

Complicaciones pleurales y pulmonares de los abscesos del hígado, por el Dr. James E. Thompson, de Galveston, Texas.—Una descripción de las relaciones anatómicas entre el hígado y el diafragma y los tejidos en contacto con la cara superior del diafragma, pueden hacer comprender más fácilmente los caminos directos por donde pasa la infección del hígado a la pleura o al pulmón.

La mayor parte de la superficie convexa del hígado está en contacto con el diafragma. Sobre la mayor parte de esta área de contacto interviene la cavidad peritoneal, potencialmente al menos, cada uno de los tejidos está cubierto por su hoja de peritoneo. Sobre el resto de la área, el diafragma y el hígado están en contacto directo, separados solamente por una hoja de tejido conectivo. Esta área desprovista de peritoneo está limitada al frente por la inserción de la hojuela anterior del ligamento coronario derecho e izquierdo y por su unión con el ligamento falsiforme, y hacia atrás por la hojuela posterior de los ligamentos coronarios derecho e izquierdo y su reflexión sobre los bordes posteriores de los lóbulos hepáticos y la superficie anterior de la vena cava. La vena cava inferior cruza el hígado hacia la mitad del borde posterior de esta área. Las cuatro quintas partes del área desprovista de peritoneo corresponden al lóbulo derecho del hígado. Si se examinan un gran número de hígados, se puede demostrar que en la mayor parte de ellos el punto más alto de la superficie convexa del lóbulo derecho ocupa un lugar colocado hacia adelante de la área desprovista de peritoneo, pero a veces pueden encontrarse hígados en que el punto más alto está dentro de la área sin peritoneo, en contacto directo con el diafragma.

Se ha establecido por la mayor parte de los escritores, que un gran número de abscesos del hígado perforan el diafragma a través de la área desprovista de peritoneo. No hay duda de que éste sería el camino más directo, pero no he podido encontrar la evidencia necesaria para asegurar este aserto. Parece que es cosa muy fácil para un absceso colocado en cualesquiera región del hígado, contraer adherencias con la superficie inferior del diafragma y abrirse camino a través de él. La frecuencia con que los abscesos tienden a hacer salida a través de los espacios intercostales inferiores sobre la línea axilar media, sugiere la idea de que el peritoneo cuando menos no es una barrera. Si un absceso ocupa la porción superior del lóbulo derecho del hígado, a medida que crece hace saliente hacia la cavidad pleural y el primer efecto es empujar el diafragma contra la pared costal, obliterando la porción inferior del seno frénico costal. Al hacer esto, la extremidad inferior del pulmón es empujada hacia arriba y no puede ya alcanzar el límite inferior de aquel espacio ni en las inspiraciones forzadas. Si el absceso se extiende en esta dirección, se producen adherencias entre las dos hojas del peritoneo y las dos de la pleura y ambas cavidades se encuentran obliteradas en este punto. Si no obstante esto el absceso se extiende hacia arriba, puede abrirse en la cavidad pleural, arriba de estas adherencias o directamente en el pulmón si se han formado adherencias entre éste y la superficie superior del diafragma. Los tejidos en contacto con la superficie superior del diafragma que corresponden a la superficie superior del hígado, son toda la base del pulmón derecho, la base del pericardio y parte de la base del pulmón izquierdo. La base del pericardio corresponde a la mayor parte de la superficie superior del lóbulo izquierdo a una parte del lóbulo derecho, incluyendo acaso la mitad de la área desprovista de peritoneo. Una pequeña porción de la superficie superior del lóbulo izquierdo toca a la porción del diafragma en contacto con la base del pulmón izquierdo. El lóbulo derecho del hígado corresponde a la porción del diafragma en contacto con toda la base del pulmón derecho.

La extensión secundaria de la inflamación del hígado hacia el pulmón puede efectuarse por los dos caminos siguientes:

- 1.º, por extensión directa a través del diafragma.
- 2.º, por embolías de la arteria pulmonar debidas a la abertura del absceso en las venas hepáticas o en la vena cava.

Extensión directa a través del diafragma.—Después de la descripción anatómica anterior, el camino de la extensión directa hacia la pleura y el pulmón puede ser fácilmente comprendido. La cavidad pleural probablemente nunca es invadida por metástasis, sino siempre por extensión directa, y lo mismo pasará para las porciones interiores del lobo pulmonar inferior. El proceso, con pocas modificaciones, es como sigue: la extensión del absceso original se hace hacia la superficie diafragmática del hígado; el diafragma se incorpora a la cavidad del absceso y es gradualmente destruída. Lo que en seguida pasa puede depender de un gran número de factores. Si el proceso necrótico es rápido y no se han producido adherencias previas entre

el lobo inferior del pulmón y el diafragma o la pared costal, la cavidad pleural se abre y el contenido del absceso se vacía en ella súbitamente, produciendo síntomas serios de disnea y todos los signos de una efusión pleural aguda (Thompson). Comúnmente el diafragma es atacado poco a poco y su perforación es precedida de una pleuresía, de la misma manera que la peritonitis precede a la perforación de las vísceras abdominales. La inflamación de la pleura puede terminar en la acumulación de líquido o en la adherencia entre el pulmón y el diafragma o la pared costal o en las dos condiciones anteriores en grados diferentes. En el mayor número de casos se encuentra líquido pleural en mayor o menor cantidad; al principio es seroso y estéril, después puede infectarse y volverse sero-purulento o purulento. Al principio el derrame ocupa la región inferior de la cavidad pleural, formando el diafragma su límite más bajo. Si no se forman adherencias entre el pulmón y la pared costal, toda la cavidad pleural se afecta y se llena de líquido. Debido a la frecuencia de las adherencias entre el pulmón y la pleura parietal, se encuentran muy a menudo colecciones localizadas a la porción inferior de la pleura parietal o entre el pulmón y el diafragma.

Cuando al fin el diafragma es perforado, el pus del absceso del hígado se mezcla con el líquido pleural, dándole los caracteres físicos que le son peculiares a aquél. La mezcla de los dos líquidos rara vez es señalada por la presencia de síntomas agudos, porque las superficies pleurales son ahora menos susceptibles y la absorción de los productos morbosos es menos activa. Cuando más puede solamente haber un aumento en la intensidad del dolor y de la disnea. El cambio del líquido pleural de seroso a purulento puede ser descubierto sólo casualmente después de una punción. Cuando se forman adherencias entre el diafragma y la superficie inferior del lobo pulmonar, la cavidad pleural desaparece, pero ocasionalmente una pequeña porción de esta cavidad puede quedar aprisionada entre las dos superficies en contacto. En el primer caso el proceso inflamatorio pasa lentamente a través del diafragma y la cavidad del absceso se abre camino en el tejido pulmonar, hasta que encuentra un bronquio donde se abre y finalmente vierte su contenido. En el segundo caso, el absceso se abre primero en la cavidad limitada por las adherencias y después camina en el tejido pulmonar.

En la autopsia la apariencia de tales condiciones demuestra variaciones anatómicas muy marcadas. En algunos casos (los recientes) el absceso hepático puede ser de un tamaño mediano y el trayecto pulmonar corto y relativamente estrecho. En una fecha posterior, el trayecto a través del pulmón puede transformarse en una gran cavidad que comunica con otra cavidad semejante en el hígado. (Strong). En otros casos (los antiguos) el absceso hepático puede estar reducido a un tamaño muy pequeño, en tanto que el túnel pulmonar puede presentar una cavidad extensa, de paredes irregulares, cubierta de porción de tejido desintegrado. Esta desproporción entre las cavidades del pulmón y del hígado es a menudo tan marcada, que el absceso de hígado puede considerarse como prácticamente curado. La causa de la muerte en tales casos no puede atribuirse a la destrucción del tejido hepático, sino a las complicaciones pulmonares o pleurales o, en casos raros, a la infección metastática de otros órganos. En uno de nuestros casos (caso décimo) un absceso se abrió primitivamente en porción inferior de la cavidad pleural, penetrando secundariamente al pulmón. La autopsia demostró que el absceso del hígado estaba casi curado, y que todo el pus que salía a través del bronquio se producía en la cavidad pleural y en la cavidad del pulmón. El lobo inferior del pulmón derecho estaba ocupado por una cavidad tan grande como la mano empuñada de un adulto y sus paredes desintegradas y quebradizas, conteniendo pus de color achocolatado. La cavidad comunicaba por su parte exterior con un bronquio grueso y se abría por una pequeña perforación en la cavidad pleural, no habiendo comunicación directa entre ella y el hígado. El examen cuidadoso de la porción superior del diafragma demostró una pequeña excavación, no mayor de media pulgada de profundidad y tres cuartos de pulgada de ancho, cuyas paredes estaban formadas por tejido hepático cicatrizado. Cortes de las porciones vecinas del hígado presentaban pequeñas cantidades de tejido cicatricial. Durante varios meses se había producido diariamente una gran descarga de pus hepático, típico, por la expectoración. La muerte fué el resultado de una infección cerebral (múltiples abscesos), y no de la infección del hígado o del pulmón. En otro caso (caso undécimo) observado recientemente, que presentaba una historia típica de absceso de hígado abierto en la pleura y el pulmón, con expectoración de grandes cantidades de pus achocolatado, la porción inferior de la cavidad pleural y la parte superior del diafragma fueron ampliamente expuestas por una escisión extensa de la pared costal. No se pudo encontrar absceso en el hí-

gado, no obstante las investigaciones más minuciosas. La cavidad pleural contenía una gran cantidad de pus blanco, espeso, mezclado con pus de color achocolatado; tampoco se pudo encontrar la abertura de la cavidad pleural en el pulmón. Como este caso se curó, es posible que pueda considerarse dentro de los límites de una observación incorrecta. Un caso semejante ha sido señalado por Marion.

Tenemos evidencia de la posibilidad de transportar la infección amébrica del hígado al pulmón. Lafleur y otros han demostrado en las paredes de las cavidades pulmonares la presencia de amibas y atribuye la extensa destrucción del pulmón a estos organismos. Es imposible explicar la persistencia de los síntomas y la extensión de la ulceración por otras hipótesis. He reunido cierto número de casos que me parece que no admiten otra interpretación; tales son los referidos de Roch, Suzuki, Camtlie, Godlie y otros, en los que la presencia de un absceso de hígado fué claramente demostrada como la infección primitiva, bien durante la autopsia o durante la vida. En cada uno de estos casos el absceso del hígado había curado y la causa de la muerte fué el absceso del pulmón. Marion y Latton-Larrier han referido casos de abscesos amébricos del pulmón en los cuales los síntomas hablaban fuertemente en favor de un absceso del hígado primitivo que no pudo encontrarse al tiempo de la operación.

(Continuará.)

Crónica Médica.

1^o DE SEPTIEMBRE DE 1914.

Cambios de domicilio.—El Dr. Bernardino Beltrán pasó su Consultorio a la 4.^a calle del Ciprés núm. 111.

—El Dr. Adrián de Garay, a la Avenida de los Hombres Ilustres 81.

—El Dr. Ernesto Cervera, que se ha dedicado a la Bacteriología, haciendo su práctica en París, donde ha residido en dos épocas, ha establecido su Gabinete y Consultorio en la 1.^a de Doneeles 10. Fué nombrado Jefe del Departamento de Bacteriología en el Instituto Patológico Nacional.

—El Dr. Ricardo Rode, Bacteriologista, tiene ya establecido su Laboratorio en Tacubaya, D. F., en la 1.^a de Hidalgo 1.—Teléfono Ericsson 30.

Necrología.—Falleció en Veraacruz, el 6 de agosto de 1914, habiendo sido inhumado su cadáver en México, el Gral. Dr. Rafael Caraza, ex-Jefe del Cuerpo Médico Militar, ex-Director de la Escuela Nacional de Medicina y Profesor en ella. D. E. P.

—Ha sido nombrado Presidente del Consejo Superior de Salubridad el Dr. Coronel don José María Rodríguez, en substitución del Dr. Macías.

—Todo el personal del Cuerpo Médico Militar, así como del Departamento Médico de la Secretaría de Guerra, ha sido licenciado; pero volvieron como Médicos Civiles, los Dres. Careaga y Galán.

Bibliografía.—Hemos recibido el interesante librito titulado "Les caractères médicaux dans l'écriture chinoise," par le Dr. Lucien Graux. Damos las gracias.

Con motivo del establecimiento del nuevo Gobierno, se han hecho cambios de casi todo el personal; el que nos interesa en la parte médica, relativo a Hospitales, etc., lo daremos a conocer próximamente.

Complicaciones Pleurales y Pulmonares de los Abscesos del Hígado, por el Dr. James E. Thompson, de Galveston, Tex., E. U. A.

INFECCIÓN DE LOS PULMONES POR ÉMBOLOS.—En comparación con la extensión directa, la infección por este camino es rara. Muchos casos consignados ofrecen serias dudas debido al poco cuidado con que han sido conducidas las autopsias; en cambio otros deben ser aceptados como inequívocos.

Uno de los referidos por Colin es ejemplo típico. Un enfermo con absceso del hígado murió con síntomas de disnea intensa y asfixia. En la autopsia se encontró el absceso del hígado que se había abierto en la vena cava ascendente y gran número de abscesos distribuidos en ambos pulmones.

Laferrére refiere un caso de absceso en el pulmón izquierdo consecutivo a otro del lobo derecho del hígado.

Bunting menciona un caso de absceso amibico del hígado que no había alcanzado el diafragma ni la pleura, en el que se encontró un absceso en la porción más alta del lobo superior del pulmón derecho. No había absolutamente ningún signo de extensión directa ni de comunicación entre los dos abscesos.

Reflexionando sobre estos casos debe extrañarse que este modo de infección sea encontrado con tanta rareza. Tal vez la poca intensidad de la inflamación, la grande extensión de la degeneración grasienta en el tejido hepático que rodea la cavidad del absceso y la frecuente falta de otros microorganismos distintos de la amiba, expliquen la rareza de las embolias; o bien puede considerarse que el pulmón goza de una resistencia particular contra la invasión de las amibas en las condiciones ordinarias. En ciertas condiciones las amibas pueden pasar del absceso a las venas hepáticas y al pulmón atravesando sus capilares para llegar a la circulación general, como lo demuestra el hecho de haber encontrado un absceso del cerebro de origen embólico conteniendo amibas. Uno de nuestros casos (caso décimo) presentó en la autopsia un absceso de cada uno de los lobos frontales del cerebro y otro en el lobo lateral izquierdo del cerebelo. Varios casos semejantes se han referido.

SÍNTOMAS DE LA INVASIÓN PLEURAL Y PULMONAR.—Además de los síntomas comunes de absceso hepático, el primer signo de importancia es el dolor intenso en el hombro; éste es siempre el signo de invasión del diafragma. Puede ser acompañado de aumento del dolor y de resistencia muscular en la parte inferior del pecho, lo que podrá hacer pensar en una probable invasión de la porción inferior de la cavidad pleural. Durante este tiempo puede presentarse una tos molesta con o

sin signos de derrame pleural. Estos síntomas aumentan en intensidad hasta que súbitamente el enfermo comienza a expectorar una gran cantidad de pus achocolatado. Temporalmente el enfermo siente una mejoría y aun su salud general puede mejorar durante unos días si la canalización otra vez del bronquio es amplia y no ha sido destruido una gran cantidad de tejido hepático. Cuando la comunicación es amplia el pus escurre libremente por el bronquio y es constantemente expectorado. A medida que pasa el tiempo la cantidad de expectoración disminuye y en algunos casos raros la curación puede venir espontáneamente. En otros casos la canalización se hace intermitente, períodos de expectoración abundante se alternan con otros en que casi desaparece; durante los períodos de expectoración abundante la fiebre disminuye y el paciente mejora; cuando cesa o disminuye vuelven el dolor y la fiebre. En los casos en que la canalización es deficiente la situación del enfermo es seria, porque estas condiciones favorecen la necrosis progresiva del tejido hepático que había sido respetado, y además la canalización a través del pulmón del pus conteniendo amibas puede ser causa de destrucción extensa de ese tejido.

La descripción anterior se aplica a los casos en que se habían formado previamente adherencias entre el diafragma y el pulmón. Cuando no ha habido adherencias el absceso se abre directamente en la cavidad pleural, y la llena más o menos. A menudo preceden a la perforación signos de derrame pleural, en cuyo caso, excepto la comprobación de un aumento rápido en la cantidad de líquido, no se encuentra otro signo físico. En semejantes casos es a menudo imposible determinar el tiempo en que se efectuó la perforación, pues los síntomas del empiema han venido gradualmente sustituyéndose a los de derrame seroso, pudiendo descubrirse el cambio en el carácter del líquido solamente después de la punción aspiradora. En el caso de la perforación de un absceso en la cavidad pleural intacta (caso muy raro) síntomas muy agudos aparecen. El dolor y la disnea se hacen muy intensos; toda la cavidad pleural puede llenarse en corto tiempo y el pulmón ser fuertemente rechazado. Si estos casos se abandonan a su evolución natural sin canalizar la cavidad pleural el pronóstico es muy grave. La evacuación espontánea puede efectuarse a través del pulmón o de la pared torácica. El primer camino es probablemente el más frecuente. Aun en los casos en que se establece la canalización la mortalidad es muy alta. A menudo el pus se abre camino a la vez por la pared torácica y por un bronquio, sucediendo entonces que ni aun la canalización de la pleura hace cesar completamente la expectoración. Algunos casos raros se curan; pero en la mayor parte de ellos mueren los enfermos por agotamiento. Otras veces se forman cavidades más o menos grandes a lo largo del trayecto pulmonar, de donde nace constantemente una expectoración achocolatada.

FRECUENCIA DE LA INVASIÓN PLEURAL Y PULMONAR.—Esta ha sido estimada de diferentes maneras por los autores.

Rendu examinando 563 casos encontró 31 en los que el absceso se había abierto en la cavidad pleural o sean 5,5 por ciento. Molimié señala que la perforación se efectúa en 8,9 por ciento. Harris ha encontrado la cavidad pleural atacada 3 veces en 95 casos. Fitcher en 119 casos encontró el pulmón invadido 6 veces y 3 la cavidad pleural. Strong, en 100 casos mortales encontró el pulmón invadido una vez y la cavidad pleural dos veces. De nuestros casos propios en 27 hemos encontrado el pulmón y la cavidad pleural atacados 11 veces o sea 40,8 por ciento, apreciando un contraste marcado con las estadísticas anteriores.

PRONÓSTICO.—Es más convenientemente estudiado en dos capítulos,

1º, las probabilidadas de la curación espontánea.

2º, los resultados de la intervención quirúrgica.

CURACIÓN ESPONTÁNEA.—Esta puede efectuarse en un pequeño número de casos en que el absceso se abre directa y ampliamente en los bronquios sin infectar la cavidad pleural, pero probablemente nunca ocurre cuando la cavidad pleural forma un canal intermediario entre el absceso y el bronquio. Aun cuando algunos casos de éstos se han señalado de tiempo en tiempo, algunos pueden aceptarse sin dificultad como verdaderas curaciones espontáneas. Tales son dos casos referidos por el doctor Vértiz (de México) en los que un período de buena salud ha transcurrido durante un tiempo bastante largo para pensar que tanto el absceso del hígado como el del pulmón habían curado. Otros en cambio no pueden aceptarse sin discusión: tales son dos referidos por Phillips que fueron tratados con ipeca y emetina, pero en los que la observación se siguió durante un tiempo muy corto para justificar la curación. He tenido la fortuna de observar 5 casos en los que el absceso se abrió directamente a través del pulmón. Solamente de uno de ellos hay la certidumbre de la curación (caso séptimo) no espontánea, sino consecutiva a la excisión de la pared torácica y canalización de la cavidad. Otro caso (caso sexto) abandonó el hospital a los treinta días expectorando todavía pus achocolatado y teniendo temperaturas altas. Un tercer caso (caso quinto) murió en el hospital a los cuatro meses por agotamiento, expectorando hasta los últimos días pus de color de chocolate. Los otros dos casos no se encuentran mencionados en esta estadística por ser anteriores al año de 1907. Ambos murieron por agotamiento con todos los síntomas de abscesos pulmonares y expectorando pus achocolatado hasta lo último. Solamente en el caso que curó pudo localizarse el absceso por la punción aspiradora; en todos los demás fué imposible encontrar la cavidad con la aguja.

RESULTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.—La mortalidad de los abscesos hepáticos es en general siempre alta. Varonoff reunió 1089 casos operados en Egipto durante un período de veinticinco años, con una mortalidad de 34 por ciento, en los operados con incisión amplia y de 60 por ciento en los operados con trócar y cánula. Martin, en Cambodge, encontró una mortalidad de 37,5 por ciento. Gaide, en Toulon, encontró una mortalidad de 33 por ciento. La mejor estadística en una serie de casos consecutivos ha sido la presentada por Cantlie. De 100 casos obtuvo 82 curaciones y 18 muertes, o sea un 18 por ciento de mortalidad. De estos casos noventa fueron tratados por la evacuación con trócar y cánula (Método de Manson). La mortalidad de nuestros casos considerados en esta estadística es de 39 por ciento.

El estudio separado de los casos con invasión pleural y pulmonar revela un enorme aumento en la mortalidad. Molinié señala una mortalidad de 84,8 por ciento. La nuestra en la serie presentada llega sólo a 45,4 por ciento, pero el número de casos es muy pequeño. Tengo la convicción de que una mortalidad de 75 por ciento puede considerarse como término medio. Si todos los casos que abandonan el hospital pudieran ser seguidos, más tarde se podría encontrar que muchos de ellos han muerto de agotamiento. Un estudio detallado de nuestras estadísticas comprobará este asenso.

He hecho un estudio de ellas desde el año de 1907 y he encontrado en los 27 casos de absceso de hígado operados desde entonces los resultados siguientes:

Curados.....	13.....	48 por ciento.
Mejorados.....	6.....	22 por ciento.
Muertes.....	8.....	29 por ciento.

ESTADO DE LOS TRECE CASOS CURADOS CUANDO SALIERON DEL HOSPITAL:

Número 1.—Salió a los 20 días	con temperatura normal.
Número 2.—Salió a los 12 días	con temperatura normal.
„ 3.— „ „ „ 40 días	„ „ „
„ 4.— „ „ „ 3 meses	„ „ „
„ 5.— „ „ „ 2 meses	„ „ „
„ 6.— „ „ „ 49 días	„ „ „
„ 7.— „ „ „ 3 meses	„ „ „
„ 8.— „ „ „ 44 días	„ „ „
„ 9.— „ „ „ 20 días	„ „ „
„ 10.— „ „ „ 22 días	„ „ „
„ 11.— „ „ „ 31 días	„ „ „
„ 12.— „ „ „ 3 meses	„ „ „
„ 13.— „ „ „ 30 días	„ „ „

Ninguno de estos enfermos salió del hospital teniendo fiebre. Algunos lo abandonaron con un ligero escurrimiento, pero en condiciones de considerarse prácticamente curados. Tres de ellos (los números 6, 7 y 8) están complicados con pus en la cavidad pleural.

ESTADO DE LOS SEIS CASOS MEJORADOS AL SALIR DEL HOSPITAL:

Número 1.—Salió a los 26 días	con temperatura ligeramente elevada.
Número 2.—Salió a los 24 días	con temperatura entre 37,1 y 38,8.
Número 3.—Salió a los 60 días	con temperatura entre 37,1 y 38,8.
Número 4.—Salió a los 30 días	con temperatura entre 37,1 y 38,8, expectorando pus.
Número 5.—Salió a los 3 meses	con temperatura entre 37,1 y 38,8, expectorando pus.
Número 6.—Salió a los 36 días	con la pleura ampliamente abierta, el pulmón retraído y expectorando pus.

Es evidente que la condición de estos pacientes apenas puede considerarse satisfactoria y seguramente algunos de ellos murieron posteriormente por agotamiento. De entre éstos, tres tenían complicaciones pleurales y pulmonares.

MUERTES.—TIEMPO Y CAUSA DE LAS MUERTES.—Se puede ver que de las 8 muertes, 5 acontecieron en casos en que la cavidad pleural o el pulmón, o ambos estaban afectados; es decir, un 62,8 por ciento de las muertes ocurrió en esta clase de casos.

De entre los 27 casos, 11 tenían complicaciones pleurales y pulmonares, o sea 40,8 por ciento; de éstos 5 murieron, o sea una mortalidad de 45,4 por ciento.

TRATAMIENTO.—El diagnóstico precoz y la evacuación rápida del absceso original son seguidos no solamente de una mortalidad pequeña sino que constituyen un medio efectivo para evitar las complicaciones. En gran número abscesos del lobo derecho del hígado pueden ser diagnosticados mucho tiempo antes de que hayan alcanzado el diafragma, y pueden ser abiertos y canalizados por medio del trocar y la cánula con muchas probabilidades de éxito. Los casos de difícil diagnóstico en los que no es fácil llegar a la cavidad con la aguja aspiradora son en general abscesos situados en la porción posterior y superior del lobo derecho cerca de su unión con el lobo izquierdo. Algunos de ellos no originan síntomas locales, excepto un dolor difuso en el hígado hasta el momento en que el diafragma se ataca

y aparece el dolor en el hombro derecho o izquierdo según la porción del diafragma alcanzada; en tales casos la perforación súbita en el pulmón y abundante expectoración de pus se presentan con frecuencia. Este accidente a veces se presenta sin que el enfermo tenga conocimiento de que padece de un absceso del hígado. La punción aspiradora a menudo no demuestra la presencia de pus porque no se ha tenido bastante cuidado de hacerla en la dirección conveniente y a la profundidad debida. Cantlie ha prestado cuidadosa atención al método más conveniente de practicar la punción aspiradora en el hígado y ha formulado las reglas siguientes después de medidas hechas en el cadáver: en un enfermo cuya circunferencia del cuerpo al nivel de la mitad de la área hepática sea de 80 centímetros, la vena cava inferior se encuentra a 12 o 13 centímetros de profundidad sobre una línea horizontal trazada con el individuo de pie, de la articulación xifoesternal hacia atrás por el ángulo posterior de las costillas. Encontró también que la vena cava es equidistante de cualquiera de los puntos usuales de la área operatoria. La aspiración puede ser practicada sistemáticamente en una dirección horizontal penetrando de derecha a izquierda; cada punción sucesiva deberá ser hecha atrás de la anterior. Por este medio puede explorarse una gran porción del hígado haciendo las punciones en diferentes direcciones. No obstante varias punciones repetidas y cuidadosas, pueden pasar inadvertidos algunos abscesos del hígado y abrirse ocasionalmente a través del diafragma. La conducta que hay que seguir después de que un absceso ha penetrado el diafragma depende de las condiciones patológicas de los tejidos invadidos. Si la cavidad pleural no está infectada y el pulmón se ha adherido al diafragma antes de la perforación y el absceso se ha abierto directamente en un bronquio, lo mejor es esperar un poco de tiempo para observar el curso de la enfermedad. Algunos pocos casos curan espontáneamente por el colapso de las paredes del absceso y la cicatrización de éste y del trayecto pulmonar. Este resultado se alcanza después de una convalecencia larga, y es probablemente una terminación excepcional. Lo que habitualmente ocurre es que el absceso se llena y se vacía intermitentemente debido a obstrucciones pasajeras del trayecto pulmonar. La persistencia de este estado determina la infección de las paredes del trayecto del pulmón por las amibas, lo que a su vez determina la destrucción del tejido pulmonar y formación de un absceso en este órgano. Entonces existen dos cavidades, una en el hígado y otra en el pulmón comunicando entre sí; finalmente la cavidad hepática puede curar casi completamente pero la cavidad pulmonar persiste, aumenta y determina la muerte. Una estimación exacta de las verdaderas condiciones anatómicas de las cavidades infectadas es a menudo imposible. Sin embargo es necesario tener siempre presente que en algunos casos de esta naturaleza, cuando se presentan al cirujano ya no existe cavidad en el hígado, lo que explica con cuánta frecuencia no se pueden encontrar los abscesos del hígado por la punción exploradora. Aun en los casos en que la cavidad del absceso hepático persista, es frecuente que no se alcance durante la punción porque la libre y abundante salida del pus determina la retracción de las paredes y la cavidad se hace muy pequeña. El único momento en que la punción aspiradora está plenamente justificada es cuando la expectoración cesa y aparece de nuevo el movimiento febril (cuando la cavidad del absceso está llena); aun en estas circunstancias a veces falla la punción. No obstante esto la mejor conducta es repetir frecuentemente las punciones antes de abandonar este método. Si la punción falla puede intentarse alcanzar el foco por la cavidad abdominal o por la vía transtorácica. La vía abdominal está poco indicada en los casos en que el abs-

ceso ha penetrado al pulmón derecho, porque es imposible poder hacerla a una distancia razonable del punto de perforación. Cantlie la recomienda en los abscesos del lobo izquierdo. A través de una incisión sobre el músculo recto izquierdo se introduce la mano en el abdomen y se palpa la área de inserción entre el hígado y el diafragma; una aguja aspiradora se introduce entonces a través de los espacios intercostales inferiores en dirección del absceso guiándola con los dedos colocados dentro de la cavidad abdominal. La vía transtorácica ha sido desechada porque puede destruir la integridad de la cavidad pleural. Si se practica cuidadosamente por el método de Lannelongue se resecan los cartílagos de la séptima, octava y novena costillas, haciendo accesible una gran porción de la superficie superior del hígado. McLeod insiste en que la operación transtorácica es la única vía conveniente, basando su argumento en que en la mayor parte de los casos la cavidad del absceso se encuentra en el pulmón y no ya en el hígado, por haber curado el absceso primitivo. El autor de este escrito opina que esta idea de McLeod se encuentra comprobada en la mayor parte de las autopsias y que una operación transpleural bien conducida ofrece en estos casos las mayores probabilidades de curación definitiva. Los casos referidos por Godlee comprueban también esta aseveración.

Si la cavidad pleural está infectada el problema se vuelve menos complicado. Puede ser abierta y canalizada a la vez resecaando si es necesario una o más costillas. Si el estado del paciente lo permite puede explorarse la superficie superior del diafragma y si se encuentra la abertura del absceso, ensancharla y canalizar por ella. La intervención precoz salva a menudo la vida de muchos de estos enfermos. La retracción del pulmón se presenta en algunos de los casos antiguos, siendo entonces muy difícil conseguir una expansión suficiente de esta víscera aun después de las operaciones de descortización. En gran número estos enfermos mueren tarde o temprano por agotamiento. En algunos casos la cavidad pleural puede contener pus que sale a través del pulmón durante la expectoración: como se ha dicho anteriormente la cavidad pleural sirve de depósito y el tejido pulmonar de canal a través del cual pasa el pus. En otros casos el pus pasa de la cavidad pleural a una cavidad en el pulmón y de esta al bronquio. Como ya se ha establecido, el absceso del hígado puede persistir en estos casos o bien haber ya curado. Casos de esta naturaleza tienen pocas probabilidades de curar aun cuando no haya absceso pulmonar; si éste existe las probabilidades serían todavía menores. Sin embargo el cirujano debe hacer todo cuanto pueda, abrir el absceso pulmonar y canalizarlo de la misma manera que el absceso del hígado si todavía existe.

(Concluye.)

DR. ULISES VALDÉS.