seguirse en estos casos? Es el siguiente: después de desinfectar con mucha prolijidad la región en donde va á efectuarse la operación, previa punción exploradora, que nos designe la situación del absceso, se practica una incisión longitudinal, en el punto donde la presencia del púis ha sido determinada. Hay que insistir en que la incisión deba hacerse longitudinal, paralela á los rectos del abdomen ya sea mediana ó lateral; pero nunca debe hacerse una incisión transversal, puesto que la retracción de los músculos subyacentes, darían lugar á un alejamiento enorme de los labios de la herida, y cuando la cicatrización sobreviene, la debilidad de la pared en ese punto puede dar lugar á hernias y á verdaderas eventraciones, como se pueden observar, aparte de la enorme cicatriz á que da lugar semejante herida.

Se práctica pues una incisión lateral, siguiendo el borde derecho del recto del abdómen, cuando el absceso está colocado en ese lóbulo y mediana cuando está colocado el absceso en el lóbulo izquierdo. Se llega cortando capa por capa hasta el peritoneo, que se incinde á su vez, pero en una extensión menor, que la que tiene la herida de la piel.

Una vez abierto de ese modo el abdómen, se ve aparecer la superficie del hígado con su coloración normal, casi siempre.

Se toma otra vez la geringa y se practica una segunda punción exploradora, para volverse á cerciorar de la posición y profundidad del absceso, se retira la aguja, y tomando un trócar especial se introduce en el mismo sitio donde se ha efectuado la punción anterior. Una vez introducido de este modo el trócar, se retira el punzón dejando la cánula, se da salida al púis, teniendo muchísimo cuidado de que no caiga ni una sola gota en la cavidad peritoneal. Se deja salir una cierta cantidad de este púis y cuando la tensión de la bolsa del absceso haya disminuido, y que sus paredes hayan cedido, se procede á la sutura del hígado al nivel de la bolsa, á la pared abdominal.

Se toma una aguja curva muy curva, montada en un porta agujas, se enhebra con un catgut grueso y resistente para que no sea prontamente reabsorbido, siendo de importancia capital el que deba ser mojado previamente para que se haga

flexible y no desgarre el parénquima hepático muy friable, cuando se apreta el nudo de la sutura que lo va á fijar á la pared.

En la sutura del hígado á la pared hay que observar ciertas reglas.

La sutura se puede hacer por puntos separados como se hace comunmente para cualquier otra sutura ó bien por puntos en U, siendo esta sutura la que hay que preferir, porque da un contacto más íntimo de las dos superficies.

Para proceder á esta segunda manera de sutura, se introduce la aguja partiendo de la piel por todo el espesor del labio de la herida abdominal, hasta llegar al peritoneo inclusive. Se introduce en el parénquima hepático bastante profundamente la aguja (y esto es de mucha importancia) para salir después de haber atravesado el hígado en la extensión de un centímetro y medio, á través de la pared abdominal á la misma distancia, es decir un centímetro y medio del punto de entrada. Es importante insistir sobre la profundidad á que debe ir la aguja, y la cantidad de parénquima hepático que debe comprender cada puntada, pues de ese modo se evita seguramente la desgarradura del tejido hepático, que de otra manera se rompería fácilmente debido á su gran friabilidad. Se colocan pues dos puntos de sutura en U de cada lado de los labios de la herida, según la extensión de ésta, y uno en cada ángulo superior é inferior, de manera que el peri-

toneo visceral que no está en contacto con la herida, quede protejido por esta sutura, lo mismo que el peritoneo parietal, y no haya peligro una vez abierto el absceso, de que una sola gota de pús caiga en la cavidad peritoneal.

Fijado de ese modo el hígado á la pared abdominal y protejida la cavidad serosa que se ha abierto, se procede á la abertura de la cavidad del absceso y á la evacuación del pús.

Como todavía no hemos retirado el trócar de la cavidad del absceso, se toma un bisturí y se incinde el higado y la pared del absceso, sirviéndose del trócar como guía. El bisturí debe colocarse al lado del trócar y al incindir, sobre todo, hay que tener cuidado de no llegar con la incisión á cortar los hilos de sutura.

El pús de esta manera habrá salido al exterior y la tensión por consiguiente de la pared habrá desaparecido. Esto hará que la distención de las vísceras abdominales, sobre todo los intestinos, lleguen á poner en contacto, cuando el absceso no es muy central, sus paredes, (como sucede en los quistes hidatídicos); esto hará que el pús sea enteramente vaciado de la cavidad del absceso al exterior.

Sin embargo es bueno siempre, con unas gazas secas, sacar todo el pús que todavía podía haber quedado.

Antes de colocar el drenage, algunos autores, hablan de lavages de la cavidad con líquidos an-

tisépticos, agua oxigenada ó agua esterilizada pura. Todo esto es innecesario y como lo haremos notar después, es hasta dañoso cuando se trata de las curaciones ulteriores á la operación.

Como quedan cavidades con paredes supurantes, es necesario poner un drenage para dar salida al púis, que se produce á medida que se van eliminando las partes esfaceladas de la pared y que van reemplazándose por tejidos nuevos.

Esta cuestión del drenage de una cavidad que supura es muy importante, pues solamente un buen drenage asegura el éxito de una operación, y la cicatrización rápida de la cavidad es el resultado de todo esto.

¿Cómo se debe drenar pues un absceso del hígado, después de haber incindido sus paredes y de evacuado el púis?

Algunos llenan de gasa simple ó iodoformada la bolsa del absceso, obliterando de este modo la abertura por donde debía salir el púis.

Este drenage, que verdaderamente, de drenage no lleva más que el nombre, no debe usarse, pues en vez de dar salida al púis, lo retiene en la cavidad supurada, en la superficie de la gaza, y de este modo los productos sépticos, que pueden hacerse muy virulentos, son absorbidos y producen los graves inconvenientes, que nosotros ya conocemos.

Además cualquiera que haya hecho una curación de un absceso del hígado y haya drenado con

gaza la cavidad, habrá podido observar, que después de haber retirado de la cavidad la gaza empapada en púis, si la secreción es muy abundante, como sucede durante los primeros días, empieza á salir por la herida, el púis que no podía salir pues la gaza se lo impedía. Por todas estas razones debemos deshechar completamente este modo de drenar las cavidades supuradas.

Otro drenage muy común es el que se hace con tubos de cauchú, dispuestos de diferentes maneras.

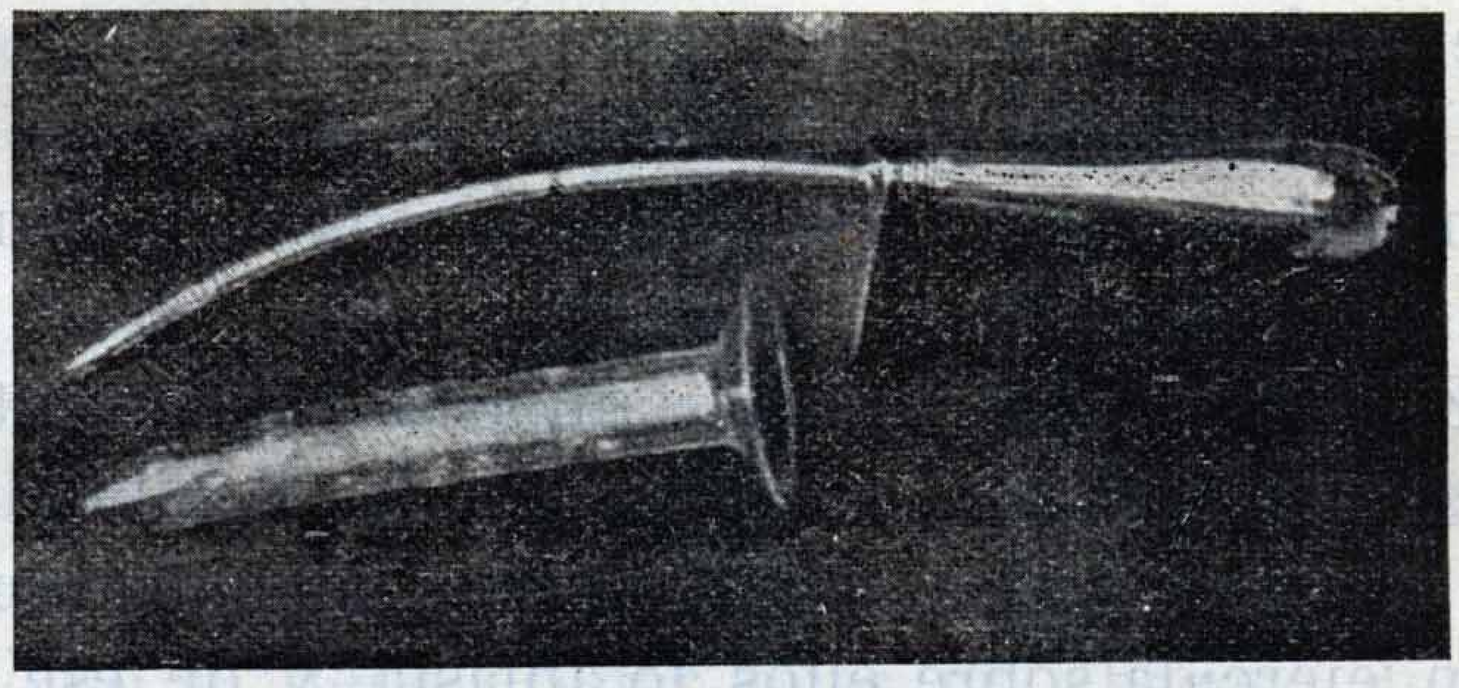
Este modo de drenar tampoco está exento de inconveniente, puesto que, por la flexibilidad de las paredes de los tubos, la más pequeña compresión ejercida sobre ellos lo aplasta, y de ese modo se pierden todos los beneficios que se deberían obtener de un buen drenage.

Además estos drenages no pueden desinfectarse convenientemente, cuando se practican las curaciones sucesivas en los días que siguen la operación.

¿Cuál es pues el drenage, que no se deja aplastar, que no forma codos, que pueda desinfectarse en un momento dado con todas las reglas que la antisepsia exige, que reuna en fin todas las condiciones necesarias de un buen drenage y no retenga el púis en la cavidad como lo hace el drenage con gaza?

Todos estos drenages que no reunen todos los requisitos necesarios deben ser reemplazados por

los tubos de vidrios. Estos tubos los he visto usar en las salas de cirugía del doctor Posadas, y es á mi modo de ver los que reunen las mejores condiciones para ser un buen drenage y los que dan las mayores seguridades y por consiguiente los mayores beneficios.



Tubo de vidrio para drenage y trócar

Los tubos de vidrio, empleados para drenar las cavidades supurantes, son de diferentes tamaños, con agujeros laterales, con sus extremidades redondeadas y romas que terminan por una de ellas en una especie de pabellón. Estos drenages tienen, además de la ventaja de no aplastarse, y pueden desinfectarse en la sala de curaciones con agua hirviendo y en pocos minutos.

Se coloca entonces después de haber abierto el absceso, un tubo de vidrio para drenar la cavidad. Antes de incindir el hígado, después de haberlo suturado á la pared, es necesario cerrar los ángulos de la herida abdominal si es que quedan abiertos.

Colocado el tubo de vidrio en la cavidad, se

hace una curación con mucha gaza seca y algodón (ambos esterilizados), para que el pús que irá sucesivamente saliendo y que será muy abundante en los primeros días, no ensucie el vendaje demasiado pronto.

Las curaciones sucesivas deberán practicarse diariamente durante la primera semana puesto que, la eliminación de las partes mortificada se hace con mucha rapidez.

No se deberá lavar la cavidad con ninguna clase de líquido.

Sobre este punto es necesario insistir, pues de ello depende muchas veces, que una cavidad supurante se cicatrice con más ó menos rapidez.

¿Qué inconvenientes tiene el lavage hecho con líquidos antisépticos, los días subsiguientes á la operación, sobre las paredes de la cavidad supurante y en vías de cicatrizarse?

Un inconveniente capital, de gran importancia y que por sí sólo basta para desechar completamente estos lavages, es la destrucción de los botones carnosos, que se forman en las paredes de la cavidad, que son los que regenerarán el tejido destruído, y la consecuencia de todo esto es el impedir ó retardar considerablemente la cicatrización de sus paredes.

Estas son las razones que hacen desechar completamente de las curaciones ulteriores de las cavidades supurantes, el lavaje.

Observaciones hechas al respecto en las salas

de cirugía prueban la verdad de esas aserciones.

No se deberá lavar pues las cavidades que supuran, si no se quieren ver á los enfermos permanecer en las salas mucho tiempo con su cavidad supurante, sin poder llegar á una curación definitiva.

Un buen drenaje, hecho con todas las reglas necesarias, basta para dar salida á los productos del púS, y para poder asegurar por consiguiente una cicatrización pronta y una curación, por consiguiente rápida también.

(SEGUNDO. — TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS DEL HÍGADO, DE LA CARA INFERIOR, QUE ESTÁN ADHERIDOS Á LA PARED ABDOMINAL).

En estos casos la operación se simplifica notablemente, pues estando el hígado adherido á la pared, la cavidad peritoneal queda aislada, no hay peligro que el púS caiga en el peritoneo, y de esta manera se suprime un tiempo importante y difícil de la operación anterior y es la sutura del hígado á la pared abdominal. La operación queda pues reducida de esta manera, á la incisión de la pared abdominal, punción exploradora, abertura del absceso y drenage.

Como en la operación descrita anteriormente, la incisión deberá practicarse del mismo modo y donde la presencia del púS, haya sido determinada de antemano.

Se incinde entonces capa por capa la pared

abdominal, que por el hecho de estar adherida con el hígado, se encuentra, dura y edematosa, hasta llegar al peritoneo, si es que se puede distinguir, ó más bien hasta el tejido hepático.

Se practica una punción exploradora para más, seguridad, y se hace seguir de la punción con trócar, y con el bisturi guiado por este último se incinde con precaución pero, anchamente la bolsa del absceso.

Es conveniente antes de abrir el absceso, invertir los bordes de la herida, para impedir así la posibilidad de que el pús se infiltre, entre las diferentes capas que forman la pared abdominal.

Se evacúa el pús, con gasas secas y se drena como se ha dicho anteriormente. Las curaciones ulteriores se practican de la manera antedicha.

Las conclusiones que se desprenden de lo dicho anteriormente son las siguientes: 1° Que el tratamiento de los abscesos de la cara inferior del hígado que están adheridos á la pared abdominal, se reduce á su abertura para dar salida al pús.

2° Que en el tratamiento de los abscesos no adheridos á la pared abdominal, hay que adherir artificialmente, por medios de suturas, el hígado á la pared, haciendo de este modo, lo que no ha hecho la naturaleza y la marcha de la enfermedad.

3° Que la sutura del hígado, hay que hacerla profundamente. con catgut grueso y mojado, para no desgarrar el hígado.

4° Que debe drenarse con tubos de vidrios, por ser ese el mejor modo de drenar las cavidades supuradas.

5° Que no se debe lavar las cavidades supurantes, so pena de ver á nuestros enfermos condenados á una estadía prolongada en las salas, por falta de cicatrización de la cavidad.

Todas estas conclusiones se deben tener en cuenta, cuando se trate un absceso del hígado de esta naturaleza.

(TERCERO.—TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS DEL HÍGADO SITUADOS EN LA CARA SUPERIOR DE ESTE ÓRGANO Y ADHERENTES AL DIAFRAGMA.)

Cuando la pared está edematosa, cuando la coloración rojiza de la piel al nivel de un punto muy superficial de un absceso hepático, que se desarrolla hácia la bóveda del diafragma y hácia la base del tórax, y que la punción exploradora á ese nivel nos ha ya dado la certidumbre, de que una colección purulenta se ha formado en el interior de la víscera subyacente, y que por todas estas razones, podríamos afirmar que se han formado adherencias entre el hígado y la pared torácica; la abertura de un absceso del hígado en estas condiciones, se realiza de la manera, que hemos descrito anteriormente al hablar de los abscesos de evolución inferior ó abdominal, que han determinado adherencias con la pared.

La intervención quirúrgica es completamente

simple en estas circunstancias. Es la abertura de un absceso profundo.

En efecto: la incisión de la pared torácica, deberá hacerse al nivel del punto donde la punción exploradora, nos haya indicado la situación del absceso.

Se deberá extirpar una costilla para dar mayor campo operatorio.

La forma de la incisión deberá ser curvilínea y paralela á la costilla que se va á extirpar, de manera que por la forma curvilínea, pueda prolongarse por sus extremidades á necesidad, sobre el torax, y se pueda alcanzar por su sola prolongación, á resecar otras costillas, si es necesario dar mayor campo operatorio.

Se levanta pues un pequeño colgajo, formado por la piel y por los músculos subyacentes, y se extirpa la costilla que está á ese nivel.

Si es necesario la extirpación de otra costilla, prolongaremos las extremidades de la incisión sobre el torax, y se resecará la otra costilla.

Se abre entonces con el bisturi la pared pleural poniendo una mano sobre la incisión pues pueden suceder dos casos: 1° que las dos hojas de la pleura no estén adheridas la una á la otra, á ese nivel y 2° que las pleuras estén adheridas.

En el primer caso, antes de la abertura del diafragma para evacuar el pús, es necesario cerrar la cavidad pleural, que quedaría expuesta de otra manera, á una infección por el pús derramado en su superficie.

La manera de suturar las dos pleuras para cerrar la cavidad es la siguiente: se sutura la pared torácica al diafragma. Como el diafragma resiste á ser herniado por la herida, y esta es la prueba de que está adherido al hígado, se procederá á disminuir la tensión de la bolsa del absceso, por medio de la evacuación de una parte de su contenido purulento. En efecto se hace salir una parte del púis por medio de un trócar, hasta que el relajamiento de la pared diafragmática, permita aproximar la piel de la pared torácica que cede por su gran elasticidad al diafragma y se aisla la cavidad pleural.

Una vez hecha la sutura y conjurado el peligro, se procede á la abertura de la pared del absceso, guiando al bisturi, por el trócar que ha debido permanecer en la cavidad del absceso para este fin. Se tendrá cuidado de no cortar los hilos de sutura que mantienen aislada la cavidad pleural, cuando se incinde el diafragma.

Una vez que se ha evacuado el púis y secado con gasa la cavidad, se drena con tubos de vidrio como se dijo anteriormente.

2° caso. Cuando la pleura visceral y la diafragmática están adheridas á ese nivel y que no hay peligro de infectar la cavidad serosa pleural, se abre directamente sobre el trócar introducido de antemano para mayor seguridad y se da salida al púis.

Es conveniente, antes de abrir el absceso in-

vertir los bordes de la herida, suturando la piel al diafragma, á fin de evitar la infiltración del púS entre las diferentes capas de la pared torácica.

(Cuarto.—Tratamiento de los abscesos del hígado, situados en la cara superior y no adheridos al diafragma.)

Cuando los abscesos hepáticos son descubiertos con anticipación y antes de que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo, cuando son centrales y evolucionan lentamente y que la superficie del órgano no se ha afectado todavía, y el peritoneo que lo cubre por consiguiente, no ha producido adherencias con los órganos vecinos, para llegar al púS hepático hay que atravesar grandes cavidades serosas como la cavidad pleural y peritoneal que quedan abiertas, y que por el hecho del posible y casi seguro derrame del púS, pueden hacerse el punto de partida de una infección, fatal á la vida del enfermo.

Si hay abscesos de púS estéril, los hay también de contenido ultravirulente y séptico.

Ahora bien, como no es posible decir á simple vista si un púS es aséptico ó séptico, debemos proceder siempre, (por ser esta la norma que debe seguirse,) colocándonos en el peor de los casos y de este modo es necesario, tratar de evitar por todos los medios posibles, que el líquido infectante se derrame en las cavidades serosas.

Estas razones han llevado al doctor Posadas á

metodizar un modo operatorio, para la abertura transpleural de los abscesos hepáticos profundos, en los cuales tanto la pleura como el peritoneo, no están adheridos á la superficie del órgano, en cuyo centro se halla la colección purulenta.

He aquí como procede el doctor Posadas en estos casos.

Determinada por la punción exploradora la presencia del púS en el hígado y su situación, al nivel de la costilla elegida, se practica una incisión curvilínea longitudinal, y paralela á la costilla que se va á extirpar, que se desperiosta y se reseca. Prolongando la incisión por sus extremidades se puede proceder si hay necesidad á la extirpación de una segunda costilla, dando mayor campo operatorio.

Apoyando entonces la mano izquierda en el borde superior de la herida, se mantienen adosadas de ese modo las hojas parietal y diafragmáticas de la pleura, impidiendo de ese modo, la entrada brusca de una gran cantidad de aire en la cavidad serosa, al incindir la pleura parietal.

Un poco de aire entra sin embargo en la cavidad pleural, y en la profundidad de la herida se ve el diafragma, que desliza debajo cubierto por la pleura parietal drafragmática.

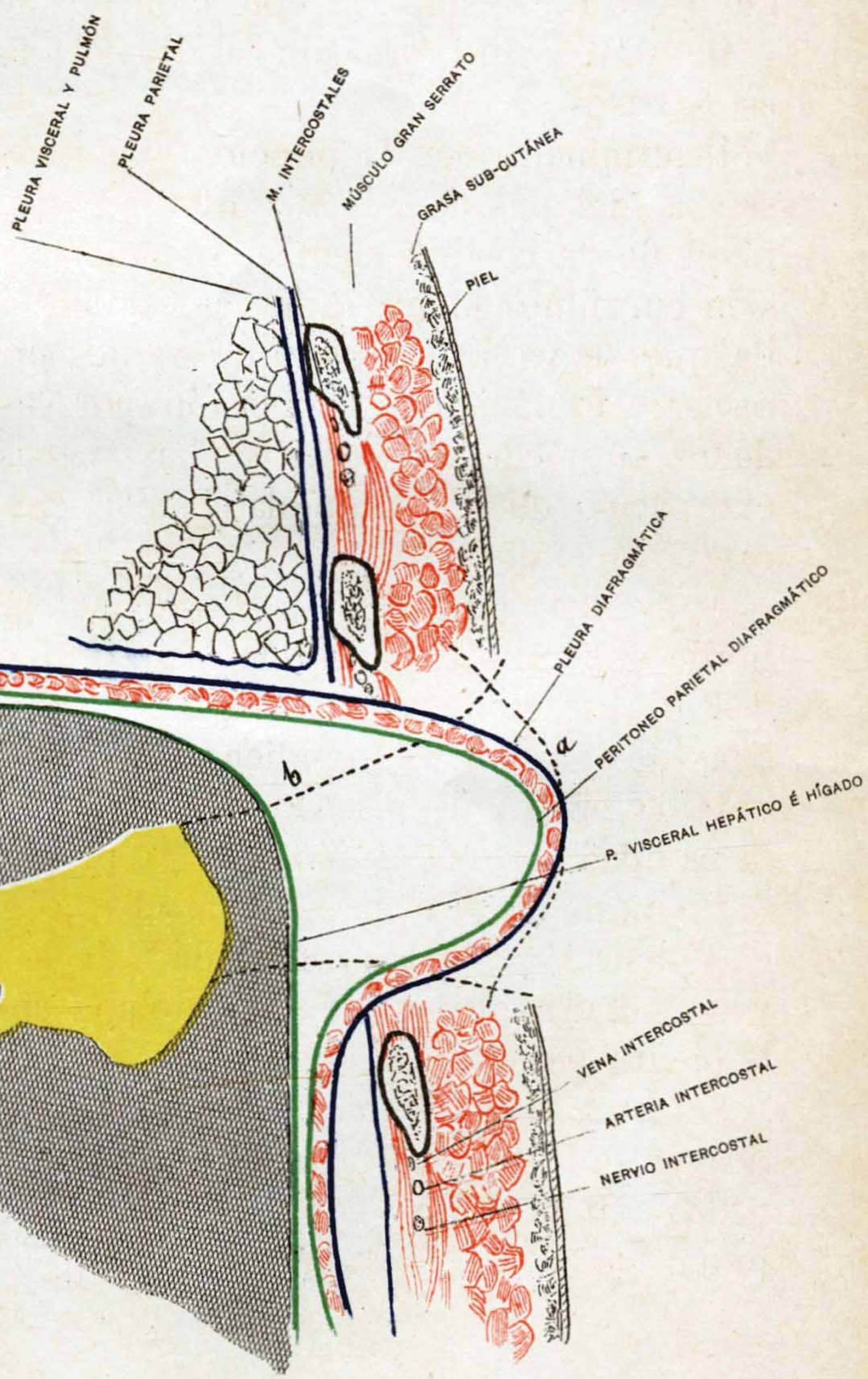
Se toma el diafragma con una pinza hemostática, y se le trae hácia afuera, por la brecha practicada en el tórax, como lo indica la figura adjunta.

OPERACIÓN POR LA VIA TRANSPLEURAL

—— PARA LOS ——

ABSCESOS DEL HÍGADO NO ADHERIDOS AL DIAFRAGMA

(Según el Dr. POSADAS)



Si el diafragma y el peritoneo subyacentes no están adheridos, ceden con toda facilidad y se les puede hacer pasar por la herida, donde adopta la forma de un cono.

La circunferencia de la base de este cono, apoya sobre el orificio de la pleura parietal, lo obtura y aisla así desde ese momento y definitivamente la cavidad pleural.

Se incinde el vértice del cono formado por el diafragma herniado, dividiendo de este modo sus tres capas á saber la pleura diafragmática, el músculo diafragmático y el peritoneo diafragmático.

Se suturan entonces los labios de la incisión del diafragma al corte de los músculos subcutáneos de la pared del tórax (línea punteada (a) de la figura).

La cavidad peritoneal está abierta, en el fondo de la herida se verá la superficie convexa de hígado, cubierto por el peritoneo visceral.

Se punza nuevamente con una aguja para volver á cerciorarse de la situación y profundidad del abceso, y sustituyendo entonces á la aguja capilar, por un trócar de grueso tamaño, se dá salida al púS, sin que ni una sola gota, caiga en la cavidad, ni toque la herida.

Vaciada en parte la cavidad del abceso la pared se deprime, se toma una aguja muy curva, con una ansa de seda ó catgut grueso, este último previamente mojado, se pasa en el hígado á la pared de la bolsa, y de este modo se disponen, dos ó tres ansas más del mismo catgut ó seda,

que aproximan el hígado á la pared y la adosan á ella.

Se unen estas ansas á los bordes de la incisión de la piel, (como lo indica la línea punteada (b) de la figura) y de este modo tendremos aislado, esta parte del hígado del resto de la cavidad peritoneal.

Hecho esto, sirviéndose del trócar como guía, pues ha debido permanecer en la cavidad con ese objeto, y para evitar el derrame del púis en el peritoneo, se abre ampliamente la cavidad del obceso, teniendo cuidado de no interesar las suturas que unen el higado á la pared.

Se limpia esta cavidad con gazas asépticas y secas y se introduce un grueso drenage de vidrio, en su cavidad como lo hemos indicado en las otras operaciones.

La curación deberá ser bien algodonada, de otro modo es pronto empapada por la abundante secreción de la herida, y la infección secundaria de esta es muy frecuente.

Además de llenar estas condiciones, debe ser renovado con frecuencia, todos los días durante la primera semana.

Esta operación, como se podrá ver, pone al abrigo de todo peligro, de infectar las cavidades serosas, cuya consecuencia funesta todo el mundo lo sabe. Preconizarla pues y adoptarla en los ca sos que sea indicado es un deber, que cada uno de nosotros debe imponerse.

5ª Parte—Historias clínicas

Voy á describir cuatro historias solamente relacionadas con cada uno de los procedimientos descriptos en el anterior capítulo.

Dos de ellas han sido observadas en las salas de clínica quirúrgica del Hospital de Clínicas al servicio del Dr. Posadas, y las otras dos de las salas de la clínica quirúrgica del Hospital Italiano dirigida por el Dr. Domingo Sasso.

Observación 1ª—I. M., 32 años. Entrado al Hospital de Clínicas el 17 de Abril del año 1900.

Antecedentes hereditarios—No da ninguno que se reflera al padecimiento actual.

Antecedentes personales—Ha padecido hace dos años de diarreas contínuas, no ha hecho uso de bebidas alcohólicas. No hay antecedentes sifilíticos.

Hace 20 días que empezó á sentir un dolor lento en la región hepática, que no le molestaba mayormente, poco después notó que se le iba desarrollando un tumor, inmediatamente á la derecha de la línea mediana, tumor que fué creciendo poco á poco al mismo tiempo que el dolor se hacía más intenso, hasta imposibilitarle todo trabajo.

Nunca ha tenido fiebre, ni ictericia.

Estado actual—Examinado el enfermo, presenta á la inspección un abovedamiento, en relación

con el hipocóndrio derecho y la región hepática. Nada más que llame la atención.

A la palpación se constata, un tumor del tamaño de un puño en correspondencia con el hígado, llegando hasta la línea mediana é inmediatamente debajo del reborde costal, es muy doloroso á la presión; se nota á la palpación bimanual una fluctuación muy manifiesta. La piel no está tumefacta, no tiene temperatura.

Con estos datos se hace una punción exploradora, sacándose púis-rojizos característico de los abscesos hepáticos.

El 22 de Abril se procede á la operación.

Operación—Incisión mediana supra umbilical: se llega capa por capa hasta el hígado, que está adherido á la pared abdominal: se introduce un trócar, que da salida á un púis espeso y de coloración rojiza, sirviéndose del trócar como guía y prévia inversión de los bordes de la herida por medio de suturas practicadas con este fin, se abre el absceso, anchamente dando salida á su contenido purulento.

Se drena la cavidad con tubos de vidrios, y se hace una curación bien algodonada.

El estado del enfermo sigue perfectamente hasta que el 22 de Mayo sale del Hospital completamente curado.

Observación 2ª—I. A.—-23 años, carnicero—entró el Hospital de Clínicas el 30 de Mayo del 1900 al servicio del Dr. Posadas.

Antecedentes hereditarios:—Sin importancia.

Antecedentes individuales:—Refiere el enfermo que hace cuatro meses estando completamente sano, sintió una repentina puntada de costado, de mediana intensidad, localizada en la región hepática. Este dolor no fué acompañado de ningún otro síntoma en ese día. Al día siguiente, el dolor persiste más agudo, y el enfermo empieza á tener tós seca, estos síntomas son más pronunciados durante de la noche.

Así sigue durante 15 días, desapareciendo en ese tiempo la tós, pero persiste el dodor que se hace más lento.

En ese tiempo sus funciones digestivas eran normales, y no sentía otra molestia que su dolor lento, que no le impedía trabajar.

Hacen 11 días, de la fecha de su entrada, que empezó á sentir escalofrios, fiebre vesperal y sudores profusos. En ese estado sigue 4 días consecutivo, hasta que se decide á entrar al Hospital.

Agrega que hacen dos años tuvo una diarrea muy intensa, pues tenía 8 á 9 deposiciones diarias, diarrea, que desapareció mediante un tratamiento médico.

Estado actual:—Inspección. Buena conformación, poco panículo adiposo, piel blanca con palidez cerina, fácies con tinte cerino, pómulos poco salientes, grandes pestañas.

Cuello y tórax nada importante, si se exeptúa en este último, un ligero abultamiento del lado derecho hácia su base.

Tipo respiratorio casi completamente toráxico. Abdómen abultado y un tanto meteorizado.

Exámen del aparato respiratorio:

Pulmones por detrás:—Izquierdo, vibraciones normales en su parte superior, disminuyendo progresivamente al llegar á la base.

Pulmón derecho: las vibraciones de la parte superior, se *abolen* bruscamente al llegar á una línea horizontal, que pasa por debajo del ángulo inferior del omóplato á 3 centímetros, y que siguen lateralmente una línea asencional hácia el hueco axilar, para descender hasta un centímetro por debajo del mamelón.

Percusión—Lado izquierdo normal.

Lado derecho—Normal en la parte superior, existe una matitez en la parte inferior que coincide con la línea convexa ya descrita.

Auscultación—Pulmón izquierdo nada de anormal.

Pulmón derecho- -En la parte superior se oye el murmullo vesicular bastante pronunciado. Al nivel de la línea de matitez se oye un soplo expiratorio: la inspiración disminuída. Hacia la base este mismo soplo se nota menos intenso. En el límite superior de la zona mate, existe broncoegofonia y pectoriloquia áfona.

Pulmones por delante—Pulmón izquierdo nada que llame la atención. Sólo espacio de Traube cubierto.

Pulmón derecho—Vibraciones normales, percu-

sión normal en su parte superior, se obscurece en su parte inferior hasta confundirse con la matitez hepática.

Aparato circulatorio — Corazón normal: área cardiaca 74, 70; pulso pequeño, regular, igual, 58 pulsaciones por minuto: tensión 14.

Aparato digestivo — Boca con encías pálidas, dientes y lengua saburrosas.

Hígado—Límite superior, 4° espacio intercostal: límite inferior sobrepasa dos traveses de dedos el reborde costal. Este borde del hígado invade el hipocondrio izquierdo, está muy doloroso á la percusión y palpación. La presión del dedo en la pared abdominal á ese nivel deja impresión edematosa.

Bazo—Muy grande, 24 centímetros de largo (yendo de la línea mamilar hácia la escapular) y 11 centímetros de ancho.

Abdómen abovedado y meteorizado.

Secreciones—Héces normales; orina abundante, con cloruros disminuídos y presencia de indicán. No hay exputos, ni sudores.

Con todos estos antecedentes, y con los datos adquiridos al exámen del enfermo, se procede á una punción exploradora que se practica al nivel del séptimo espacio intercostal, en la línea axilar media. Se extrajo un púS muy espeso color chocolate. Se siembra en agar sin obtener resultado.

En este estado se decide operarlo el 1° de Junio.

Operación—Prévia desinfección rigurosa del enfermo se procede á la operación: Se hace una incisión al nivel de la octava costilla paralela á esta y curvilínea, se desperiosta la costilla y se extirpa. Se procede á la abertura de la cavidad pleural, después de haber apoyado la mano izquierda sobre el borde superior de la herida para prevenir la entrada del aire. Se incinde la pleura parietal se penetra en la cavidad y no se constata ni adherencias ni líquido: Aparece la cúpula diafragmática, se levanta un cono tomando con una pinza hemostática, la parte de diafragma que está en el fondo de la herida.

El diafragma cede, y atraído fuera de la herida, se procede á la sutura de la base de este cono á los músculos de la pared torácica, al nivel de los bordes de la herida.

Se incinde el vértice de este cono, y se presenta la superficie del hígado, que no presenta nada de anormal.

Se introduce un trócar á ese nivel, dando salida á una parte del pús contenido en el absceso. Una vez que la tensión de la bolsa ha disminuído, se sutura con seda el hígado á los bordes de la herida donde la piel cede y se invierte.

Una vez preservadas las cavidades serosas de ese modo se procede á la abertura del absceso, se evacúa el pús y se drena la cavidad con un tubo de vidrio.

Como el enfermo presentase además signos de

pleuresia, y no se encontrase el líquido al nivel de la incisión practicada en la pleura, en la operación anterior, se procedió á una punción exploradora en la parte posterior del torax, al nivel de la línea escapular, en el décimo espacio intercostal. La punción exploradora, dió una cantidad de líquido, seroso pero algo turbio.

Como se sospechase que pudiese hacerse purulento, con mucha razón, dado el aspecto del líquido, se procedió á hacer una pleurotomía costal, con el fin de evacuar el líquido y drenar su cavidad, previniendo así las graves consecuencias que podría dar lugar una lesión purulenta de la pleura.

En efecto se procedió á resecar la undécima costilla, al nivel de la línea axilar posterior para penetrar así al nivel del fondo de saco costo diafragmático, punto de elección para las pleurotomías á ese nivel.

Evacuado el líquido, por la incisión de la pleura costal, se procedió á drenar la cavidad con tubos de vidrios.

El 3 de Junio se sacan los drenages de la pleura.

El enfermo sigue mejorando en ese tiempo.

Pero el 28 de Julio el enfermo se halla con fiebre, habiendo empezado á sentirse con fiebre, desde hacen varios días. Tiene dipsnea.

Sospechando una pleuresia, se punza el enfermo y se saca púS.

Se abre la pleura por la herida anterior ya cicatrizada, se da salida al púS.

El 29 el estado del enfermo sigue agravándose paulatinamente, la dipsnea aumenta y el pulso es muy débil y frecuente. Se le hacen inyecciones de cafeina, pero no se consigue modificar el estado del pulso. El enfermo muere el mismo día á las nueve de la noche.

Autopsia—La cavidad del absceso sumamente achicada en un estado muy avanzado de cicatrización, no hay proceso inflamatorio de vecindad, Adherencias muy resistentes.

En el pulmón derecho se nota una cavidad tabicada del tamaño de una naranja, en relación con la herida pleural abierta al exterior. No tiene comunicación con el resto de la cavidad pleural.

Peritonitis purulenta por propagación de vecindad.

Observación 3ª—G. B., 48 años, peón, entra al Hospital Italiano el 30 de Diciembre del año 1899 al servicio del doctor Sasso.

Antecedentes hereditarios — No sabe de que murieron sus padres, por haberse ausentado muy joven de su patria natal y no haber obtenido noticias de ellos.

Antecedentes personales—A los diez años sufrió una enfermedad del aparato respiratorio, que lo tuvo en cama quince días.

Desde esa época hasta hace dos años nunca ha tenido nada.

En esa época, sintió una fuerte puntada de costado del lado derecho, con fiebre y escalofríos. Viendo que su estado se iba agravando por la fiebre y los sudores, se decide á entrar al Hospital Italiano, donde se le opera de una pleuresia purulenta. Salido de alta á los dos meses ya curado, no sintió nada durante todo ese tiempo hasta hacen 25 días, que sintió un dolor lento en el lado derecho que le impedía respirar: Al mismo tiempo ha notado que hacia la tarde tenía fiebre y escalofríos. Ese dolor lento que él localizaba al nivel de la novena costilla, sobre la línea axilar media fué aumentando hasta hacerle imposible el trabajo, pues no podía respirar fuerte y le dolía mucho. Viendo que se agravaba su dolor se decide á entrar al hospital.

Estado actual—A la inspección no presenta nada de anormal, salvo una coloración más rojiza de la piel al nivel del punto doloroso. Presenta una cicatríz del lado derecho del torax, de la operación anterior.

Palpación—Vibraciones normales, pulmón izquierdo, el derecho abolidas al nivel de la base. Apretando con el dedo en la región torácica al nivel en donde presenta la coloración de la piel, deja la impresión edematosa, y es muy doloroso.

A la auscultación la respiración disminuida lado derecho, lado izquierdo normal.

Abdomen—No presenta nada, más que un descenso del borde del hígado, que es doloroso á la palpación. No se nota ningún tumor.

Hecha la punción exploradora al nivel del punto doloroso y edematoso, se extrae una cantidad de púS color chocolate.

El primero de Enero de 1900 se procede á la operación.

Operación—Se practica una incisión curva al nivel de la novena costilla, y se extirpa conjuntamente con la octava, después de haberlas desperiostadas.

Se vuelve á punzar, y se incinde capa por capa y con mucha precaución la pared pleural, pero se nota que está adherida al diafragma que á su vez se incinde, llegando inmediatamente sobre la cavidad del absceso. Se invierten los bordes de la herida, para que el púS no se infiltre y se drena la cavidad del absceso con gasa.

El estado ulterior del enfermo sigue paulatinamente mejorando, hasta llegar á una curación definitiva el 17 de Febrero del año 1900, saliendo de alta completamente curado.

Observación 4ª—P. C., 44 años, italiano, artista cantante. Entra al Hospital Italiano el 3 de Noviembre del año 1899, al servicio del doctor Sasso.

Antecedentes hereditarios—Ninguno.

Antecedentes personales —Siempre ha estado sano y bueno salvo una pequeña diarrea que duró poco tiempo y de mediana intensidad.

Hace dos meses que viene notando, que en la parte inferior del reborde costal derecho, se está formando un tumor, que actualmente no le molesta ni le ha molestado nunca.

Nunca ha tenido fiebre, ni ha estado en el campo.

Estado actual—Bien constituído, buen panículo adiposo, es fuerte y sus funciones digestivas se hacen normalmente.

Examinado el abdomen se nota á la palpación un tumor renitente, muy poco doloroso, que levanta la pared abdominal y que tiene todo el aspecto de un quiste de equinococo del hígado.

Se efectúa una punción exploradora á ese nivel, y se extrae un púS color chocolate muy espeso.

El 5 de Noviembre se procede á la operación.

Operación—Se practica una incisión lateral sobre el borde derecho del músculo recto del abdomen. Se llega capa por capa hasta el peritoneo que no está adherido al hígado. Se incinde y entonces en el fondo de la herida aparece el hígado.

Se punza con un trócar de regular tamaño y se dá salida á una regular cantidad de púS, teniendo cuidado de que no caiga al peritoneo. Una vez disminuída la tensión de la pared del absceso, se sutura con catgut grueso previamente mojado á los bordes de la herida abdominal.

Una vez aislado de ese modo la serosa peritoneal, se procede á la abertura del absceso que dá salida á una gran cantidad de púS. Se drena con gasa y se hace una curación bien algodonada.

El 6 de Enero de 1900 sale del Hospital completamente sano, sin haber sufrido ningún otro inconveniente.

JUAN MONDELLI.

Agosto 16 de 1900.

Agosto 18 de 1900.

Nómbrase á los señores Académicos: Dr. Leopoldo Montes de Oca; profesor titular, Dr. Julian Aguilar y profesor suplente, Dr. Alejandro Posadas para que constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Agosto de 1900.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tesis:

« En el local de la facultad, á 23 de Agosto de » 1900. Reunida la comisión que subscribe, encar- » gada de dictaminar respecto de la admisibilidad » de la tésis del Sr. Juan Mondelli, que versa » sobre el «Tratamiento del absceso del hígado», » resolvieron admitirla. Con lo que terminó el

» acto. Firmados L. Montes de Oca, Julián Agui-
» lar, A. Posadas, Zenón Aguilar. »

LUIS M. ACUÑA.

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión; debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

F. T. BACA.

LUIS M. ACUÑA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El mejor drenage, de las cavidades supurantes es el tubo de vidrio.

II

La respiración de Scheyne-Stokes, en los uré-micos, es de un pronóstico fatal.

III

Cuando el tratamiento específico en los niños heredo-sifilíticos no da resultado, se debe tratar la madre.

JUAN MONDELLI.