

## LOS ABSCESOS SUBFRÉNICOS Y SU TRATAMIENTO (1)

por el doctor

**FRANCISCO SALAMERO CASTILLÓN**

Ayudante de la Cátedra de Operaciones de la Facultad de  
Barcelona, a cargo del Dr. D. JOAQUÍN TRÍAS PUJOL

### HISTORIA

La historia de los abscesos subfrénicos se puede dividir en tres períodos. El primero se extiende desde los comienzos del siglo XVIII y se termina hacia el año 1845 a 50. Este período, se caracteriza por la publicación de algunos casos, hallazgos en las autopsias, y únicamente mencionados a título de curiosidad anatómo-patológica, pero sin ninguna enseñanza clínica. THELISUS en 1670 y más tarde TOFTAN en 1740, parece habían observado abscesos subfrénicos, consecutivos a colecistitis calculosas. VEIT en 1799 cita el caso de una mujer, que tenía una colección purulenta entre la cara superior del hígado y el diafragma, que se abre espontáneamente entre la 10ª y 11ª costilla y da salida a una mezcla de pus e hidátides. FERRUS, LOUS, CHUVEILHIER, BRIGT, nos hablan de sus observaciones sobre el hecho de encontrar cierta cantidad de pus entre el hígado y el diafragma, pero estas observaciones, fueron en las autopsias.

El segundo período o período clínico, durante el cual los autores aportan cierto número de casos y se esfuerzan en precisar los caracteres propios de la afección y poder sentar un diagnóstico preciso, pero carecen de una terapéutica activa: este período tiene sus comienzos con BARLOW (1852) que es el primero en diagnosticar el absceso subfrénico en el vivo, y precisa algunos caracteres para distinguirlos de las supuraciones pleurales.

El año siguiente WILLIAMS publica la historia de un enfermo afecto desde largo tiempo de disentería y se encuentra en la autopsia una cavidad subdiafragmática que comunica con el colon perforado.

WISTRICH en 1854 cita el caso de una mujer a la cual él había diagnosticado un pío-neumotórax y la autopsia demostró un absceso subfrénico izquierdo, consecutivo a una perforación gástrica.

LEYDEN observa tres casos de abscesos subfrénicos, y recordando observaciones anteriores, hace la primera exposición didáctica de la afección, que él designa con el nombre de pío-neumotórax subfrénico. casi al mismo tiempo Cossy, publica en los «Archives

Générales de Médecine» un estudio llamando la atención sobre el neumotórax de origen intestinal y distingue tres casos de neumotórax interpleural, de neumotórax subfrénico. Desde entonces llama mucho la atención el estudio de los abscesos subfrénicos y son numerosos los trabajos y citaciones de casos inéditos, al propio tiempo que ya aparecen algunas etiologías más claras; así podemos citar entre los autores que más se distinguen a CHAVANUIS, a JACCOUD, que es el primero en citar los abscesos subfrénicos de origen tuberculoso, DESCHAMPS que habla sobre las supuraciones peri-hepáticas a SCHEMLEN y JAFFE.

Estos autores, reuniendo gran número de observaciones y mostrando que además del pío-neumotórax de LEYDEN y Cossi hay abscesos no gaseosos, y purulentos, que designan ya para siempre con el nombre de abscesos subfrénicos.

El tercer período (fase de intervención quirúrgica) nos lleva ya al año 1890 en que DÉBOVE y REMOND, fueron los primeros cirujanos que después de diagnosticar un absceso subfrénico, los tratan quirúrgicamente, incisión el uno y cauterización el otro; bien el verdad que RIVAL y WILLIAMS, nos citan algunos años antes, casos de abscesos subfrénicos tratados por incisión y desagüe.

En 1891, NOWAH publica el primer trabajo completo sobre Anatomía patológica y tratamiento de los abscesos; en esta memoria presenta el autor veinte casos personales y señala otros sesenta y tres. A partir de estas fechas son numerosos los trabajos que se publican en todos los países, y por lo tanto, nos limitaremos a citar los más notables, bien sea por el número de observaciones, bien sea por dar un nuevo rumbo a la clínica o la terapéutica.

Así tenemos que en 1894, MAYDL publica 179 casos observados personalmente; SOCHS, en 1885, publica en la «Gazette des Hopitaux» un trabajo sobre el origen apendicular y peri-renal de los abscesos. En 1896 TROPANOW, de Leningrado, estudió el tratamiento de los abscesos subfrénicos siguiendo la vía trans-pleuro-diafragmática.

En 1987 aparece la tesis de FINKELSTEIN, inspirada por el profesor TROPANOW, que constituye el mejor trabajo hasta esta época; reúne 252 observaciones, que divide en once grupos etiológicos, y aconseja seguir en la mayoría de los casos la vía trans-pleuro-diafragmática. El mismo año el estudio de los abscesos subfrénicos fué objeto de una importante discusión en la Sociedad de Cirugía de París, en la cual BERGER, JALAQUIER, MICHAUX, PEYROT, ROU-  
TIER, etc., aportaron numerosos datos y discutieron las vías de acceso sentando nuevas indicaciones. En 1898, aparece la excelente tesis de MARTINET, que reúne 140 casos. En 1900, FEUVIEK estudia los abscesos de origen gástrico y WEBER los abscesos de origen apendicular; en 1904, GROS estudia los de

(1) Tesis de Doctorado. Calificada de sobresaliente. 1928.

origen gástrico, en un trabajo que hace referencia a las perforaciones de estómago. En 1905, PERUZ publica un importante trabajo que reúne 208 casos observados durante los años 1900 a 1910, de los cuales 155 casos han sido operados. PIQUAND llega a reunir hasta 890 casos, y es hasta esta fecha (1909), el trabajo más completo, tanto en la parte clínica como lo que se refiere al tratamiento. En el año 1910 y 1911, aparecen muy buenos trabajos de GUIBAL, PICQUE y QUENU, BERARD, LEJAUS y LANELONGUE. Viene la gran guerra, y apenas se publica otra cosa que lesiones por arma de fuego; con la post-guerra son los americanos quienes dan más realce a nuestro tema, así como antes son los trabajos franceses los que predominan; y así citaremos a los italianos CIMINATA, 1825; LIGAURE, 1914; PISANO, 1923; los americanos BURTON, 1910-1913; DOUGLAS, 1924; JOHNSON, 1909; LOCKROOD, 1921; OCHSAUER, 1923; ROLLESTON, 1912; NATTIER, de Viena, 1923, y NEUMAN, de Berlín, 1911, y entre los españoles a MADINAVEITIA, URRUTIA, RIBAS Y RIBAS, TARRUELLA, V. M. NOGUERAS.

#### ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Los abscesos subfrénicos constituyen una afección poco frecuente; PIQUAND decía que eran numerosos los médicos que jamás habían observado este proceso (1909).

MARTINET, en su memorable Tesis de París, nos habla del hecho siguiente; en el servicio de M. PEYROT, en seis años, sobre un total de 2,215 enfermos explorados, solamente cinco casos de abscesos subfrénicos, o sea, uno por 550.

Nosotros, en el servicio de la Cátedra de Operaciones, desde el año 1918 al 1926, ambos inclusive, hemos llegado a reunir 37 casos, o sea uno por 143. La diferencia, como puede verse, es bastante notable; y creemos que los pocos casos de que nos habla MARTINET, era debido sencillamente a que entonces la afección era poco conocida (1906); y sin embargo, PIQUAND, llegó a reunir 890 casos; PERUZ, 208; MAYDL, 148; NOWAK, 77; LANG, 140; FINKELSTEIN, 230, y MARTINET, 230.

Las condiciones etiológicas referentes a la edad son poco interesantes; excepcionales en la infancia, poco frecuentes antes de los 15 años, se observan frecuentemente de los 20 a los 50 años, y más en el hombre que en la mujer.

Las causas de los abscesos intra-peritoneales son por orden de frecuencia: úlceras de estómago, apendicitis, colecistitis, úlceras de duodeno, abscesos hepáticos, quistes hidatídicos; y con menos frecuencia, supuraciones del riñón, bazo, páncreas, órganos genitales femeninos, tuberculosis, traumatismos, perforaciones del yeyuno y grueso, actinomicosis y cáncer. Las de origen pleural se calculan para los intra y extra en un 3 por ciento. En cuanto a los retro peritoneales, 70 por ciento son de origen apen-

dicular. Los casos observados por nosotros en número de 37, se distribuyen en la siguiente forma:

Perforaciones de duodeno...	6
Perforaciones gástricas...	8
Colecistitis...	4
Apendicitis...	8
Quistes hidatídicos...	3
Absceso disintérico...	1
Herida arma blanca...	1
Quiste supurado base pulmón...	1
Hematoma retro-peritoneal...	1
Causa indeterminada...	4

¿Pueden considerarse los abscesos subfrénicos intra-peritoneales como peritonitis circunscritas? Tal parece ser el criterio de muchos autores modernos (CIMINATA), y así consideran los abscesos, como peritonitis supra-meso-cólicas, puesto que cualquiera que sea el asiento del absceso intra-peritoneal no dejará de ser una peritonitis situada entre el colon transverso y su meso, por abajo, y la cara inferior del diafragma por arriba; y nosotros creemos que debe admitirse esta denominación, porque de lo contrario no es posible poder diferenciar cuando un absceso será subfrénico y hasta qué punto exactamente saldrá de sus límites.

#### MECANISMO DE LA INFECCION DEL ESPACIO SUBFRENICO

Se puede producir por dos mecanismos:

- 1.º Por lesión de un órgano de vecindad (estómago, hígado, etc.).
- 2.º Por la propagación de un órgano lejano (apéndice, genital femenino).

Primer caso: El mecanismo de la propagación, cuando se trata de lesión de un órgano vecino, es de gran simplicidad. Si se trata, por ejemplo, de un absceso hepático, un quiste hidatídico, que se abren en el espacio sub-hepático, más que una propagación es una irrupción. Una úlcera puede perforarse y los líquidos sépticos caen directamente sobre el espacio; otras veces se han producido adherencias y a través de éstas se crean trayectos fistulosos más o menos sinuosos que pueden llegar hasta la cara inferior del diafragma.

En estos casos será por continuidad, como antes decimos. Pero se puede dar el caso de que la perforación no existe, o bien se trata de una úlcera cicatrizada; en este caso se habrá seguido la vía indirecta o linfática.

PICQUE cita casos de abscesos consecutivos a colecistitis no abiertas, en los cuales los abscesos miliares intra-hepáticos conflúan hasta formar una bolsa purulenta que residía en la convexidad del órgano; entre esta bolsa y el absceso subfrénico se interponía la cápsula de GLISON como una fina película que separaba ambas bolsas purulentas, y él admite que en estos casos la propagación es por vía linfática a través de la cápsula.

ABSCESOS SUBFRÉNICOS POR LESIONES DE ÓRGANOS LEJANOS

Podemos tomar como tipo las afecciones de origen apendicular. La posición del apéndice desde el punto de vista anatómico tiene gran interés, así como la frecuencia con que se observa la situación alta de este órgano y su posición sub-hepática.

No hay duda de que la posición alta del apéndice favorece la infección del espacio subfrénico, de la misma forma que una apendicitis de tipo descendente tendrá tendencia a producir abscesos pelvianos. Las vías anatómicas de la propagación dependerán de la situación del apéndice, y mejor todavía del desarrollo embriológico que hayan seguido estos órganos. Según LUSCHKA, TREVES y TUFFIER, el mesenterio al nivel de la región ileo-cecal, se divide en dos hojas; una anterior, que pasa por la cara anterior del ciego, y otra que pasa por la cara posterior. Estas dos hojas se unen y confunden en el borde externo del órgano, como ocurre en el intestino delgado; del modo, según TUFFIER, que pasa alrededor de la punta del corazón dentro del pericardio. Esta disposición se observa nueve casos en diez sujetos poco más o menos, pero esto no es constante. Así es que en ciertos individuos se forma un meso-ciego que le une a la fosa ilíaca (ciego con meso), mientras que en otros casos el ciego está por detrás de la serosa; tal es el ciego retro-peritoneal.

Así tendremos que en la inmensa mayoría de los casos el apéndice supurado (depende además de su posición interno, externo, superior, etc.), siguiendo el espacio parieto-cólico, ganará la celda subfrénica y formará un absceso intra-peritoneal; cuando el apéndice es posterior formará un absceso sub-peritoneal que llegará al espacio subfrénico, pero por debajo del ligamento coronario.

Pero además de esta vía, que podemos llamar vía linfática, abscesos propagados por linfangitis parietal (DIEULAFOY, GRANDSIERE, PIARD), la anatomía ha demostrado la existencia de vías linfáticas retro-cólica y parietal. Por eso DIEULAFOY consideraba ya los abscesos subfrénicos y las pleuresías de origen apendicular como propagaciones a distancia por vía linfática, de la misma forma que PICQUE admite la formación de abscesos subfrénicos de origen hepático por vía linfática.

En cuanto a los de origen genital, son las enfermedades de los anexos la causa más frecuente que produce abscesos subfrénicos (PERUTZ, GRAMER y WEBER) y el mecanismo será idéntico del que hemos descrito para los de origen apendicular.

ANATOMIA PATOLOGICA

Se pueden dividir los abscesos subfrénicos en dos grandes variedades anatómicas: intra-peritoneales y retro-peritoneales. Estos últimos, no son tan frecuentes como los intra-peritoneales, pero se observan bastantes veces.

Los abscesos retro-peritoneales (fig. 1-1), se coleccionan en el tejido celular que separa el diafragma

de su revestimiento peritoneal. Este tejido celular, está dividido ( por la inserción del ligamento coronario) (fig. 1-2) en dos compartimientos; uno superior, propiamente dicho, el otro inferior o renolumbar. Las colecciones que se forman en este compartimiento inferior son muy frecuentes: en efecto, a nivel de las inserciones inferiores del diafragma, el peritoneo está doblado por una capa espesa de tejido celular, que continúa directamente, con el tejido que dobla la fascia retro-cólica y retro-renal. Así resulta que las colecciones peri-renales (fig. 2-9-10) y peri-apendiculares, pueden despegar

RELACIONES DE LOBULO DERECHO DEL HIGADO SEGUN TESTUT

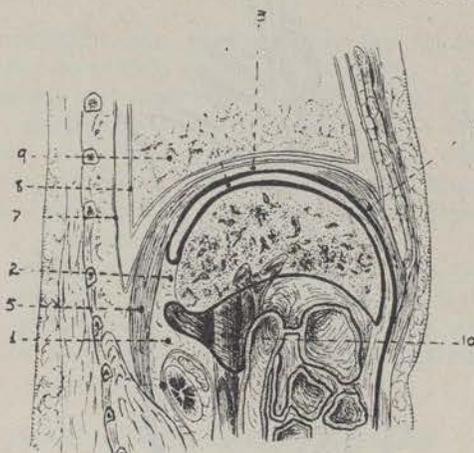


Fig. 1

- 1.—Compartimiento inferior. 2.—Ligamento coronario. 3.—Centro frénico.
- 4.—Espacio antero-superior. 5.—Diafragma. 6.—Espacio superior. 7.—Pleura parietal. 8.—Cavidad pleural. 9.—Pulmón. 10.—Vena cava.

fácilmente el peritoneo y subir hasta el nivel del ligamento coronario. Por el contrario, los abscesos se desenvuelven raramente por encima de dicho ligamento. En efecto, entre las dos hojas del ligamento, la fascia posterior del hígado se adhiere íntimamente a la pared abdominal posterior, a la cual está unida por un tejido denso que le hace difícilmente atravesable por una colección purulenta. Los abscesos renolumbares detenidos por esta barrera se desenvuelven hacia el fondo de la cavidad torácica, donde no están separados mas que por las fibras inferiores del diafragma, fáciles de atravesar hacia el hiato costolumbar. Esta disposición anatómica explica por qué los abscesos de la región lumbar se complican con frecuencia de pleuresía purulenta, cosa rara en los abscesos intra-peritoneales.

Los abscesos se corren siempre por la mitad posterior del diafragma; el peritoneo que tapiza la mitad anterior del músculo, está muy adherido y es sumamente difícil de separar.

LEJARS admite que el pus no pasa nunca el centro frénico (fig. 1-3); y, sin embargo, SPIELMAN, CAVAILLON y CHAVNON, han citado observaciones de abscesos retro-peritoneales, que han pasado del centro frénico y se han extendido por toda la serosa del diafragma.

El relieve que forma la columna vertebral, la arte-

ria aorta, el esófago y la vena cava, dividen el tejido sub-peritoneal que cubre la cara inferior del diafragma en dos compartimientos, derecho e izquierdo, en cada uno de los cuales se puede formar un absceso.

Es excepcional encontrar un absceso único que se extienda por todo el compartimiento, sino que, por el contrario, se forman dos, uno derecho y otro izquierdo.

Los abscesos sub-peritoneales son mucho más frecuentes en el lado derecho que no en el izquierdo. Los derechos suceden ordinariamente a una apendicitis,

*La fascia renal vista en un corte sagital, según TESTUT.*

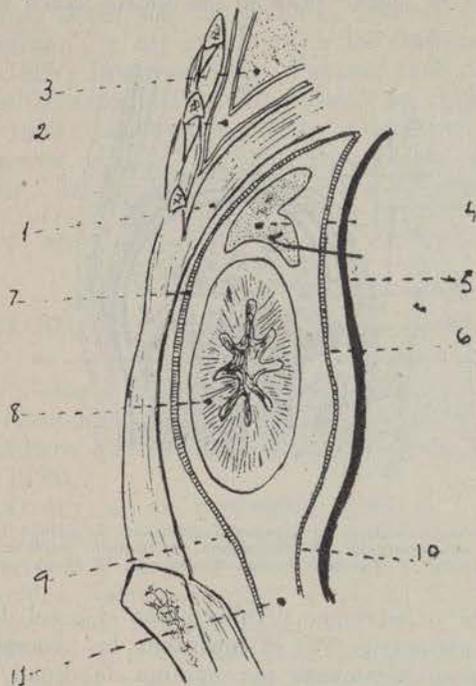


Fig. 2.

1.—Diafragma. 2.—Cavidad peural. 3.—Pulmón. 4.—Cápsula supra-renal. 5.—Peritoneo. 6.—Fascia renal.

citis, a una supuración renal; excepcionalmente se pueden observar consecutivos a una perforación de duodeno, colon, cabeza del páncreas y pleuresía purulenta.

Los abscesos sub-peritoneales izquierdos, suceden a una supuración de páncreas; es raro sean producidos por una pleuresía, una perforación gástrica o una osteítis costal o vertebral.

Estos abscesos se desenvuelven en la parte inferior del diafragma y no tienen tendencia a correrse hacia la región lumbar.

Que el absceso sea derecho o sea izquierdo, el pus puede perforar el peritoneo y hacerse intra-peritoneal, y entonces tendremos dos bolsas; una extra y otra intra-peritoneal, o sea un absceso en forma de botón de camisa. Menos frecuente es, por el contrario, que un absceso intra-peritoneal rompa la serosa y se extienda por el tejido celular sub-peritoneal; sin embargo, se citan algunos casos (WEBER).

Los abscesos retro-peritoneales, se acompañan con frecuencia de gangrena y perforación del diafragma,

mientras que en los abscesos intra-peritoneales el diafragma está tapizado por una serosa espesa e inflamada y constituye una barrera resistente y se deja comprimir hacia el tórax antes de dar paso a la colección; en cambio, en los retro-peritoneales el diafragma en contacto directo con el pus, se altera rápidamente y se deja atravesar con facilidad; es más: en los abscesos intra-peritoneales el diafragma puede llegar hasta el segundo espacio inter-costal y es excepcional ver un absceso retro-peritoneal llegar hasta la quinta costilla.

Estos abscesos, como ya hemos dicho, son casi siempre de origen apendicular, se extienden desde la fosa ilíaca a la región lumbar, y hasta el espacio infra-diafragmático.

El examen de la región epigástrica no ofrece ningún síntoma importante, es indolora, no hay defensa, la percusión es sonora, mostrando que la afección nada tiene que ver en el peritoneo. En cuanto al hígado (fig. 1), está algo inclinado hacia delante, como si en la parte posterior alguna fuerza le empujara e hiciera bascular, y forma un relieve bastante marcado en la pared abdominal anterior.

*Cortes sagitales del abdomen pasando por el hipocondrio izquierdo, según TESTUT.*

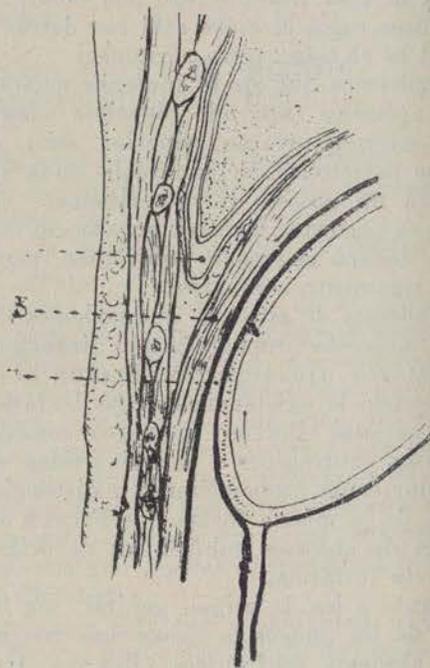


Fig. 3.

Estado normal. 1.—Pulmón. 2.—Pleura. 3. Diafragma.

Estos abscesos se complican con frecuencia de pleuresía a través del diafragma. (Véase abscesos intra-peritoneales).

La perforación del diafragma se explica por el contacto directo entre el pus y las fibras; el poco espesor del músculo en el borde posterior y los intersticios que en él se hallan, es el motivo de que el pus pueda pasar fácilmente hacia el tórax. El asiento de la perforación se produce casi siempre para

estos abscesos (retro-peritoneales) entre los haces costales y los lumbares.

La perforación puede ser única o múltiple, predominando la primera, y en cuanto a las dimensiones, se pueden encontrar, desde el caso de perforación pequeña, apenas perceptible, hasta la destrucción completa del músculo del cual sólo quedan trozos de fibras, de aspecto gangrenoso; finalmente, esta perforación, unas veces es bien limpia, como si fuera hecho con un saca-bocados, otras veces es sumamente irregular y mal limitada.

Una vez ha sido perforado el diafragma, el pus

Cortes sagitales del abdomen pasando por el hipocondrio izquierdo según TESTUT

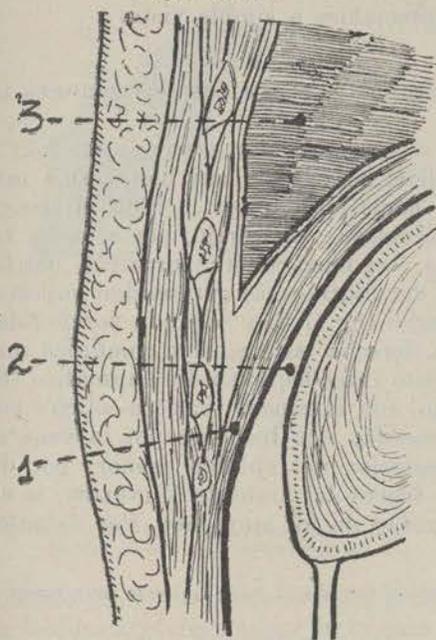


Fig. 4

1.—Diafragma. 2.—Peritoneo. 3.—Derrame pleural.

se abre en la pleura, dando lugar a una pleuresía purulenta, y aunque algunos (PIQUAND) admiten que el pus se puede coleccionar entre la cara superior del diafragma y la cara inferior de la pleura parietal (pleura diafragmática) el hecho es excepcional; lo corriente es que infecte la serosa y se forme una pleuresía, y esto sucede todavía con más frecuencia en los abscesos retro-peritoneales, y entre las afecciones que dan mayor número de estas complicaciones, se citan los abscesos de origen esplénico y apendicular (ELLIOTT).

Otra complicación, aunque no tan frecuente, es la abertura del absceso en el pulmón, y esto puede producirse, ya sea directamente del diafragma al pulmón, cuando las adherencias fijan ambos órganos, ya sea de diafragma a pleura y de pleura a pulmón (menos frecuente). Cuando la colección se pone en contacto con el tejido pulmonar, se determina la gangrena del mismo y entonces se forma una caverna que comunica, por una parte, con el absceso, y por otra, con el bronquio o bronquios. Unas veces existe únicamente un trayecto fistuloso que se

extiende desde el absceso a una ramificación bronquial. (Nosotros hemos observado un caso de un absceso de la fosa ilíaca en que, lavando esta colección con solución Dakin, el enfermo notaba el sabor de dicha solución).

Algunas veces, cuando el absceso se abre en un grueso bronquio, puede aparecer una vómica más o menos abundante: la cantidad de pus expulsado puede ser enorme, hasta un litro (BIEGNASKI).

El pus evacuado por vómica presenta de ordinario un olor extremadamente fétido, y se acompaña con frecuencia de sangre y tejido pulmonar.

En casos de abscesos, de origen hepático, se puede encontrar bilis, como el caso de DESCHAMPS e hidátides.

La complicación pulmonar de los abscesos subfrénicos, se calcula en un 13 por 100.

También se citan casos de aberturas de los abscesos subfrénicos en el pericardio y se admite, en general, que esta complicación no es por vía directa, sino por vía linfática. Se citan pocos casos de pericarditis purulentas; dominan más las serosas, pero unas y otras son poco frecuentes.

En cuanto a la abertura de un absceso subfrénico en el mediastino, todavía es más excepcional; nosotros observamos un caso consecutivo a un absceso hepático de origen disintérico, cuyo enfermo, desde luego, sucumbió.

#### ABSCEOS INTRA-PERITONEALES

El peritoneo subfrénico está dividido en cuatro departamentos distintos por los ligamentos que unen el hígado al diafragma; el ligamento coronario (figura 5-3), prolongado de cada lado por el ligamento triangular correspondiente, divide, en efecto, este espacio en dos: uno antero-posterior (fig. 5-1), más largo; otro antero-inferior, más corto (fig. 5-2).

El compartimiento antero-superior está dividido por el ligamento suspensor o redondo (fig. 6-1) a su vez en dos, uno derecho y otro izquierdo. El compartimiento posterior está a su vez dividido por un tabique antero-posterior en otros dos; este tabique está formado por el peritoneo, que viene de la cara posterior del abdomen, pasa por delante de la vena cava (fig. 1-10), columna vertebral, y por detrás del pedículo hepático, cuya cara posterior reviste, y desde aquí ya forma parte del epiplón menor o gastro-hepático. En cada uno de estos departamentos o celdas se puede formar un absceso, y así tendremos cuatro grandes variedades de abscesos subfrénicos intra-peritoneales:

- 1.º.—Abscesos subfrénicos derechos y anteriores.
- 2.º.—Abscesos subfrénicos derechos y posteriores.
- 3.º.—Abscesos subfrénicos izquierdos y anteriores.
- 4.º.—Abscesos subfrénicos izquierdos y posteriores.

#### 1.º.—ABSCEOS DERECHOS Y ANTERIORES

Estos abscesos se encuentran en un espacio (figura 5-1) limitado: por arriba, por la cara inferior

del diafragma tapizado por el peritoneo; por abajo, por la cara superior de lóbulo derecho del hígado; a la izquierda, por el ligamento redondo (fig. 6-1); por detrás, por la hoja superior del ligamento coronario; a la derecha y adelante, comunica con el espacio parieto-cólico (fig. 6-4); esta comunicación explica por qué una colección de origen apendicular puede llegar hasta este departamento siguiendo la vía antes indicada; por delante, este espacio (fig. 5-4) se continúa ampliamente con el espacio sub-hepático

adherencias son más bajas, unen el colon transverso a la pared abdominal anterior; aíslan de esta forma las dos celdas supra e infra-hepáticas derechas. En el primer caso el absceso tendrá una evolución torácica, y en el segundo, la colección se hará ostensible en la pared abdominal.

Los abscesos consecutivos a una supuración de hígado o a una supuración torácica, están generalmente limitados por las adherencias que unen el diafragma al hígado y tienen una evolución torácica; en cuanto a los consecutivos a una apendicitis, vías biliares y perforaciones del píloro y duodeno, están limitados por la unión del colon transverso a la pared abdominal y casi siempre forman tumores apreciables a simple vista.

Corte sagital del abdomen. TESTUT

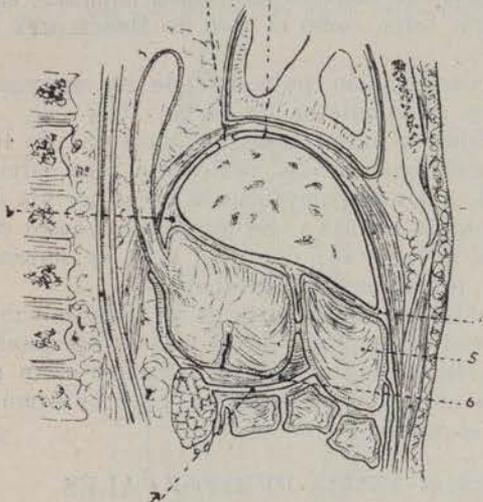


Fig. 5

- 1.—Espacio pósterosuperior. 2.—Espacio pósteroinferior.
- 3.—Ligamento coronario. 4.—Espacio anterior. 5.—Colon transverso. 6.—Meso-colon transverso.

2.º.—ABSCEOS SUBFRÉNICOS POSTERIORES DERECHOS

Estos se forman en un espacio (fig. 5-2) limitado, hacia adelante, por la cara posterior e inferior del hígado; hacia arriba, por la hoja inferior del ligamento coronario; por abajo, por el colon transverso (fig. 7-2) y el meso-colon; por atrás, por la porción inferior del diafragma, extremidad superior del riñón derecho (fig. 7-3) y segunda porción del duodeno; a la derecha, este espacio comunica con el compartimiento inter-hepático diafragmático (fig. 7-4); por abajo, con el espacio parieto-cólico; por detrás, a la izquierda, está limitado por la vena cava y el borde posterior del epiplón menor, por detrás del cual y a través del hiato de WINSLOW, se abre en la trans-cavidad de los epiplones. Por delante del epi-

Relaciones del hígado con la pared abdominal. POIRIER

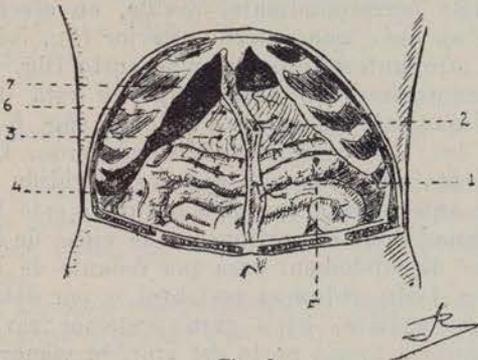


Fig. 6

- 1.—Ligamento suspensor. 2.—El mismo. 3.—Estómago.
- 4.—Colon transverso. 5.—Idem. 6.—Borde anterior del hígado.

Relaciones del bazo con el riñón izquierdo corte sagital. TESTUT

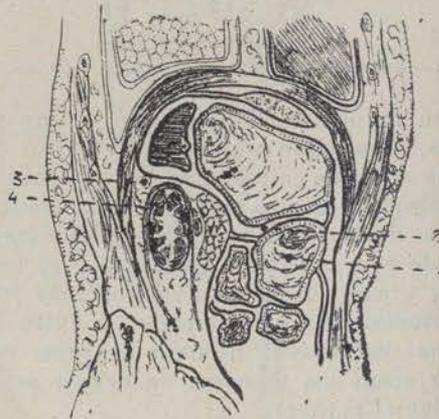


Fig. 7

- 1.—Colon transverso. 2.—Ligamento gastro-cólico. 3.—Celda renal. 4.—Bazo.

y con la gran cavidad peritoneal, de donde está separado incompletamente por el colon transverso (figura 5-5) y el meso-colon: así para que un absceso se pueda coleccionar en este espacio, es preciso que las adherencias peritoneales le separen completamente del resto del peritoneo libre.

La disposición que pueden tomar estas adherencias es muy variable: si unen el borde anterior del hígado al diafragma, aíslan completamente el espacio inter-hepático diafragmático derecho; pero si estas

plón gastro-hepático, la celda subfrénica posterior derecha se prolonga hasta la celda subfrénica anterior izquierda, por una especie de canal (fig. 8) limitada entre el hígado por arriba, el estómago por detrás, el colon transverso por abajo, y la pared abdominal por delante.

Además, esta celda posterior derecha comunica

con la gran cavidad peritoneal, entre el colon transverso y el borde anterior del hígado. Para que un absceso se pueda coleccionar será preciso que las adherencias peritoneales cierren la celda a este nivel, bien sea del colon al borde anterior del hígado o a la pared abdominal.

En el primer caso, el absceso está situado por debajo y detrás del hígado y emigra hacia la región lumbar (fig. 7-4); en el segundo caso, el pus invade ordinariamente las dos celdas supra e infra-hepáticas derechas y forman prominencia en la pared abdominal (fig. 5-4).

Organos supra-mesocólicos. POIRIER

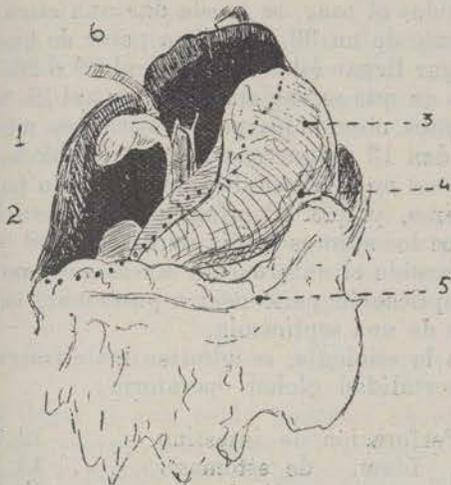


Fig. 8

1.—Vesícula biliar. 2.—Borde anterior del hígado. 3.—Estómago. 4.—Idem. 5.—Colon transverso.

Los abscesos posteriores derechos son poco frecuentes y son debidos a perforaciones de la cara posterior del duodeno o del píloro, y excepcionalmente, a una supuración del hígado y de la cabeza del páncreas. Cuando invaden las dos celdas derechas, son de causa apendicular o vías biliares.

3.º.—ABSCEOS SUBFRÉNICOS ANTERIORES IZQUIERDOS

Estos abscesos se encuentran dentro de una celda (fig. 8-4) que está limitada: por arriba, y a la izquierda, por el diafragma; por abajo, por la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado y parte de la cara anterior del estómago; a la derecha, por el ligamento superior del hígado; por detrás, por el ligamento coronario y triangular izquierdo, y hacia adelante, por la pared abdominal anterior; por delante, y abajo, por el colon transverso y su mesocolon (fig. 8-5). Bien limitada esta celda por arriba, detrás y a la derecha, está mal cerrada a la izquierda, y sobre todo, por delante y abajo; a este nivel, las numerosas adherencias son necesarias para permitir que el pus se colecciona sin invadir las regiones vecinas. La disposición anatómica del absceso es variable según la forma de producirse estas adherencias; si éstas se forman muy abajo, entre el colon

transverso y el gran epiplón y se fusionan a la pared abdominal, entonces se formará el absceso peri-gástrico que llega hasta el ombligo, a cuyo nivel se puede abrir. También puede suceder que las adherencias se formen a un nivel más alto y que unan a la pared abdominal la cara anterior del estómago y el borde anterior del lóbulo izquierdo del hígado, y entonces el absceso, creciendo hacia el tórax, levanta el diafragma. Naturalmente, pueden existir variedades intermedias. A la izquierda, y debajo de la celda indicada, se encuentra otra más pequeña (figura 9), limitada: a la izquierda, por el diafragma; por dentro, por la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado; la gran curvatura del estómago y páncreas; por abajo riñón, la mitad izquierda del colon transverso y bazo. Este espacio puede alojar un absceso sin que el resto del espacio escrito antes, o sea, el espacio mayor, esté invadido; y así se puede llegar a diferenciar dos variedades anatómicas.

1.º Abscesos anteriores izquierdos propiamente dichos, y que se designan con el nombre de pre-gástricos.

2.º Los abscesos limitados al espacio gastro-espleno-diafragmático.

Las colecciones izquierdas constituyen una variedad muy frecuente, y en orden de frecuencia siguen

Celda esplénica. TESTUT

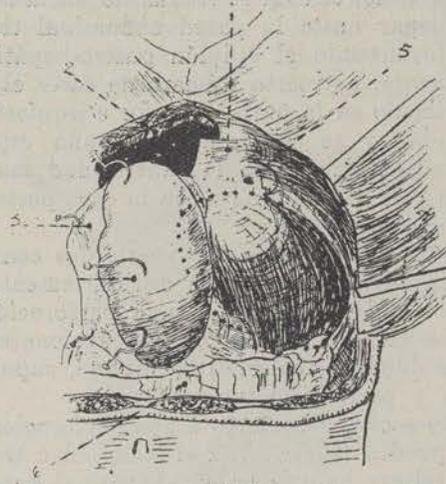


Fig. 9

1.—Ligamento triangular izquierdo. 2.—Lóbulo izquierdo del hígado. 3.—Estómago. 4.—Bazo desplegado. 5.—Celda esplénica. 6.—Colon transverso.

a los de espacio anterior derecho. En cuanto al origen, son casi siempre debidos a perforaciones de estómago, úlceras de curvatura menor; menos frecuentes serán los producidos por lesiones análogas de duodeno y yeyuno, apéndice o afecciones torácicas, y excepcionalmente a una supuración hepática, vías biliares y órganos genitales de la mujer. En cuanto a los abscesos del espacio gastro-espleno-diafragmático, hay que buscar el origen en las perforaciones de la curvatura mayor del estómago, supuraciones y hematomas esplénicos (QUENU, ELLIOT, CUTLER y LENORMAND).

## 4.º—ABSCEOS SUBFRÉNICOS POSTERIORES IZQUIERDOS

Estos abscesos se desarrollan en la parte correspondiente de la transcavidad de los epiplones, y así tendremos: por delante (fig. 8), el estómago o el epiplón gastro-hepático; por arriba, y adelante, la cara inferior del hígado y hoja inferior del ligamento coronario; por detrás, el diafragma y páncreas; hacia abajo el colon transversal y su meso-colon; a la izquierda este espacio se continúa hasta el hilio del bazo, donde está cercado por la unión del epiplón gastro-esplenopancreático, y a la derecha, se comunica por el hiatus de WINSLOW hacia la celda subfrénica posterior derecha.

Los abscesos pueden ocupar todo este espacio formando una vasta colección que desciende hasta el meso-colon y hasta la pared abdominal. Con más frecuencia las adherencias cierran la cavidad retro-es-tomacal, de suerte que el absceso se desenvuelve solamente en la parte superior de la transcavidad entre el hígado por arriba, por delante la mitad inferior de la curvatura menor del estómago, por abajo y a la derecha el ligamento duodeno pancreático, y por arriba y detrás el ligamento gastro-pancreático de HUSCHKE: El pus se encuentra generalmente en la parte postero-superior del espacio detrás del hígado, el cual es rechazado hacia adelante, y para llegar hasta la pared abdominal tiene que hacerlo levantando el epiplón gastro-hepático.

Finalmente, en cierto número de casos el absceso está localizado en la parte superior e izquierda de la transcavidad y se desenvuelve en una especie de celda comprendida entre la tuberosidad mayor del estómago y el hilio del bazo, en la cara posterior del epiplón gastro-esplénico.

Estos abscesos posteriores izquierdos constituyen una variedad rara y suceden ordinariamente a una supuración del páncreas o a una perforación de la pared posterior del estómago, y excepcionalmente, a úlcera de duodeno, colecistitis, hígado, supuraciones del bazo y peritonitis tuberculosas.

Los abscesos consecutivos a una perforación de estómago pueden llegar hasta el meso-colon transversal y hacer relieve bajo la pared abdominal anterior; y los de origen hepático hacia arriba y atrás entre el hígado y el diafragma.

Como hemos visto según la lesión, tal será el absceso en cuanto a topografía; y lo interesante para todos los casos será que puedan llegarse a producir estas barreras que limiten las partes sanas de las enfermas, y en todos los casos procuraremos por todos los medios respetar esas defensas naturales con que el organismo lucha contra la infección.

Si hemos hecho además una descripción tan detallada de las celdas o espacios, es con el único objeto de examinar serenamente en cada uno de los casos el camino más corto para llegar hasta la colección y siempre respetando los tejidos sanos.

## PRONOSTICO

El pronóstico de los abscesos subfrénicos es siempre grave; esta gravedad, desde luego, está sujeta a grandes oscilaciones según sea la causa, localización y tratamiento a seguir, pues como se comprende, será muy diferente el pronóstico entre el caso de un absceso de origen hepático (cara superior por ejemplo) con complicaciones pleurales, y el producido por una úlcera gástrica, que forma prominencia en la pared abdominal y amenaza abrirse espontáneamente en la piel.

Si consideramos la mortalidad global en los casos intervenidos al azar, se puede dar una cifra aproximadamente de un 30 a 32 %, a pesar de que PERUZ hace llegar ésta solamente al 28 ó 26 %, y en los casos en que se respeta la pleura, al 21 %.

Los casos observados por nosotros en número de 37, nos dan 13 defunciones, o sea, un 35 %.

Los casos no intervenidos dan un tanto por ciento elevadísimo, y que sin ninguna discrepancia entre casi todos los autores se fija de un 96 a 98 %.

Así, cuando el enfermo no muere súbitamente de una complicación peritoneal o pulmonar, sucumben víctimas de una septicemia.

Según la etiología, se admiten las cifras siguientes de mortalidad global operatoria:

Perforación de intestino. . . . .	72 %
Idem. de estómago . . . . .	43 %
Abscesos apendiculares. . . . .	34 %
Idem. tuberculosos. . . . .	42 %
Idem. Renales . . . . .	26 %
Idem. Hepáticos . . . . .	25 %
Idem. Traumáticos . . . . .	23 %
Idem. Pancreáticos . . . . .	25 %
Afecciones torácicas . . . . .	18 %

Los casos fallecidos en nuestra clínica en número de 13, se distribuyen así:

Por empiemas, 4, que fueron intervenidos.

Por úlceras duodenales 2.

1 por úlcera de curvatura menor; se estableció una fístula gástrica, y al tratar ésta en un 2.º tiempo, fallece por peritonitis.

1 por lesiones tuberculosas de ambos pulmones.

1 por nefritis.

1 antes de intervenir.

1 mediastinitis.

2 faltaron datos de autopsia.

## TRATAMIENTO

Todo absceso subfrénico debe ser intervenido, puesto que ya hemos visto que abandonados a su propia resolución producen un 96 a 98 % de mortalidad.

Veamos ahora de qué medios podemos disponer y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

*Punción simple:* ¿Puede la punción simple curar un absceso? nosotros sobre este particular no tene-

mos ninguna experiencia; pero es evidente que se trata de una operación insuficiente.

Nosotros creemos, como dice muy bien LEJARS, que mientras la punción diagnóstica puede ser y es un método de un valor inestimable, la punción tratamiento es ilusoria y perjudicial.

La punción con un grueso trócar seguida de un drenaje en forma de sifón aconsejado por HERRLICH y más tarde por RENVERS, no aventaja en mucho a la punción simple; ello constituye igualmente un procedimiento siempre insuficiente. Una vez fué empleada por WEBER y el enfermo sucumbió víctima de una peritonitis generalizada. Hace años era aconsejada en Inglaterra por TURNBULL para el tratamiento de algunos abscesos.

Hoy día sólo la larga y amplia abertura del absceso seguida de drenaje es lo que se acostumbra.

Como el trazado y relaciones anatómicas son muy diferentes según sea el espacio donde se interviene, dividiremos éste en cuatro grupos.

- 1.º—Abscesos de evolución ántero-superior.
- 2.º—Abscesos de evolución ántero-inferior.
- 3.º—Abscesos de evolución pósterosuperior.
- 4.º—Abscesos de evolución pósteroinferior.

1.º—*Abscesos de evolución ántero-superior.*

Para llegar a esta celda podemos abordarla por cuatro operaciones diferentes: Vía abdominal. Resección del esqueleto por vía abdominal, llamada vía extra-pleural anterior. Pre-peritoneal o de CLAIRMANT, y Transpleural anterior.

VÍA ABDOMINAL

Este procedimiento puede seguirse, a condición de incidir muy alto el reborde costal; pero cuando los abscesos están situados profundamente debajo del diafragma, se trata entonces de una operación insuficiente, puesto que no deja llegar siquiera hasta el absceso y no hay más solución que completarla con una nueva operación.

Sin embargo, se admite que se pueden abrir por vía abdominal las colecciones subfrénicas, incluso las más altas, a condición de bascular el hígado hacia abajo y adelante y que hace, por ende, mucho más asequible el paso.

Esta maniobra es sumamente peligrosa, pues el descenso obligado y rápido del hígado puede determinar el desgarramiento de las adherencias peritoneales, como asimismo provocar la ruptura de la vena cava.

Además, suponiendo no haya habido ningún contratiempo, al cesar la fuerza que lo hacía bascular, vuelve el órgano a su posición normal, el espacio queda cerrado, y el pus se acumula nuevamente en el mismo sitio, estableciéndose un drenaje insuficiente y sumamente defectuoso.

En los quistes hidatídicos de evolución ántero-superior pasa algo parecido.

Mientras el quiste crece, desvía el hígado hacia

abajo y adelante; si se interviene por vía anterior, una vez extraído el líquido (que era la fuerza que le obligaba a bascular) se reintegra a su posición normal y la abertura que en el acto operatorio correspondía a la pared abdominal anterior corresponde después a la pared superior.

Únicamente será buen procedimiento el descrito y tendrá indicaciones precisas, cuando los abscesos sean de evolución anterior.

VÍA EXTRA-PLEURAL ANTERIOR (LANNELONGUE)

Este procedimiento se funda en la disposición anatómica que presenta el fondo de saco pleural anterior, que no desciende hacia adelante más que hasta el nivel del borde inferior del tórax. Después de abandonar el borde del esternón a lo largo del 6º espacio intercostal y después el borde superior del 7º cartilago, el fondo de saco costo-diafragmático cruza el 7º cartilago, a 15 milímetros por delante de la 7.ª articulación condro-esternal, el 8º cartilago a 7 milímetros de la 8.ª articulación condro-costal, el 8º y 10º espacio a 10 milímetros por detrás de la 9.ª y 10.ª articulación condro-costal, para llegar al 11.º espacio a 20 milímetros de su extremidad anterior.

Conocido este trayecto se puede resear sin interesar la pleura los 8.º, 9.º y 10.º cartilagos costales.

La operación comprende los tiempos siguientes:

1.º—Incidión de la piel y de las partes blandas subcutáneas desde el ángulo xifo-costal y que termina sobre el reborde costal a nivel de la línea axilar anterior.

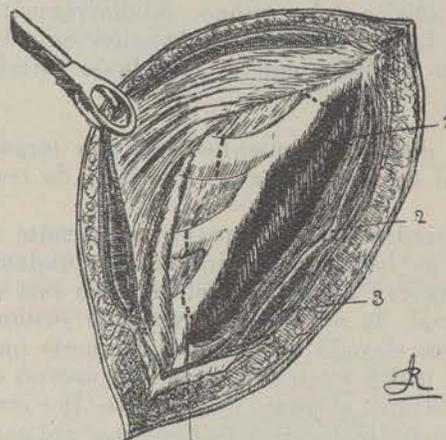


Fig. 10  
Según DUPRET

2.º—Liberación de la cara anterior del reborde costal.

3.º—Sección de los cartilagos costales y de las costillas.

4.º—Se desinsertan los músculos transversos y diafragma que se insertan en la cara profunda del esqueleto reseado.

5.º—Sección del tabique formado por los músculos y abertura del espacio.

SIRAUD de Lyon y su discípulo TARTEREZ, han aconsejado el procedimiento siguiente:

- 1.º—Incisión de la piel y partes blandas.
- 2.º—Resección temporal de la 6.ª, 7.ª y 8.ª costilla en forma de colgajo, que es recazado hacia arriba.
- 3.º—Decolación del fondo de saco pleural de la cara posterior de los fragmentos del resecado.

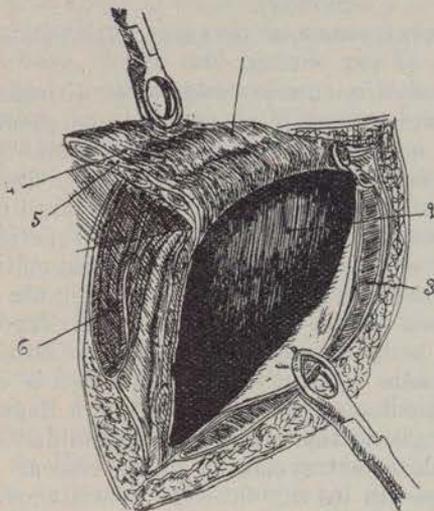


Fig. 11

- 4.º—Incisión horizontal del diafragma y desprendimiento en masa del músculo y pleura.
- 5.º—Incisión del peritoneo subdiafragmático, evacuación, lavado y drenaje de la colección subfrénica.
- 6.º—Se vuelve a colocar el colgajo costal movillizado.

Estos dos procedimientos dan una larga vía de acceso al espacio y tienen la ventaja de respetar la pleura.

El procedimiento de SIRAUD no permite un buen drenaje de los abscesos situados profundamente en el diafragma; así, cuando el enfermo está en decúbito dorsal, la abertura corresponde justamente al punto más elevado del absceso, de suerte que el pus se drena mal y frecuentemente será preciso una contra-abertura en el punto más declive. Por otra parte, este procedimiento, cuando tiene que aplicarse a los abscesos izquierdos, expone a caer sobre las adherencias que limitan a éste, producir la ruptura consiguiente y provocar la muerte del enfermo por peritonitis generalizada.

Finalmente, en sujetos jóvenes, la resección de los cartílagos, si es muy larga puede acarrear deformaciones considerables del tórax por falta de desarrollo.

De estos procedimientos, el más sencillo y al propio tiempo el que cumple las indicaciones es el de LANNELONGUE.

Número de intervenciones practicadas por nosotros, cuatro.

VÍA TRANSPLEURAL ANTERIOR

Este procedimiento comprende los tiempos siguientes: fig. 12 y siguientes:

- 1.º—Incisión de un espacio intercostal.
- 2.º—Resección de una o dos costillas 8.ª, 9.ª y 10.ª generalmente 9.ª.

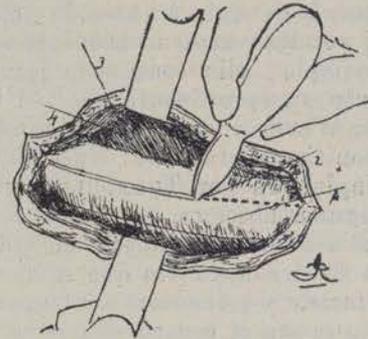


Fig. 12

- 3.º—Sección del periostio costal y pleura parietal.

Podemos encontrarnos con pleura libre y con sínfisis pleural. Si al cortar periostio y pleura entra aire, según LEJARS, se hace rápidamente una compre-

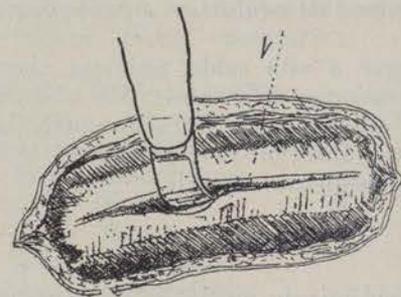


Fig. 13

sión con los dedos y a continuación sutura de las dos hojas y diafragma como indica la fig. 15. Si las dos hojas están fusionadas, entonces el problema no

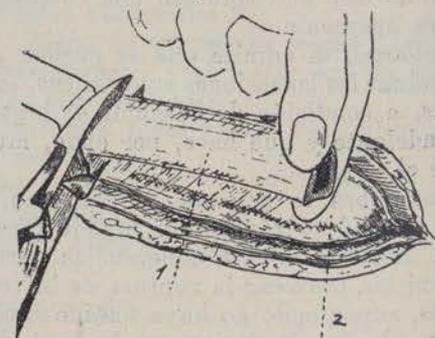


Fig. 14

Sección de la costilla

ofrece ninguna dificultad: incisión de la pleura y diafragma.

- 4.º—Sección del diafragma y de la cavidad. Nosotros somos partidarios en todos los casos, éste

la pleura libre o adherida y con objeto de evitar complicaciones una vez hecha la resección subperióstica de la costilla, practicar dos suturas que comprenden periostio, pleura y diafragma, y sección entre dichas suturas de todos los planos hasta la cavidad.

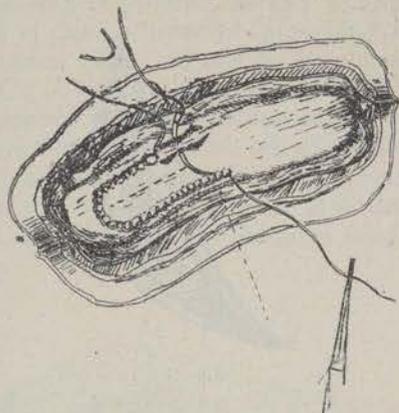


Fig. 15  
Sutura de las hojas pleurales  
Según LEJARS

Esta operación ha sido practicada dos veces en un solo tiempo por nosotros con resultado satisfactorio.

VÍA PRE-PERITONEAL O DE CLAIRMOND

El autor describe los tiempos siguientes:

- 1.º—Incisión paralela al reborde costal (fig. 17).
- 2.º—Sección de las partes blandas subcutáneas hasta el peritoneo.
- 3.º—Con el dedo índice que se coloca entre el pe-



Fig. 16  
Sección de pleura y diafragma

ritoneo y el diafragma se separa la serosa del músculo hasta llegar al absceso (fig. 20).

4.º—Si el absceso no es hallado, con una aguja y sirviendo de guía el dedo se punciona en el sitio donde se sospecha; y caso de hallarse y si el absceso es muy alto o posterior, se aborda por vía posterior y retroperitonealmente (fig. 21).

Con toda sinceridad hemos de decir que no hemos

practicado esta operación en el vivo. Según el autor, la separación del diafragma y peritoneo está

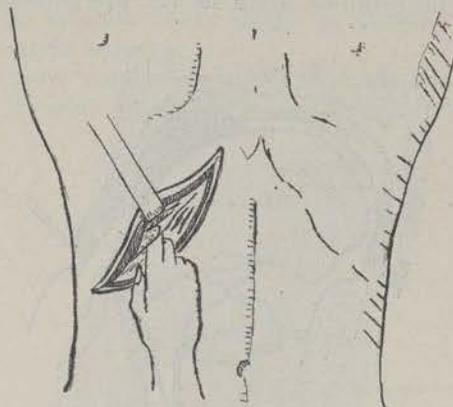


Fig. 17

favorecida por el edema que se forma cuando existe el absceso.

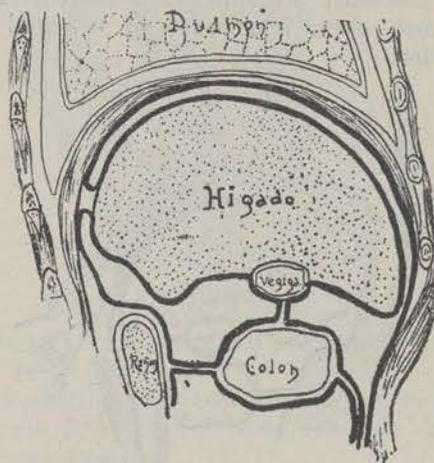


Fig. 18  
Corte sagital. Anatomía normal

Hemos practicado esta operación en el cadáver, y la separación tiene grandes dificultades, pues se rompe el peritoneo con suma facilidad.

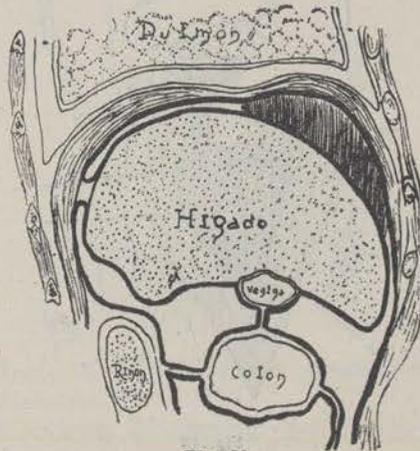


Fig. 19  
Absceso subfrénico

De la misma opinión es CIMINATA que ha hecho la misma experiencia. No sabemos que nadie más haya hecho estudios sobre la vía pre-peritoneal.

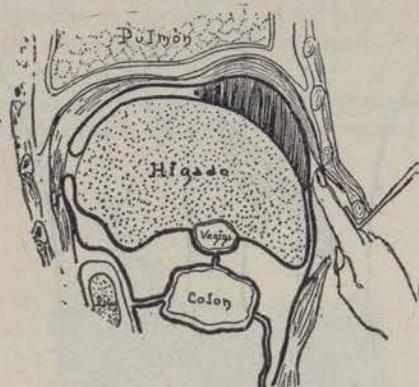


Fig. 20

ABSCESOS DE EVOLUCIÓN ANTERIOR E INFERIOR

Estos abscesos, situados por debajo del reborde costal, acostumbran a marcarse en la pared abdominal anterior.

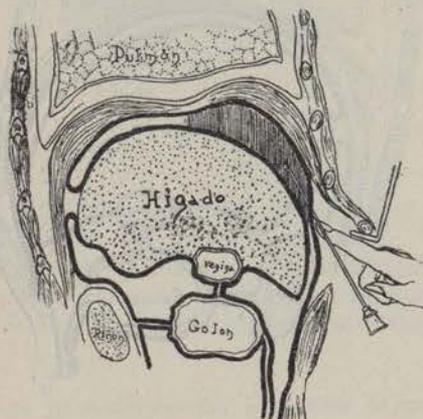


Fig. 21

Como se comprende, si la colección es media, se hará una incisión en la línea media; si la colec-

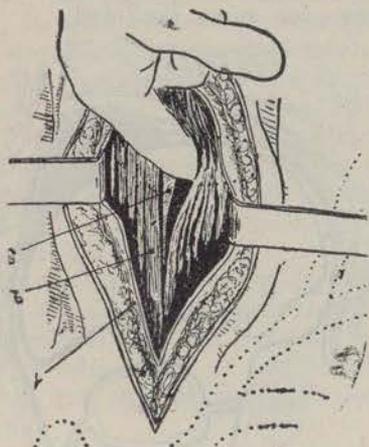


Fig. 22  
Según DUPRET

ción está más desarrollada a la derecha o a la izquierda, una incisión lateral a lo largo del borde recto anterior será la mejor indicación. En fin, podemos añadir además las incisiones transversales,

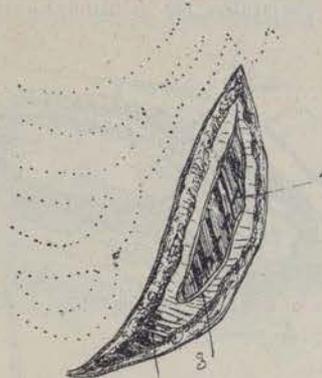


Fig. 23

paralelas al reborde costal, derechos e izquierdos, sin olvidar la incisión estrellada de ARCE.

ABSCESOS DE EVOLUCIÓN POSTERO-SUPERIOR

Los abscesos de evolución póstero-superior profundamente situados bajo el esqueleto torácico acostumbran a ser drenados por vía trans-pleuro-diafragmática posterior.

Este método, que fué recomendado por primera

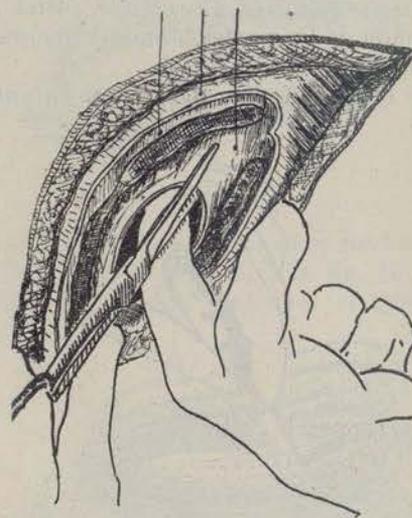


Fig. 24

vez por Rosse en 1864 y estuvo mucho tiempo sin ser aplicado, a causa de las complicaciones producidas por la abertura de la pleura, ha sido prodigado después de los trabajos de ISRAEL, VOLKMAN, LÉGAR, TROJUNOW y TRENDELENBURG, que lo han vulgarizado.

La abertura de la cavidad pleural expone a la entrada de aire o de pus. Pero estas complicaciones son menos frecuentes de lo que parece, porque debido a la vecindad del absceso por irritación se produce la fusión de las dos hojas pleurales. Pero de todas ma-

neras tiene gran interés determinar los casos en que la pleura está sana y cuándo está afecta de derrame purulento o si existe fusión.

Cuando el absceso se complica de pleuresía purulenta, se puede abrir impunemente (PIQUAND).

Si existe sínfisis pleural, no hay ningún peligro; puesto que el pus no invadirá la cavidad. Pero si las dos hojas están libres, hemos de procurar por todos los medios que la infección no llegue al espacio libre, provocando para esto adherencias.

Entre los diversos métodos, el más sencillo consiste en incidir los músculos hasta la pleura parietal e inyectar una solución irritante que determina la formación de adherencias y pasados unos días abrir el absceso.

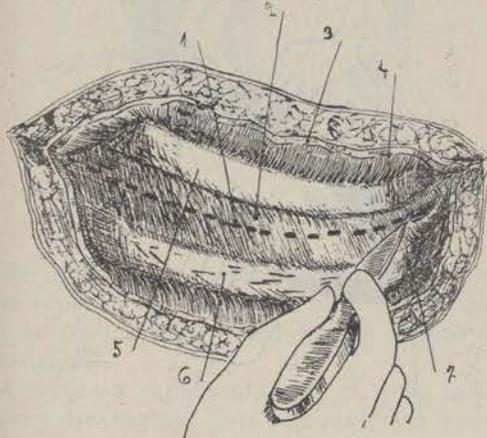


Fig. 25  
Según LEJARS

Otro procedimiento consiste en abrir la pleura y taponarla con objeto de provocar adherencias o bien suturar las dos hojas.

El procedimiento más empleado es el de la sutura, pues los otros tienen el gran inconveniente de que

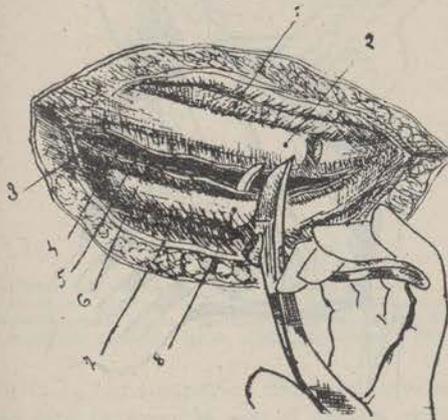


Fig. 26

hay que esperar unos días y exponer entretanto al enfermo a serios peligros.

La abertura en un solo tiempo se puede hacer siguiendo el método de TRENDELENBURG. (Fig. 25, 26 y 27.)

1.º—Resección sub-perióstica de una o varias costillas.

2.º—Se practican dos líneas de sutura que interesan en masa, periostio pleuro-costal, pleura diafragmática y diafragma.

3.º—Se incide hasta llegar al absceso entre las dos líneas de sutura.

TROJANOW aconseja el procedimiento siguiente:

1.º—Incidión transversal: frecuentemente una in-

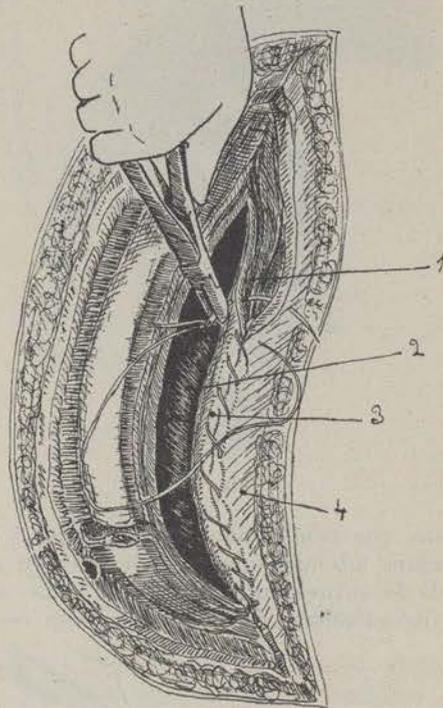


Fig. 27

cidión de 10 a 12 centímetros paralela a la 8.ª costilla a nivel de la línea axilar posterior.

2.º—Resección costal de una o dos costillas, generalmente 8.ª y 9.ª el trozo resecado debe medir unos 10 centímetros.

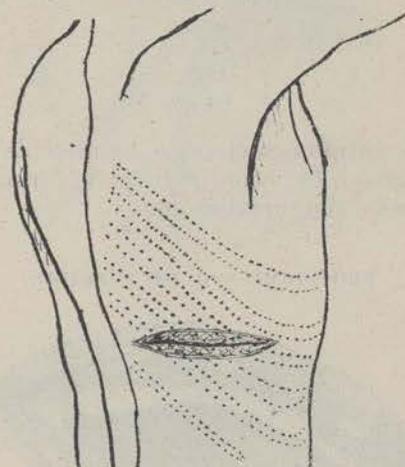


Fig. 28

3.º—Incidión del periostio y pleura parietal, de 6 a 7 centímetros.

a) Si existen adherencias por fusión de las dos hojas, se incide directamente.

b) Si existe pleuresía purulenta, será preciso evacuar; de una forma general cuando el diafragma está extensamente perforado es preciso drenar separadamente ambos abscesos supra o infra-diafragmáticos, incluso haciendo una nueva resección costal para drenar la cavidad pleural.

c) Si la pleura está libre, entonces practicamos

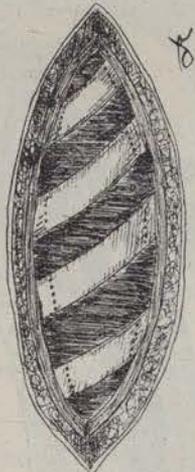


Fig. 29

una sutura que comprenda las dos hojas y diafragma, hacemos además una compresión con gasa por encima de la sutura superior por si acaso se desgarrara, e incidimos el diafragma; y una vez vaciado

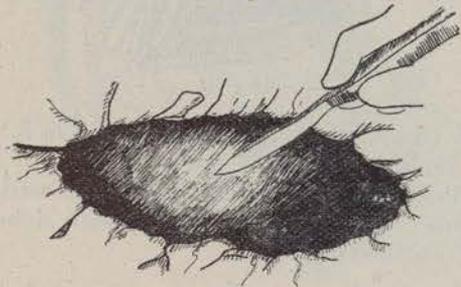


Fig. 30

el absceso, suturamos el labio superior de la herida del diafragma o la herida parietal de forma que quede una buena marsupialización.

PROCEDIMIENTO DE PETRIDIS

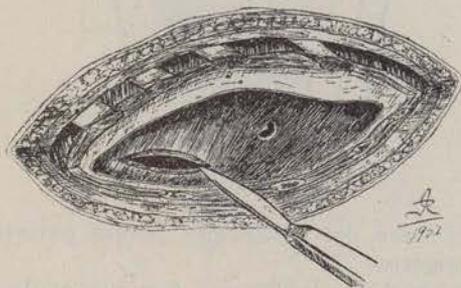


Fig. 31

Este autor, que ha hecho numerosos estudios sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos de origen disentérico, aconseja en estos casos y cuando el absceso es posterior y superior, trazar una incisión transversal como indica la fig. 28. Pero este procedimiento, como puede verse en las fig. 29, 30 y 31, tiene el inconveniente de que hay que resecar varias costillas, pero tiene la ventaja de que el drenaje es mucho más amplio y que permite abordar con toda comodidad la cara superior y posterior del hígado. En cuanto a la conducta a seguir con respecto a la pleura, no difiere en nada de los otros casos y procedimientos.

VÍA RETRO-PERITONEAL (CLAIRMONT, NATTER OSCHAUER)

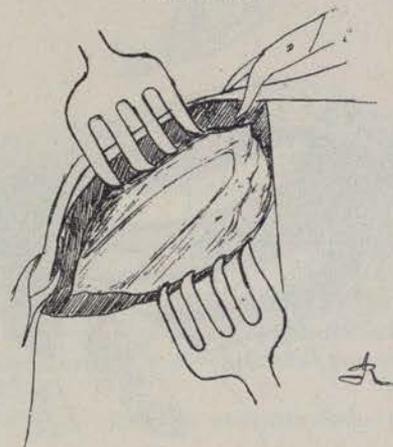


Fig. 32

Exposición de la 12.ª costilla

- 1.º—Incisión sobre la 12.ª costilla a unos 4 centímetros de la línea media.
- 2.º—Resección sub-perióstica de la 12.ª costilla.

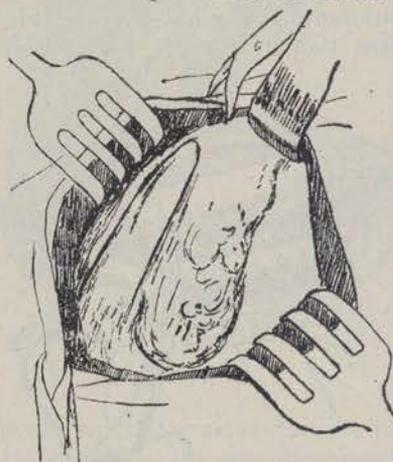


Fig. 33

Resección subperióstica de la 12.ª costilla y sección transversal de la musculatura.

- 3.º—Incisión transversal de la musculatura debajo del tejido celular subcutáneo de la 12.ª costilla, resecaando a nivel la 1.ª apófisis espinosa lumbar, la cual debe señalarse antes de la operación; en este caso la pleura será con seguridad respetada. Con

sumo cuidado se disecciona la fascia renal que se reconocerá por su aspecto fibroso brillante y fino. A través de esta disección se puede ver la grasa renal.

4.º—Si se sospecha un absceso retro-renal, o retro-peritoneal, puede prolongarse la incisión hacia abajo y adelante en dirección a la espina iliaca ántero-superior.

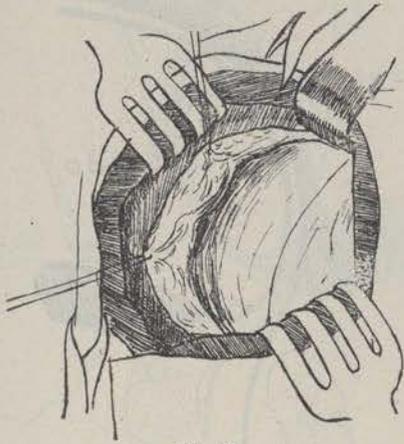


Fig. 34

5.º—Se colocan unos separadores de garfios uno en el borde superior y otro en el inferior. El superior levanta la pleura y diafragma, con objeto de que no se lesionen.

6.º—Cuidadosa separación con el dedo índice del peritoneo y diafragma. Esta separación se hace fácil-

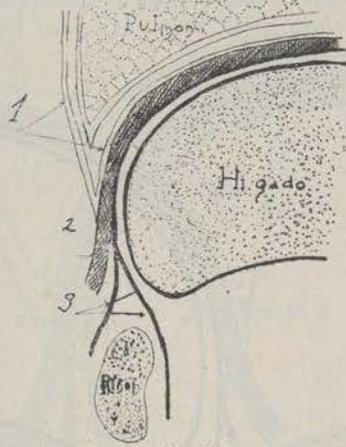


Fig. 35

La pleura está fijada por unos puntos y levantada con objeto de no hierirla. La fig. 35 representa un corte de anatomía normal de la región, para poner de manifiesto las relaciones entre el hígado, riñón, diafragma y pleura.

mente hasta la cara superior del hígado si se quiere, y además está favorecido por el edema cuando existe un absceso.

7.º—Punción exploradora por encima del diafragma cuando se sospecha un empiema. Esto se lleva a cabo introduciendo un dedo en el espacio, entre el peritoneo separado y el diafragma; así el operador siente en el dedo la aguja exploradora y previene que ésta pase a través del diafragma.

8.º—Para la exploración del espacio sub-hepáti-

co por medio de la punción se coloca la aguja entre el polo superior del riñón y el borde inferior derecho del hígado. Si se obtiene pus se retira la aguja y se

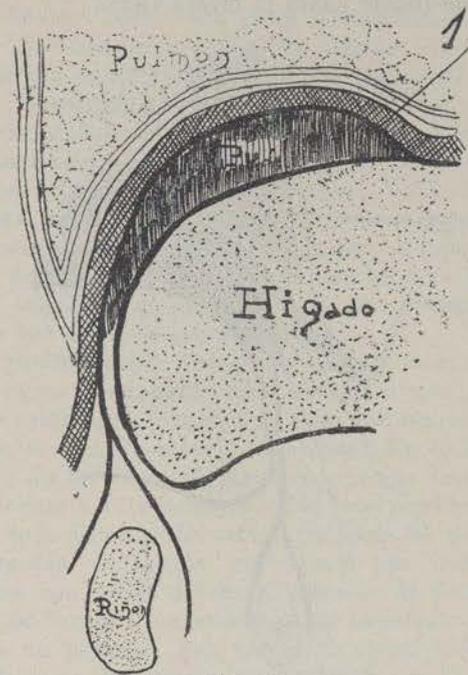


Fig. 36

Absceso subfrénico póstero-superior.

taponar con gasa, y el absceso no debe abrirse hasta la exploración del espacio supra-hepático.

9.º—Si quiere explorarse la región retro-cecal perinefrítica, solamente hay que prolongar la incisión hacia la fosa iliaca.

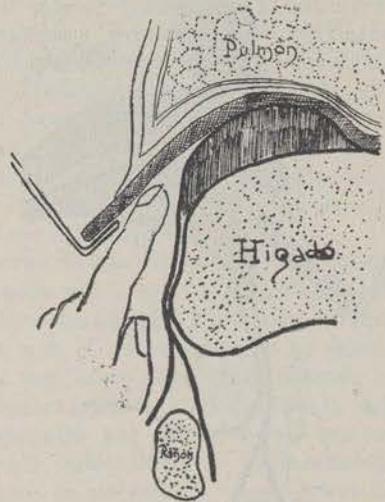


Fig. 37

Separación con el dedo del peritoneo y diafragma

#### ABSCESES RETRO-PERITONEALES

Estos abscesos forman casi siempre prominencias en la región lumbar, los cuales son abordados por esta vía.

KONTE aconseja una incisión horizontal paralela a la 12.<sup>a</sup> costilla; pero es más frecuente una incisión vertical a lo largo del borde externo del cuadro lumbar y que llegue hasta la cresta ilíaca.

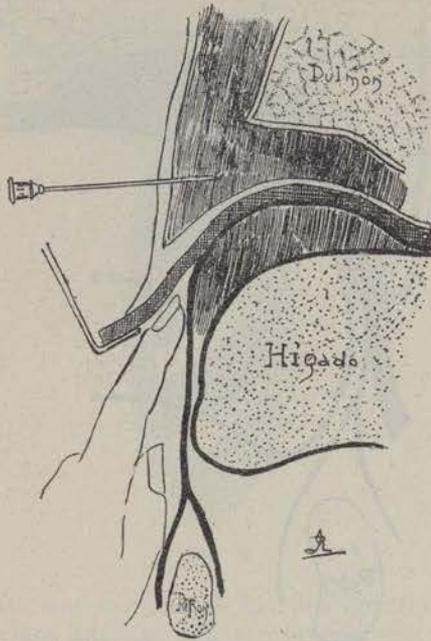


Fig. 38

Punción por encima del diafragma cuando se sospecha un empiema.

Esta incisión se desvía algo hacia abajo y afuera hasta llegar al espacio retro-renal que es el punto de partida más frecuente de los abscesos retro-perito-

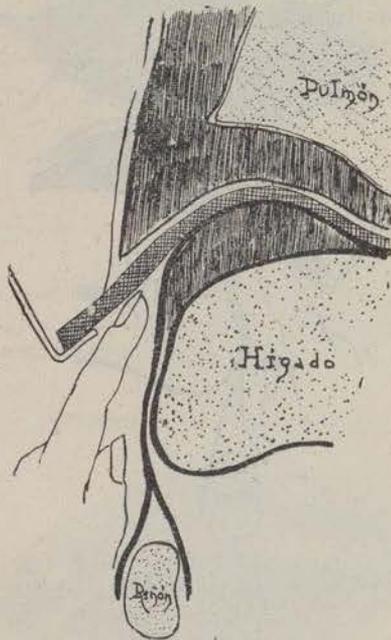


Fig. 39

Siguiendo la misma incisión se pueden drenar a un tiempo un empiema y un absceso.

neales. Esta incisión no es aplicable para los abscesos intra-peritoneales de evolución póstero-inferior;

por esto KRAMER aconsejaba abrir la colección por incisión de BARDEN-HEVER, propio para las nefrectomías.

Cuando el absceso remonta hacia el esqueleto to-



Fig. 40

Absceso sub-hepático.

rácico, se puede seguir el consejo de LEJARS, resección de la 11.<sup>a</sup> y 12.<sup>a</sup> costilla se rechaza hacia arriba el saco pleural y abertura consecutiva del absceso.

Se puede abrir, como vemos, abscesos muy altos sin interesar para nada la pleura: así las volumino-

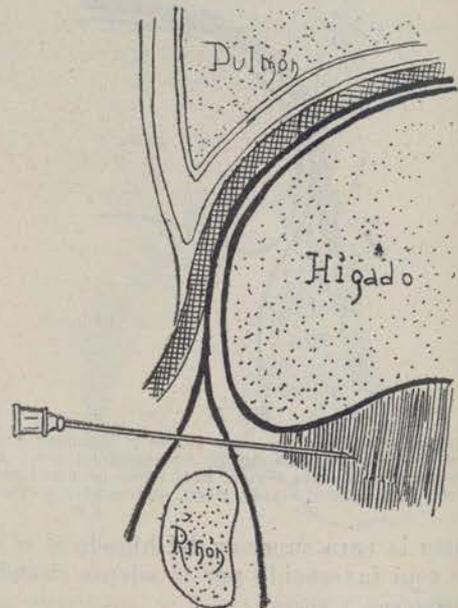


Fig. 41

Punción de un absceso sub-hepático.

sas colecciones peri-esplénicas que hacen prominencia en el hipocondrio y rebasan hacia abajo las últimas costillas, pueden ser abiertas por una incisión baja y posterior hecha sobre la línea axilar poste-

rior y cruzando oblicuamente la 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> y 11.<sup>a</sup> costilla, las cuales son reseca-  
das en una longitud de 8 a

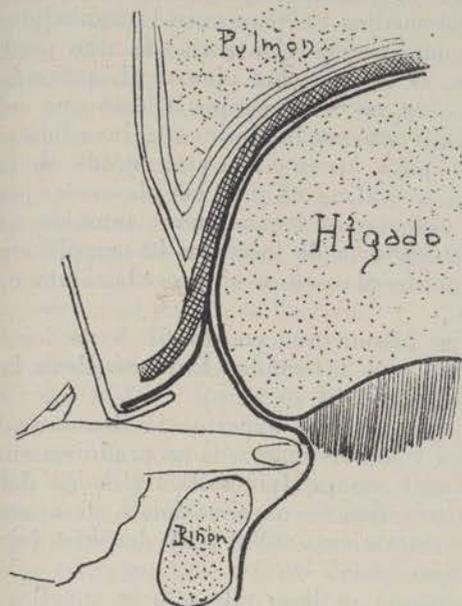


Fig. 42

10 centímetros; después se incide la pared muscular y el diafragma es rechazado hacia arriba junto con el fondo de saco pleural.

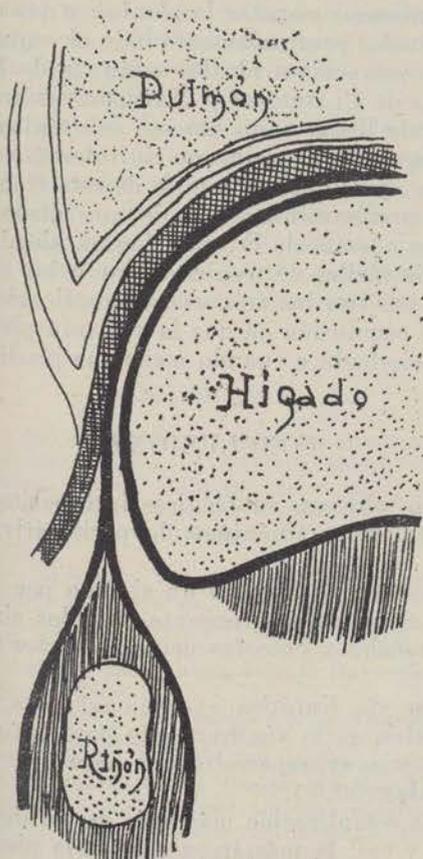


Fig. 43

Cualquiera que sea el procedimiento empleado

para la abertura de un absceso, una vez evacuado el pus el operador deberá examinar con cuidado la cavidad purulenta y vigilar que no haya abscesos secundarios alrededor de la bolsa principal. Este examen debe ser hecho con gran prudencia; pues si quedan abscesos secundarios sin drenar, el enfermo sucumbe y a pesar de lo bien intencionado de la operación. Nosotros, en nuestra experiencia, aunque claro está, son pocos los casos observados, no tenemos que lamentar ninguno de estos accidentes, pero autores como LEJARS, PIGMAND, GUIBAL, VALENCE, PICQUE, KER, etc., etc., que han llegado a reunir cientos y cientos de casos, citan algunos, aunque pocos, en que después de la operación que parecía definitiva, ha sucubido el enfermo y en la autopsia han hallado los abscesos secundarios.

Otro problema por demás interesante es el siguiente. En casos de abscesos consecutivos a una perforación de estómago, intestino, ¿debe respetarse la perforación o, por el contrario suturarse? En la inmensa mayoría de los casos se sigue el criterio de atenerse simplemente a la evacuación del foco purulento: en efecto, todo intento de sutura, además de prolongar la operación, cosa muy importante por tratarse de enfermos con pocas defensas, además de desviar tejidos que limitan las adherencias naturales, supone siempre un peligro: una infección enquistada puede convertirse en peritonitis generalizada, y finalmente una sutura de tejidos infectados y enfermos no da más que resultados malos.

Otro punto que se presta a discusión es el que se refiere al lavado de la cavidad purulenta.

Los autores alemanes WEBER y WINKELMAN entre otros, consideran estos lavados como peligrosos y capaces a veces de llegar a producir accidentes sincopales y con mayor frecuencia producir rupturas de las adherencias y peritonitis generalizadas o expulsión por la boca del antiséptico, cuando existe perforación del diafragma y abertura en el pulmón y bronquitis. Nosotros somos de la misma opinión.

El drenaje del absceso debe ser lo más amplio posible; es decir, a toda luz, e incluso deberá llegarse a la resección de una costilla si se cree conveniente para que éste sea amplio.

La mayoría de los cirujanos alemanes, KÖRTE entre otros, aconseja taponar el absceso con gasa. En cambio, algunos autores franceses, PIQUAND, entre ellos, creen que el procedimiento es malísimo.

Nosotros seguimos el criterio alemán y retiramos las gasas lentamente a medida que la cavidad desaparece empujada por las vísceras vecinas.

Finalmente, además de la intervención apropiada en cada caso, se necesita a veces operaciones secundarias destinadas a una contra-abertura, desbridamiento de una fistula consecutiva, es decir pequeñas operaciones que dependerán del caso, del sitio y de la gravedad de la lesión.

#### ANESTESIA

Puede emplearse la anestesia general, regional y local. Nosotros sistemáticamente empleamos la anes-

tesia local, solución de novocaína al 1/2 % y que preparamos en el acto operatorio; pastillas MEISTER LUCIUS y Suero HAYEM.

Los pocos casos en que hemos empleado la anestesia general hemos usado indistintamente mascarillas OMBREDANNE y RICHARD GAUTIER, y en todos los casos que se refiere este trabajo no hemos tenido que lamentar ningún accidente serio.

Como en algunos casos hemos hecho anestesia para-

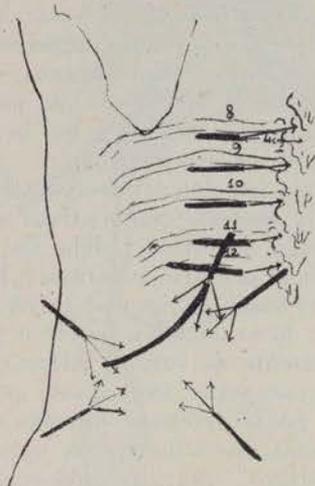


Fig. 44

Esquema de la anestesia para-vertebral según LOWLEY y PUGH para las operaciones de riñón y abscesos subfrénicos posteriores.

vertebral, presentamos el cuadro adjunto, por creerlo de interés para los abscesos posteriores.

Las intervenciones por nosotros practicadas se resumen:

Posterior o lumbar . . . . .	2
Posterior trans-pleural diafragmática en un solo tiempo . . . . .	7
Posterior trans-pleural en dos tiempos por neumotórax . . . . .	1
Extra-pleural anterior . . . . .	4
Trans-pleural anterior . . . . .	2
Paralelas al reborde costal.	
derechas . . . . .	3
izquierdas . . . . .	1
Para-rectales derechas . . . . .	4
Para-rectales izquierdas . . . . .	1
Transversales . . . . .	6
Línea media . . . . .	3

ESTUDIOS CRÍTICOS SOBRE LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS

Los diversos procedimientos descritos no tienen el mismo valor, ya sea desde el punto de vista de técnica, como lo que se refiere al pronóstico. El procedimiento ideal será aquí, como en todos los asuntos médicos, aquel que siendo más simple de técnica nos dé los mejores resultados. Aun la parte técnica po-

driamos dejarla, y valga la frase en segundo término; pero lo que hemos de procurar siempre y por todos los medios es disminuir la mortalidad.

La complicación más seria, la que produce más muertes, es la infección pleural. Las demás complicaciones son poco frecuentes. Ciertamente que en muchos casos relativamente la pleura está invadida sin que el cirujano haya hecho nada (tal sucede en las perforaciones de diafragma y en las pleuresias por linfangitis); pero no es menos cierto también que en la inmensa mayoría de los casos la complicación pleural es producida según el procedimiento operatorio seguido.

PERUTZ afirma que en un 67 % de los casos, la pleura no está infectada, PIQUAND lleva la cifra a 78 % y NATTER al 75 %.

Por otra parte la experiencia demuestra que los exudados y adherencias que se producen en la cavidad pleural son productos de irritación del absceso subfrénico. Estas complicaciones desaparecen sin ningún tratamiento (NATTER) después del drenaje del absceso.

El empiema se desarrolla sólo en aquellos casos en que el drenaje del absceso ha sido colocado tarde. Y sin embargo, siguiendo el método transpleural, se llega a contaminar la pleura en un 60 ó 70 % (NATTER, OSCHAUER).

Será lógico deducir después de lo expuesto, que hemos de procurar respetar la pleura; y que en los abscesos situados profundamente bajo el esqueleto torácico, las operaciones ideales serán, la de LANNELOGUE y las de CLAIRMONT y NATTER-OSCHAUER.

Se puede llegar a un absceso subfrénico sea cualquiera la posición que ocupe sin interesar para nada la pleura; y el deseo e interés de este trabajo es demostrar precisamente esto; de que disponiendo de otras vías además de la transpleural, siendo por otra parte más fáciles de técnica llevar a los mejores resultados y evitar las más serias complicaciones llegamos a la conclusión de que la vía transpleural tiene que ser esechada o cuando menos no prodigada.

CONCLUSIONES

- 1.<sup>a</sup> Los abscesos subfrénicos intraperitoneales deben considerarse sinónimos de peritonitis enquistadas.
- 2.<sup>a</sup> La propagación de un absceso por vía anatómica es el caso más frecuente para los abscesos intraperitoneales y poco frecuentes para los retro-peritoneales.
- 3.<sup>a</sup> La vía linfática excepcional para los intraperitoneales, es la vía frecuente para los retro-peritoneales y muy especialmente para los de origen apendicular (50 %).
- 4.<sup>a</sup> La complicación más seria de los abscesos subfrénicos y casi la más frecuente, es la pleuresía purulenta, ya sea por linfangitis (frecuente) o por perforación del diafragma (excepcional).
- 5.<sup>a</sup> Todo absceso subfrénico debe ser drenado lo

antes posible, pues cuando se hace tardíamente, se complica casi siempre de pleuresía. Los exudados fibrinosos que se producen en la pleura y que son debidos a la irritación de la colección purulenta, desaparecen al ser ésta drenada.

6.<sup>a</sup> Los abscesos anteriores y superiores pueden ser drenados por medio de la operación de LIANNE-LONGE y Pre-peritoneal de CLAIMOND.

7.<sup>a</sup> La vía trans-pleuro-diafragmática posterior será siempre substituída por la operación Retro-peritoneal NATTER-OSCHAUER, pues incluso en los casos en que existe un empiema, se drena mejor la pleura por ser en el sitio más declive.

8.<sup>a</sup> Con la operación retro-peritoneal se puede drenar los abscesos sup-hepáticos.

9.<sup>a</sup> Por medio de la operación NATTER-OSCHAUER, desviando la incisión hacia la espina ilíaca, se puede drenar abscesos de fosa ilíaca.

10.<sup>a</sup> En aquellos casos cuya observación clínica no conduce a un diagnóstico y es necesario repetir la punción, ésta no debe efectuarse a través de la pleura, sino retro-peritonealmente debajo el diafragma.

11.<sup>a</sup> En los casos de abscesos secundarios en la región subfrénica complicando apendicitis, es necesario emplear una operación por la cual un absceso de los espacios supra-hepático y sub-hepático puedan ser drenados al mismo tiempo.

12.<sup>a</sup> Por el método retro-peritoneal puede ser drenado un empiema, precisamente en el sitio más declive, junto con el absceso subfrénico sin necesidad de reseca más costillas.

13.<sup>a</sup> Continuando las dos operaciones pre y retro-peritoneales puede ser drenada toda la región subfrénica sin interesar para nada la pleura.

14.<sup>a</sup> Por medio de estos métodos sólo es preciso reseca un fragmento de la 12.<sup>a</sup> costilla, y, una vez retirado el drenaje cura la herida, aunque coexista un empiema, mucho más rápidamente que por vía transpleural.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCE.—La incisión estrellada en las intervenciones del abdomen superior. *Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica*.—Buenos Aires.—Julio-Diciembre 1918.
2. ASTLEY P. C. H.—Apendicitis complicada de absceso subfrénico.—*Academia de Cirugía de Filadelfia*.—*Journal de Chirurgie* 1910.
3. AUVAY.—Peritonite enkistée d'arriere cavité des epiploons.—*Congres Francaise de Chirurgie* 1910.
4. BERAAD.—Apropos des abcés sous-phrénique d'origine apendiculaire. *Société de Chirurgie de Lyon* 1911.
5. BAZY.—Incisión transversale dans la chirurgie du rein.—*Journal de chirurgie* 1923.
6. BURTON.—Absceso subfrénico post-apendicular. *Sociedad de Cirugía de New-York* 1913.
7. BURTON, J. LEE.—Ruptura del hígado seguida de absceso subfrénico.—*Academia de Cirugía de New-York* 1910.
8. BERNARD.—Les phlegmons perinephretiques observes dans la pratique. *Diagnóstico et traitement*.—*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaire* 1926.
9. COTTE y L. ARMAND.—Perforations Biliares.—*Revue de chirurgie* 1911.
10. CIMINATA.—Su due casi di ascisso subfrenico. *Il Políclinico* 1925 Pág. 137.

12. CHOYCE.—Tratamiento de los abscesos subfrénicos. *Tratado de Cirugía*, tomo III —pág. 42.
13. CELESIA.—Hematoma situado en la trans-cavidad de los epiploones.—*Prensa Médica Argentina* 1921 tomo 8.<sup>o</sup>.
14. CONSTANTINI.—Valeur de l'incision combine de l'abdomen et du torax dans l'exploration chirurgicale de l'hypochondre gauche.—*Journal de chirurgie* 1921.
15. CHASAUD et MORENAS.—Contribución al estudio radiológico de los abscesos subfrénicos.—*Journal de Radiologie et d'electrologie*. 1920. tomo IV.
16. CORBETT.—Las adherencias peritoneales. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.—Tomo XXV n.<sup>o</sup> 2. 1917.
17. CHRISTOPHER.—Neck pain in subphrenic abscess.—*Annals of Surgery* 1927.—Vol. LXXXV n.<sup>o</sup> 2.
18. CURTIS.—Sur la metthode le plus efficace drainage dans la peritonite.—*Proceedings of the Royal Society of Medecine* 1914.
19. CAMPBELL-HORSFALL.—Perforación del colédoco. Abscesos subfrénicos.—*Journal de chirurgie* 1913.
20. DOUGLAS J.—Abscesos subfrénicos.—*The Journal Medical American* 1924.
21. DOUGLAS J.—Subdiafragma absceses and acumulations of Fluid.—*Surgery Gynecology and Obstetrics*. October 1924.
22. DELANGLADE et FIELLE.—La abertura de los abscesos de pulmón. *Lyon chirurgical*, 1910 tomo 3.<sup>o</sup>
23. DELBET et GIODE.—Traitement des Pleuresies Purulentes. *Revue de chirurgie* 1920.
24. DEVE.—Tratamiento quirúrgico de los quistes no complicados del Hígado. *Journal de chirurgie* 1909
25. DUJARRIER.—Abces sous-phreniques. — *Societe de Chirurgie (París)*. *La Presse Medicale* 1924. Pág. 260.
26. DAVID C. STRAUS.—Subfrenic abscess. — *The Surgical Clinics of North America*.—Agosto 1923.
27. DOCHE.—Les plaies penetrantes de l'abdomen.—*Revue de chirurgie* 1909.
28. DEVE.—Les kistes hidatidiques de foie.—Paris 1905.
29. DOMINICI PETRIDIS.—Traitement des abcés du foie.—7.<sup>o</sup> Congreso de la Sociedad internacionanl de Cirugía.—Roma 1926.
30. DRÜNER.—La incisión abdominal curva en la región epigástrica.—*Zentralblatt für chirurgie*.—Mayo 1914, n.<sup>o</sup> 20.
31. ELLIOTT y CUTLER.—Abscesos del Brazo.—*The Journal American Medical* 1921.—Edición Española.
32. FOTO.—Abces sous-phrenique gazeux.—*La Presse Medicale* 1920 pág. 229.
33. FIOLE.—Les plaies de guerre de la rate.—*Revue de chirurgie* 1917.
34. FAURE et LABET.—Tratado de enfermedades quirúrgicas del Hígado.—1910.
35. FORGUE.—Manuel de patología externa. Abscesos subfrénicos, 2.<sup>o</sup> tomo. Pág. 488.
36. FASANO.—Contribución al estudio de ciertas formas de abscesos subfrénicos post-apendiculares.—*Gazzetta degli ospedali et delle cliniche*. 1913. tomo XXXIV.
37. GUIBAL.—Abces sous-phreniques.—*Revue de chirurgie*. 1909.
38. GALLEGO.—Intervención en dos tiempos en los quistes hidatídicos.—*Academia Médico-Quirúrgica*. Madrid 1914.
39. HELLSTROON.—Curación espontánea de la hepatitis aguda supurada post-apendicular. *Journal de chirurgie* 1913.
40. JHON-H. JOPSAR.—Tres casos de abscesos subfrénicos de origen apendicular. *Journal de chirurgie* 1910.
41. KEEN.—Abscesos subfrénicos. Tomo 6.<sup>o</sup>, pág. 564.
42. SIGAUBE.—Absceso subfrénico post-morbilloso.—*Il Políclinico* 1914, pág. 335.
43. LEJARS.—Exploración clínica y diagnóstico quirúrgico. Afecciones del hipocondrio derecho. pág. 181, 1923.
44. LEJARS.—Chirurgie d'urgence. *Traitement des abcés sousphreniques*. 1921.
45. LOMBARD et DUMBOUCHER.—Des hematomes enquistés de la rate.—*Journal de chirurgie* 1922.
46. LOCKWOOD (ROCHESTER).—Abscesos subfrénicos. *Surgery, Gynecology and obstetrics*. 1921, tomo XXXIII. n.<sup>o</sup> 5.
47. LECENE et LENCHE.—Therapeutique chirurgicale. *Perforaciones y abscesos subfrénicos*. Vol. III, págs. 118 y 226.
48. LECLERE et LAMBERT.—Abces sous-phrenique.—*Societe nationale de Medecine de Lyon*. Marzo 1910.

49. LHEUREUX.—Absces retro-renal et pleuresie purulente.—*Société de Médecine Militaire Française* 1910.
50. LENORMANT et SENEQUE.—Les abcès de la rate.—*Journal de chirurgie* 1923.
51. LEGUEU et PAPIN.—Des abcès perinephrétiques on leur traitement.—*Precis de Urologie* 1921.
52. LOWLEY y PUGH.—La anestesia paravertebral en las operaciones del riñón.—*The Journal American Medical* 1924.
53. Le ROY des BARRES.—Indications et technique operatoires des suppurations hepaticas.—*La Pratique chirurgicale illustre* 1927.
54. LORIN et MARCEL LAEMMER.—Etude Topographique et clinique des abcès lombaires d'origine colique et leur traitement.—*Presse Médicale*. 20 Juillet 1927.
55. MORNAUD.—Tratamiento de los quistes hidatídicos de Hígado.—*La Pratique chirurgicale illustre. Fasc. X.* 1927.
56. MEBANE S'TOM.—Tratamiento del absceso amibiano del Hígado.—*The Journal American Medical*. Edic. Española 1921.
57. MARION.—Technique chirurgicale. Traitement des abcès sous-phrenique 1917.
58. MOYNIHAN.—Abdominal Operations. *Subfrenique abscess.* 1916.
59. MARION.—Cirugía del Médico Práctico. *Tratamiento de los abscesos.* Pág. 55.
60. MAUCLEAIRE.—Absces sous-phrenique simple et gazeux.—*Gazette des hopitaux.*
61. MARTINET.—Varietades anatómicas de los abscesos subfrénicos. París 1898.
62. MADINAVETTIA.—Tratamiento de las enfermedades del esófago y estómago. Abscesos subfrénicos.
63. MARTIN.—Plaies Thoracott abdominales. — *Revue de chirurgie* 1918.
64. NATTER (Viena) and ALTON OCHSAUER (Chicago).—Retroperitoneal operation For subphrenic abscess. *Surgery. Gynecology and Obstetrics.* November de 1923.
65. NAVARRO.—Absceso subfrénico de neumococos con absceso secundario de Hígado.—*La prensa médica Argentina* 1920, tomo 5.º.
66. NATTER.—La vía pre o retro-peritoneal para el tratamiento de los abscesos subfrénicos.—*Archv. für Klinische chirurgie* 30 Novembre 1922 fas. 1 pag. 24 al 100.
67. NOBECOURT et H. STEVENIN.—Absces gazeux sous-phrenique et absces retrocolique pour apendicite.—*La Presse Médicale* 1920. Julio, Pág. 89.
68. NOGUERAS Victor Manuel.—Los abscesos subfrénicos del lado izquierdo. *La Medicina Ibera.* Febrero 1927.
69. NEUMAN.—Absces multiples de foie.—Absces sous-phreniques. *Societe de Langue Alemanne. Revue de chirurgie* 1911.
70. NAEGELI.—Tumores del vientre. Abscesos subfrénicos 1927. Pág. 227.
71. OBERLIN.—Les kistes hematiques du grand epiploon.—*Revue de chirurgie* 1921.
72. PICQUE.—Des abcès sous-phreniques.—*Revue de chirurgie* 1910.
73. POWERS.—Tuberculosis subfrénica. — *Journal of The American Medical.* tomo LIII n.º 23.—Diciembre 1909.
74. PICOT.—La Neumotomía.—*Journal de chirurgie* 1910.
75. POIRIER.—Anatomía Descriptiva.
76. PISANO.—Contributo a la conoscenza degli ascessi subfrénico. *Il Policlinico* 1923, Pag. 74 y 168.
77. PELS LEUSDEN.—Tratado de operaciones. Tratamiento de los abscesos subfrénicos. 1923 Pag. 746.
78. PETRIDIS.—Les hepatitis dysenteriques on leur traitement.—*Alejandro* 1924.
79. PRAT.—Los quistes hidatídicos en el Uruguay.—*Revista de los hospitales.* Agosto 1913.
80. PIQUAND.—Absces sous-phrenique.—*Revue de chirurgie* 1912.
81. QUENU.—Des hematomas sous-phreniques.—*Revue de chirurgie* 1912.
82. QUERVAIN.—Diagnostic chirurgical. Absces sous-phrenique. 1909. Pag. 306.
83. RIBERA y SANS. (Madrid).—Cirugía pleuro-pulmonar.—3.º Congreso internacional de Cirugía. Bruselas 1911.
84. ROLLESTON.—Abscesos subfrénicos.—*British Medical Journal* 1912.
85. RIBAS RIBAS, E.—Colecistotomía y colecistectomía. Abscesos subfrénicos.—*Revista Española de Medicina y Cirugía.* Enero 1919.
86. RIVES et HUET.—Absces sous phrenique d'origen hepatic.—*La Presse Médicale* n.º 46, Pag. 365.
87. STEWART.—Absces tropical recurrent du foie.—*Revue de chirurgie* 1910..
88. SCHWALBE.—Tratamiento de las enfermedades urgentes. Abscesos subfrénicos. Tomo I, Pag., 221. 1922.
89. SAUERBRUCH.—Cirugía del torax. 1926.
90. TESTUT y JACOB.—Anatomía Topográfica.
91. URRUTIA.—Tratado de enfermedades del Hígado y Páncreas. 1923. Abscesos subfrénicos. pag. 483.
92. URRUTIA.—Tratamiento de las enfermedades de los intestinos. 1921. Abscesos subfrénicos consecutivos a las apendicitis. Pag. 274.
93. VALENCE.—Les abcès du foie. *Revue de chirurgie* 1909.
94. By WILLIAM de P. INLON M. D.—Traumatic absces of The Spleen.—*Annals of Surgery.* Marzo 1927. Pag. 368.

## RESUME

Les abcès sousphréniques intrapéritonéaux doivent être considérés comme les synonymes des péritonites enkystées.

La propagation d'un abcès par la voie anatomique est le cas le plus fréquent en ce qui concerne les abcès intrapéritonéaux et peu fréquent pour les abcès retro-péritonéaux.

La voie lymphatique exceptionnelle pour les abcès intrapéritonéaux est la voie la plus fréquente pour les abcès retro-péritonéaux et très spécialement pour ceux qui ont une origine appendiculaire (50 %).

L'ampliation la plus grave des abcès subphréniques et presque la plus fréquente, est la pleuresie purulente, soit par lymphagite (fréquente) ou bien par perforation du diaphragme (exceptionnelle).

Tout abcès sousphrénique doit être drainé au plus vite, car si on le fait tardivement, cet abcès est compliqué par une pleuresie. Les exsudés fibrineux qui se produisent dans la plèvre et qui sont dus à l'irritation de la collection purulente, disparaissent en pratiquant le drainage.

Les abcès antérieurs et supérieurs peuvent être drainés par l'opération de LANNELONGUE et par celle Pré-péritonéale de CLAIRMOND.

La voie trans-pleuro-diaphragmatique postérieure sera toujours substituée par l'opération Retro-péritonéale NOTTER-OSCHAUER, car même dans les cas où il existe un empyème, on draine mieux la plèvre puisqu'elle se tient dans le lieu le plus incliné.

En pratiquant l'opération retro-péritonéale on peut drainer les abcès sub-hépatiques.

Par l'opération NOTTER-OSCHAUER, en déviant l'incision vers l'épine iliaque, on peut drainer des abcès de la fosse iliaque.

Dans les cas où l'observation clinique ne conduit pas à un diagnostic et où il faut répéter la ponction, celle-ci ne doit être pas faite à travers le plèvre mais retro-péritonéalement sous le diaphragme.

Dans les cas des abcès secondaires de la region subphrénique avec complication d'appendicite, il faut employer une opération qui permettra que les abcès supra et sub-hépatiques puissent être drainés en même temps.

On peut drainer un empyème par la méthode retro-péritonéale, précisément dans le lieu le plus incliné, joint à l'abcès sousphrénique sans devoir dessécher plus de côtes.

En continuant les deux opérations pre et retro-péritonéales, on peut drainer toute la region subphrénique sans interrèsser du tout la plèvre.

Moyennant ces méthodes il ne faut que dessécher un fragment de la 12ième côte et, une fois le drainage enlevé la blessure guérit beaucoup plus vite que par la voie transpleurale, quoiqu'il existe encore un empyème.

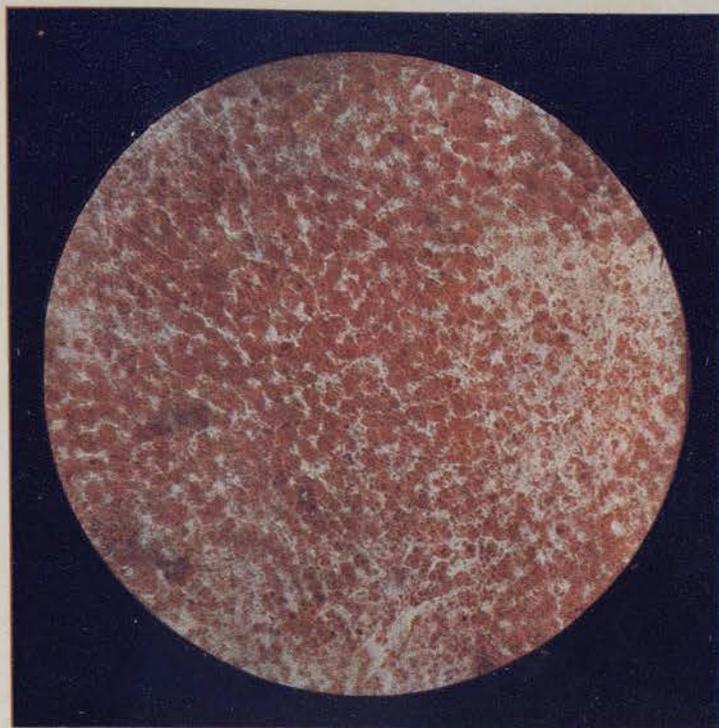
lical  
Abs-  
gia.  
epa-  
evue  
gen-  
do y  
s in-  
pen-  
1909,  
es of  
3.  
être  
es.  
est le  
péri-  
éaux.  
ntra-  
s re-  
une  
pres-  
t par  
hrag-  
s, car  
une  
ms la  
ulen-  
rainés  
méale  
a tou-  
RTER-  
yème,  
ieu le  
droi-  
cision  
fosse  
à un  
ci ne  
méale-  
hréni-  
r une  
épati-  
o-péri-  
d l'ab-  
s.  
tonén-  
s intt-  
frag-  
évé la  
spléu-

D. Ferrer y C. Castillo



Adiposis de la cápsula perirrenal coloración por la "cagigalina"

Fotografía D. Ferrer



Degeneración adiposa del hígado coloración por la "cagigalina"

Microfotografía D. Ferrer

SUMMARY

Subphrenic intraperitoneal abscesses must be considered as synonyms of encysted peritonitis.

Development of an abscess through the anatomic channel is the most occurrence for intraperitoneal abscess and less frequent for retroperitoneal ones.

The lymphatic channel, which is rare for the intraperitoneal case, is frequent for those retro-peritoneal, particularly those of appendicular origin (50 %).

The most serious development of subphrenic abscess, and almost the most frequent, is purulent pleurisy, whether through lymphangitis (frequent) or through perforation of the diaphragm (rare).

Every subphrenic abscess must be drained as soon as possible as when it is done late it is nearly always complicated with pleurisy. The fibrinous exudated appearing in the pleura which are due to the purulent collection, disappear on draining this.

The anterior and superior abscesses can be drained thorax Lannelongue operation and CLAIRMOND's pre-peritoneal. The posterior transpleuro-diaphragmatic channel will always be substituted by NATTER-OSCHAUER's retro-peritoneal operation, as including the empyema cases, the pleura is better drained being in the most declivity site. Sub-hepatic abscesses can be drained through the retro-peritoneal operation.

Abscesses of the iliac fossa can be drained through NATTER-OSCHAUER's operation deviating the incision towards the iliac spine.

In those cases where clinical observation does not lead to a diagnosis and the puncture has to be repeated, it should not be done through the pleura but retro-peritoneally below the diaphragm.

In cases of secondary abscess in the sub-phrenic region complicating appendicitis, we must employ an operation through which an abscess of both sub-and supra-hepatic abscesses can be drained at the same time. An empyema can be drained through the retro-peritoneal method precisely in the most declivity place, along with the subphrenic abscess without any need of resecting any more ribs.

Following both pre-and retro-peritoneal operations, the whole sub-phrenic region without involving the pleura at all, can be drained.

Through these methods it is only required to resect a fragment of the twelfth rib and once the drainage is withdrawn the wound heals, even an empyema coexisting, much more rapidly than through the transpleural channel.

ZUSAMMENFASSUNG

Die intraperitonealen subphrenischen Abscesse müssen wie eine eitrige Bauch-und Darmfell-Entzündung betrachtet werden.

Die Fortpflanzung eines Abscesses auf anatomischen Wege ist eine häufige Erscheinung, so weit es sich um intraperitoneale Abscesse handelt, und eine seltene Erscheinung, so weit retro-peritoneale Abscesse in Frage kommen. Des exceptionelle lymphatische Weg ist der häufigste für die retro-peritonealen Abscesse, und ganz besonders für diejenigen, die vom Blinddarm herrühren. (50 %).

Die ernsthafteste Erweiterung der subphrenischen Abscesse, und gleichzeitig die häufigste, ist die eitrige Rippenfellentzündung, entweder zufolge von Lymphangitis (häufig) oder zufolge von Durchbruch des Zwerchfells (ausnahmsweise).

Alle subphrenischen Abscesse müssen so bald wie möglich drainiert werden. Geschieht dies erst spät, so tritt fast immer als Komplikation Rippenfellentzündung auf. Die fibrinösen Schweisse, die auf dem Rippenfell eintreten, und die auf die irritierende Wirkung der eitrigen Ansammlung zurückzuführen sind, verschwinden, sobald drainiert wird.

Die vorderen und oberen Abscesse können mittelst der Operation LANNELONGUE und der preperitonealen Operation CLAIRMOND drainiert werden.

Der hintere transpleuro-diaphragmatische Weg wird im-

mer durch die retroperitoneale Operation NATTER - OSCHAUER zu ersetzen sein, denn selbst in den Fällen in denen ein Empyem existiert, kann die Pleura besser drainiert werden, da dies der Ort ist, wo die grösste Neigung besteht.

Mittelst der retro-peritonealen Operation können die Abscesse der Darmbeinhöhle drainiert werden.

In denjenigen Fällen, in denen die klinische Beobachtung nicht zu einer Diagnose führt und in denen es notwendig ist, die Pleura hindurch gemacht werden, sondern muss retro-peritoneal unterhalb des Zwerchfells geschehen.

In den Fällen, wo sekundäre Abscesse in der subphrenischen Gegend eine Blinddarmentzündung begleiten, muss eine Operation vorgenommen werden, bei der ein suprahäpatischer und ein subhäpatischer Abscess gleichzeitig drainiert werden kann.

Nach der retro-peritonealen Methode kann ein Empyem drainiert werden gerade an der Stelle, wo die grösste Declivität besteht, zusammen mit dem subphrenischen Abscess, ohne dass es notwendig wäre, noch mehr Rippen trocken zu legen.

Indem man die beiden Operationen fortsetzt, die pre-peritoneale und die retro-peritoneale, kann man die ganze subphrenische Gegend drainieren, ohne die Pleura, im geringsten zu berühren.

Mittelst dieser Methoden braucht nur ein Teil der zwölften Rippe trocken gelegt zu werden, um wenn die Drainierung beendet ist, so heilt die Wunde, auch wenn noch ein Empyem besteht, viel schneller, als wenn die Operation durch das Zwerchfell hindurch geschieht.

Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina

EL EMPLEO DE LA "CAGIGALINA" EN LA COLORACIÓN ESPECÍFICA DE LAS GRASAS

por

DIEGO FERRER

CÉSAR DEL CASTILLO

Prof. A. de Anatomía Patológica

Interno del laboratorio de Anatomía Patológica

Desde el año 1923, venimos realizando en este laboratorio, numerosos ensayos sobre la coloración macroscópica y microscópica de las grasas en histología normal y anatomía patológica, merced al método de nuestro querido maestro el Dr. D. Angel A. Ferrer y Cagigal y los métodos más en boga en técnica histológica. Sudán III, Rojo Escarlata, Azul Nilo, ácido ósmico, etc., etc.

Dada la semejanza que con ellos tiene, por su aspecto y propiedades colorantes, podemos agrupar el método FERRER y CAGIGAL a los de DADDI y MICHAELIS. Se diferencia de ellos esencialmente, en que mientras el producto colorante de los unos, Sudán III