

# CONSIDERACIONES

SOBRE EL

TRATAMIENTO

DE LOS

# ABSCESOS DEL HIGADO

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria de Prueba  
para optar al grado de Licenciado en la Facultad  
de Medicina i Farmacia

POR

JULIO VALDES BARROS



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

**ESTABLECIMIENTO POLIGRÁFICO ROMA**

75 — CALLE DE LA BANDERA — 75

1897

8441



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

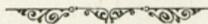
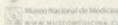
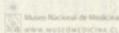
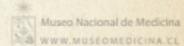
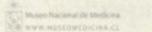


## BIBLIOGRAFIA

Museo Nacional de Medicina

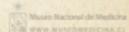
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

- H. LIEMSEN.—Tratado enciclopédico de Patología Terapéutica (1890).
- DEBOVE I ACHARD.—Traité de Médecine (1896).
- HARLEY.—Traité de Maladies du Foie (1890).
- MORRIS. — Encyclopedie internationale de Chirurgie (1886).
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD.—Tratado de Medicina. (1892).
- DUPLAY, RÉCLUS.—Traité de Chirurgie. (1892).
- A. DEL RIO.—Contribucion al Estudio de la Etiología i Anatomía Patológica de los Abscesos del Hígado. (1889).
- LEZAETA RIVAS.—Tratamiento Quirúrgico de los Abscesos del Hígado. (1890).
- REVISTA MÉDICA.—Sesion de la Facultad de Medicina en 15 de Octubre de 1896. (1896).
- FERNANDEZ PEÑA.—Etiología de la disenteria. (Progreso Médico 1897).
- MEMORIAS de la Junta de Beneficencia. (1893, 94, 95).



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





## INTRODUCCIÓN

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al recorrer las obras de los autores europeos vemos que se dedican largos capítulos a la enfermedad conocida con el nombre de *hepatitis supurada*. Si es verdad que en la misma Europa es raro encontrar esta lesión, no sucede así respecto a algunas posesiones que las potencias europeas conservan en la India i en la Arjelia, donde la frecuencia de las hepatitis es bastante grande.

En Chile, a pesar de lo benigno de su clima, las lesiones supurativas del hígado ocupan un lugar prominente en la práctica hospitalaria.

Raro, muy raro, es el día que al recorrer las salas, tanto de medicina como de cirugía de un hospital, no se encuentra algún caso a veces típico, otras veces velado de absceso hepático, pero que si es verdad que por lo comun el enfermo colocado en buenas condiciones logra sobreponerse a los estragos del mal, frecuentemente tambien se vé, que, por desgracia, desaparecen de la vida (ya sea por la tenacidad en cicatrizar de los focos supurativos, ya sea por el agotamiento consiguiente a una larga estadía en el hospital) individuos jóvenes que muy bien pudieran prestar servicios al país.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El enfermo se presenta al hospital, con faz pálida, respiración anhelante i un estado de decaimiento de fuerzas bastante grande. Interrogado sobre que causa lo ha traído, declara: que siente dolores de cabeza, perturbaciones gástricas mas o ménos acentuadas i un dolor que a veces es mui agudo al nivel del hipocondrio derecho, dolor que suele irradiarse a la escápula, al deltoides o al antebrazo del mismo lado. Examinado atentamente se encuentra la lengua saburral, seca, temperatura a veces elevada sobre la normal, a veces por debajo de ésta; la rejion del hipocondrio derecho i en algunos casos la epigástrica, están solevantadas, edematosas, revelando un tumor profundo. A la palpacion, este tumor es doloroso, fluctuante; a la percusion se nota que la zona de macidez hepática está aumentada, sobrepasando por lo comun en la línea axilar el borde inferior de la cuarta costilla por su parte superior i el reborde costal en la parte inferior.

En algunos casos, pero raros, se deja ver un marcado tinte icterico en las cojuntivas del enfermo.

Este cuadro, como bien debe comprenderse, no es constante, variando los síntomas segun la magnitud o la localizacion del absceso.

Investigando los antecedentes etiológicos de los enfermos que nos muestran el cuadro anterior, mui poco o casi nada se consigue averiguar, pues, nuestros enfermos por sus despreocupados hábitos de vida i por su ignorancia, rara vez hacen uso de la facultad de observacion.

Casi de ordinario encontramos una etiología en relacion con el aparato gastro intestinal; los excesos alcohólicos figuran en primera línea i a ellos debemos atribuir casi siempre la causa de las perturbaciones intestinales, i por consiguiente, de los abscesos hepáticos.

Otras veces se encuentra como etiología la metástasis que puede producirse en el hígado por la emigracion directa, siguiendo la vía arterial, de partículas de pus de algun foco supurativo colocado aun en las rejiones mas alejadas, como por ejemplo, la cabeza. El exámen del pus hepático demuestra que en él viven colonias de



*streptococcus piogenes* o de *streptococcus albus* o dorados que traídos por las arterias penetran en la arteria hepática, llegan al hígado, provocan los fenómenos congestivos propios a toda inflamación i forman así el absceso. [Debove i Achard.]

Los abscesos de origen intestinal que frecuentemente están en relación de causar a efecto con una disenteria siguen la vía venosa, o, mas bien dicho, de la vena porta.

Durante muchos años un sinnúmero de experimentadores han ido paulatinamente dando una idea mas exacta de la estrecha unión de la disenteria con los abscesos hepáticos.

Dando por sentado que los abscesos del hígado pueden ser formados por jérmes disentéricos, llevados por la vena porta, quedaria por averiguar qué jérmes son los productores de la disenteria i si éstos se encuentran en los abscesos.

El año 1875 Lösch, médico ruso encontró en las deposiciones disentéricas un protozoo que llamó *amæba coli* i en sus esperiencias en gatos i otros animales vió desarrollarse la disenteria introduciendo los *amæba* en el intestino.

El año 1888, Chantemesse i Widál, atribuyeron la enfermedad al colli-bacillus i por fin Mr. Zancarol, en 1893, cree que la disenteria es producida por *streptococcus piogenes*. [Debove Achard.]

En el pus de los abscesos hepáticos considerados de origen disentérico se ha encontrado el *amæba coeli* a veces solo. otras, acompañado de *staphylococcus* blancos i dorados, *streptococcus* i *bacillus piocyanicus*; por lo tanto a primera vista no podria saberse cual ha sido el productor, porque o el *amæba* es el jérmes principal i las otros gozan el rol de agregados, o estos son los que constituyen el absceso i los *amæba* los acompañan.

De todos modos se ve que los bacillus intestinales son trasportados por la vena porta, i que, por lo tanto, no es dudoso que el absceso hepático sea formado por los jérmes sea cual fuere la clase e irritación que produzcan en el intestino.



En Chile como lo digo ántes los abscesos hepáticos son una afección bastante frecuente, debido, sin duda alguna, a la falta absoluta de régimen de vida de nuestras clases indijentes.

Para poner de manifiesto esta frecuencia he tomado las estadísticas de los años 1893, 94 i 95 de los libros del Hospital de San Vicente de Paul, único establecimiento en el cual se pueden tomar datos completos sobre esta materia.

En el año 1893 el Hospital de San Vicente de Paul asiló 6,922 enfermos, de los cuales 29 fueron abscesos hepáticos, por lo tanto nos dá 0.40% de enfermos de esta lesion.

En el año 1894, se atendieron 6,735 enfermos, de estos 10 de absceso hepático, lo que da 0.20%

En el año 1895, se atendieron 6,528 de ellos 57 sufrían de absceso hepático, dando 0.80%

Con todo lo dicho creo que debemos considerar a los abscesos hepáticos como una enfermedad comun i peligrosa; por lo tanto es necesario estudiar el tratamiento, i para ello voi a tomar como base las observaciones que he tenido ocasion de ver en los servicios clinico quirúrgicos del Hospital de San Vicente de Paul.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



bay, Catteloup, Dutrouleau i Laveran por parte de los franceses, quedarán ligados siempre a la historia del tratamiento de las hepatitis supuradas.

Tomando desde su cuna los tratamientos empleados, notaremos la tendencia siempre marcada a obtener la curacion de las hepatitis por medio de la incision franca. Esta incision se practicaba en la antigüedad por medio del cauterio, hoy se ejecuta por medio del bisturí.

Pero así como dicha incision es pregonada por la mayoría, la division de ideas ha estado en el procedimiento mas conveniente que se debe emplear para hacer esta incision. Dos corrientes se han disputado la supremacia: la una basada en la lentitud de la accion i la otra en la rapidez con que deben abrirse los focos.

Podemos, pues, dividir estos métodos: en lentos i rápidos.

Los métodos lentos que han tenido numerosos partidarios entre los cuales figuran en primera línea, Graves, Begin y Recamier, han sido basados en la necesidad de crear adherencias entre el foco supurativo i las paredes del abdómen, con el fin de impedir derramamientos de pus hepático en la cavidad peritoneal.

Para conseguir este objeto procedian los cirujanos a practicar operaciones que podriamos llamar preliminares, para en seguida ejecutar en definitiva la abertura del foco.

Graves, practicaba una incision en los tejidos abdominales hasta llegar a algunos milímetros de peritoneo, en seguida practicaba una curacion simple i esperaba las adherencias resultantes a la inflamacion.

Begin, procedia del mismo modo que si fuera a abrir un quiste, llegando hasta el peritoneo, dividiendo esta serosa como si fuera un saco herniario, curaba en seguida i esperaba las adherencias para hacer el vaciamiento.

Recamier, hacia aplicaciones de potasa cáustica sobre la piel por encima de la tumefaccion que manifestaba el absceso. Repetia estas aplicaciones hasta conseguir adherencias i entonces incindia las paredes del foco supurativo (Morris).

Todos estos métodos adolecian de graves defectos porque exponian al enfermo a una série de pequeñas operaciones preparativas, que los progresos de la ciencia, se han encargado de reemplazar con ventaja por simples suturas que fijen el foco.

Siempre que el cirujano se encuentre delante de una coleccion purulenta, su deber primordial, a no dudarlo, es vaciar cuanto antes sea posible el absceso; con los métodos lentos i con las contemplaciones que en ellos se gastan se vé que la glándula hepáti-



ca, i por consiguiente, el enfermo, del cual ella es un órgano importante, tiene que sufrir durante algunos días mas la pesada carga del absceso, que agota sus fuerzas i lo hace cada día mas inepto para resistir la convalescencia, talvez bastante larga de la operacion definitiva.

Estas contemplaciones perjudicialísimas no debían escapar al talento de Stromeier-Little, cirujano inglés establecido en China, quien aprovechando los métodos listerianos que empezaban a usarse en Europa, describió i puso en práctica un procedimiento que en contraposición con los anteriores debemos llamar rápido i que consta de los puntos siguientes:

1.º Investigación minuciosa del pus con un trócar;

2.º Incisión en un solo tiempo de todas las partes blandas situadas entre el pus i el exterior;

3.º Lavado i drenaje de la cavidad supurativa en las condiciones mas rigurosas de antisepsia.

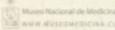
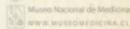
La primera idea habia sido valientemente lanzada, un mejor sistema de tratamiento debia revolucionar el mundo científico, pero así como casi siempre sucede que toda idea nueva, todo descubrimiento no encierra en sí la pulidez necesaria, lo mismo aconteció en este caso, pues serias dificultades se presentaron muy luego en la práctica.

En este sistema como se vé, se pretende obtener el vaciamiento del pus hepático, por medio de un golpe maestro de bisturí no estando esto exento de todo peligro; porque, o bien puede vaciarse el pus en el peritoneo, o el cirujano no conduce su bisturí con mano segura, i por lo tanto, no puede saber, a ciencia cierta, hasta qué órganos alcanza su intervencion.

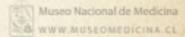
El pus hepático como lo hemos visto anteriormente es a veces muy rico en colonias de bacterias, que al penetrar en el peritoneo es lógico i natural que produzcan la inflamación de esta serosa i espongan casi seguramente a la muerte al enfermo atacado por ellos. Es, por lo tanto, un punto capital el no sacrificar por la rapidez en la acción, la conveniencia que existe en poner a salvo el peritoneo de los fatales efectos de un derramamiento de pus dentro de él.

Esta objeción al sistema de Stromeier-Little es suficientemente poderosa para exigir una reforma, pero aunque ella no tuviera valor, quedaria aun subsistente la oscuridad con que el cirujano va a obrar en contraposición manifiesta con la tendencia actual de la cirugía que trata de ponerlo todo lo mas a la vista posible.

La serie innumerable de cirujanos, desde aquella época hasta hoy, que se han preocupado de esta materia, han ido perfeccionando paulatinamente este procedimiento primitivo, y hoy puede-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mos decir que ha adquirido un grado bastante elevado de perfeccion,

Daremos despues cuenta detallada de él.

Debo dar cuenta ántes de pasar a analizar detenidamente el método actual de incision franca, de un sistema de vaciamiento del pus hepático por medio de punciones con trócares de 2 a 3,5 mm. de grosor en comunicacion con aparatos en que se pueda hacer el vacío i así llamar el pus al exterior.

Anteriormente se ha visto en el curso de este trabajo que se usan trócares exploradores para localizar el foco i así establecer con mayor seguridad el punto donde se debe hacer la incision.

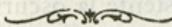
Estos trócares usados únicamente con este objeto eran o capilares o de un lúmen demasiado reducido i no podian servir para hacer el vaciamiento.

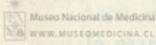
Muchos prácticos confiando en la idea de evitar al enfermo una operacion que podia serle peligrosa han echado mano de trócares cuyo lumen fuese mayor para usarlos entónces como método único de tratamiento.

Se ha discutido mucho tiempo sobre el valor de estas punciones; ha habido division de ideas, pero necesario es decirlo que su empleo ha sido poco aceptado, basándose para ello en consideraciones de capital importancia.

El pus que contiene los abscesos no es siempre de la misma consistencia: unas veces es completamente líquido, otras veces nadan enel medio líquido gruesos grumos que *obturarian* el trócar e impedirian el vaciamiento.

Debiendo pasar a tratar por estenso los métodos usados actualmente i a dar a conocer los resultados con ellos obtenidos en las observaciones que presento, me reservo para entónces tratar mas latamente las punciones.





# MÉTODOS USADOS EN LA ACTUALIDAD

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los métodos usados en la actualidad para el tratamiento de los abscesos hepáticos son dos: incisión franca i puncion.

## INCISION FRANCA

La incision o abertura franca que seusa hoi dia para practicar el vaciamiento de los abscesos consta de los puntos siguientes:

- 1) Incision, capa por capa, de las paredes abdominales hasta llegar al foco purulento.
- 2) Abertura del foco, i por consiguiente, vaciamiento completo de él.

Por el solo enunciado de este sistema vemos la diferencia que tiene con el de Stromeyer-Little, porque si bien es cierto que la base fundamental del sistema actual es tomada del anterior, se nota, sin embargo, a primera vista la cautela con que el cirujano va a proceder a practicar la operacion.

Para proceder a la abertura del foco es necesario localizar el punto donde se encuentra el absceso, para que así la incision que se va a hacer caiga directamente sobre el foco.

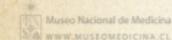
En los abscesos de la cara convexa del hígado es fácil localizar el punto preciso, porque la tumefaccion que presentan las paredes del abdómen indica casi con entera seguridad el sitio dónde debe practicarse la incision. En los abscesos de la cara cóncava i en los de la profundidad de la glándula, el caso no se presenta



tan claro i entónces el cirujano debe hechar mano de una aguja exploradora para obtener la certeza del sitio preciso en que se encuentra el absceso.

Localizado el foco ya sea por el punto de mayor edema de la piel o por la puncion exploradora, el cirujano debe proceder a abrir las paredes del abdómen, capa por capa.

Al hacer esta abertura puede suceder el caso de encontrarse el cirujano en la necesidad de practicar la operacion de Estlander o sea la reseccion de la costilla o costillas que esten situadas inmediatamente por delante de las paredes del foco.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Una vez que las paredes abdominales hayan sido abiertas i que el peritoneo esté a la vista, se pueden presentar dos casos: o bien hai de antemano adherencias entre el hígado i las paredes o bien aquellas no existen.

Existiendo adherencias, el papel del cirujano es simple, no le queda mas que abrir el foco i evacuar el pus.

¿I si las adherencias no existen?

En esta consideracion, como ya lo hemos dicho, estaban basados los métodos lentos, el cirujano debia ántes esperar su formacion, pero en la actualidad hai diferentes métodos en uso para fijar el hígado i así reemplazar las adherencias i alijerar en mucho la curacion del enfermo.

Lo mas sencillo i práctico es pasar puntos de sutura entre la pared abdominal i las paredes del foco hepático, así se consigue sujetar el hígado, sobre todo, si despues de la intervencion el enfermo guarda rigurosa inmovilidad en la cama.

La abertura franca de los abscesos hepáticos no es una operacion que necesite que el enfermo esté cloroformado, esto solo es conveniente cuando hai necesidad de hacer la reseccion costal.

En los casos mas sencillos basta con dos o tres inyecciones subcutáneas de cocaína al 1% hechas en la misma línea donde se va a hacer la incision. Bastan tambien a veces pulverizaciones de éter o de cloruro de étido, teniendo este último anestésico el inconveniente de endurecer mucho la piel en el punto en que se aplica.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Anestesiado el individuo, ya sea jeneral o localmente, el cirujano observando las mas rigurosas reglas de antisepsia procede a hacer una incision sobre la piel, seccionando esta en una estension de 4 a 8 o 10 centímetros, escojiendo como ya he dicho el punto de mayor edema i fluctuacion o bien aquel que haya sido indicado por la puncion exploradora. Continúa cortando capa por capa los tejidos que se le presentan a la vista hasta llegar al peritoneo, incinde esta serosa i ve si hai adherencias; en el caso de no existir, fija el peritoneo a las paredes abdominales i a las paredes del foco por puntos de sutura i en seguida procede a hacer el vaciamiento.

Una vez vaciado el foco se puede observar varias líneas de conducta en los cuidados operatorios.

Puede el cirujano contentarse con lavar el foco con una solucion desinfectante, para lo cual se puede hacer uso del tricloruro de iodo al 1 por 2,000, tintura de iodo iodurada i solucion de cloruro de zinc al 2%.

Otras veces se puede recurrir al raspaje de la membrana piojénica con el dedo envuelto en gasa iodoformada, o con una tórula montada de esta misma gasa; los resultados de esta práctica pueden ser variados, porque raspando la membrana piojénica en una gran estension, se deja abierta a la trasmision sanguínea de los jérmenes purulentos, una puerta bastante grande que puede llegar a ocasionar una pihemia jeneralizada.

Se haya hecho el raspaje o los lavados indicados anteriormente, viene en seguida la curacion que será segun la magnitud del foco o si se ha hecho raspaje o lavado.

En los focos pequeños ya se haya hecho el lavado o el raspaje de la cavidad, la curacion posterior puede hacerse solo con gasa iodoformada, dejando siempre abierta la herida o cuando mas aplicando uno o dos puntos de sutura, segun la magnitud de la incision, a los lados del drenaje de gasa que viene del interior.

En los grandes focos si se ha hecho el raspaje es necesario rellenar la cavidad con gasa iodoformada (sacudida ántes para así votar el exceso de iodoformo) ejerciendo una pequeña presion, para impedir la hemorragia que puede ser consecutiva a la salida de la membrana piojénica.

Si se ha hecho lavado se puede establecer un sifonaje por medio de dos tubos, para así poder seguir dando salida a la pequeñas particulas de pus que se formen.

El sifonaje se establece colocando dos tubos privados de aire; por uno de sus extremos van a la cavidad, por el otro comunican



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

 Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

con un vaso lleno de agua esterilizada, que estará colocado un poco mas abajo del nivel de la cama.

Estos tubos, en los cuales se hace el vacío antes de colocarlos, se fijan por puntos de sutura a los bordes de la incision hecha en la piel. La curacion se coloca como siempre teniendo cuidado de dejar pasar por entre el vendaje los tubos anteriormente dichos.

Tambien se usa como curacion en los grandes focos el establecer en vez de drenaje de gasa, un drenaje por medio de un tubo corto que por uno de sus extremos se introduce dentro del foco supurativo i por el otro queda entre los algodones del vendaje.

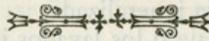
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

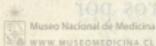
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## MUSEO NACIONAL DE PUNCIONES

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La puncion como su nombre lo indica consiste en introducir hasta el interior del absceso, trócares cuyo lúmen sea suficientemente grueso para dar salida facil al pus.

Con este objeto se usan dos clases de trócares, que varian en sus dimensiones i en el modo de emplearlos.

Los unos de dimensiones de 2 a 3.5 m.m. deben ser colocados para su uso en comunicacion con un aparato aspirador, el de Potain o el de Dieulafoy, consiguiéndose por este medio hacer el vaciamiento del foco atrayendo el pus por el vacío hecho en los aparatos ya nombrados. Una vez concluido el vaciamiento i lavado el foco la cánula es retirada i tapado el orificio exterior que deja, con un trozo de esparadrapo.

Los otros trócares de dimensiones mucho mayores, variando el lúmen de las cánulas entre 6 i 9.5 m.m., constan sencillamente de una cánula i trocar, que introducidos en la cavidad i retirado el trocar, dejando dentro la cánula, sirve ésta no solo para dar salida al pus durante la operacion sino tambien para hacer el drenaje de la cavidad.

Ya sea que el operador quiera hacer uso de uno u otro trócar, necesita ántes que todo poder localizar el foco i fijar el punto preciso en que debe hacer la puncion.

En los abscesos de la cara convexa como ya lo he dicho, la tumefaccion i el edema son mui marcados, pudiendo, salvo mui raros casos, indicar claramente el punto donde está el foco; pero, si los síntomas no son mui manifiestos, el cirujano debe proceder



á hacer la puncion en el 8.º o 9.º espacio intercostal derecho sobre o por delante de la línea axilar anterior (Lezaeta Rivas).

Si el absceso se cree que se asienta en la cara cóncava, la puncion debe hacerse a dos centímetros por debajo del reborde cos, tal entre las líneas anterior i mamilar (señor Rivas).

Si se cree que es del lóbulo izquierdo, la puncion será hecha por fuera de la línea para esternal derecha, dos centímetros por debajo del reborde costal (Lezaeta Rivas).

Estando localizado el foco i determinado el punto en que debe hacerse la puncion, el operador debe proceder a hacer una rigurosa desinfeccion del campo operatorio i de los trócares que va a usar.

Realizada la desinfeccion, de la cual en gran parte va a depender el éxito operatorio, el cirujano tomará el trócar (que si es de los pequeños estará unido al aparato aspirador en el cual se ha hecho el vacío con anterioridad) i lo hundirá de un solo golpe en las paredes del abdómen, en el punto fijado antes, hasta que los movimientos impresos a la cánula se ejecuten con cierta libertad, haciendo asi creer que ha penetrado hasta el foco.

Retirado despues el trocar, dejando dentro la cavidad de la cánula, se hará la aspiracion imprimiendo con prudencia movimientos en diferentes sentidos a la cánula, con el objeto de recorrer todos los fondos de saco que puedan existir en la cavidad del absceso.

El pus debe ser estraído en su totalidad, apesar de los peligros que se cree pueda acarrear esta operacion por aspiracion de las paredes hepáticas en contacto con la estremidad de la cánula.

Una vez estraído el pus se debe lavar el foco ya sea por medio de irrigadores colocados a 2 a 2.50 metros de altura, ya sea por medio del mismo aparato que ha servido para la aspiracion. Usando el aparato de Potain el frasco receptor se cambia por otro que contenga el líquido que se va a inyectar, se introduce aire en el frasco, el cual haciendo presion sobre el líquido que hai dentro, lo hace subir i llegar hasta el absceso.

Debe tomarse la precaucion de medir siempre la cantidad de pus estraído para asi inyectar la misma cantidad de liquido anti-séptico i con esto evitar presiones dentro del foco que podrian ser mui perjudiciales para las paredes del hígado, llegando á determinar desgarraduras, i por consiguiente, hemorragias posteriores

Los líquidos usados para esta curacion son mui diversos, llevando siempre la preferencia los que de por sí son modificadores



de los tejidos: tricoloruro de iodo al 1 por 2000, cloruro de zinc al 2% i tintura de iodo iodurada; tambien se puede ejecutar el lavado solo con agua esterilizada.

Hecha la introduccion del líquido se procede a hacerlo salir de nuevo por los mismos medios que se hizo el vaciamiento del pus. Estos lavados pueden repetirse varias veces consecutivamente.

En algunas ocasiones es conveniente dejar dentro del foco una pequeña cantidad de líquido antiséptico, debiendo ser mui parco en esta materia a causa de la rápida absorcion de los medicamentos por las paredes del foco que pueden llegar a producir la intoxicacion del enfermo.

Concluido los lavados se retira la cánula de un solo golpe, debiendo un ayudante colocar inmediatamente sobre el orificio que ella deja, un trozo de tela emplástica cortada en cruz de malta.

Estas punciones deben repetirse constantemente siempre que se note que el absceso ha vuelto a reproducirse, lo que, por desgracia, es bastante frecuente.

Si se hace uso de los trócares gruesos una vez introducido el trócar con la cánula, (desinfectados con la estrictez debida) se retira el trócar i se da libre salida al pus por el lumen de la cánula. Cuando haya cesado de salir o que ésta sea mui lenta, se hace toser al enfermo para que así con el esfuerzo salgan las últimas partículas de pus. Se lava en seguida con un irrigador lo mismo que anteriormente i fijando la cánula con un vendaje sencillo, se deja drenar el absceso por algun tiempo hasta que ya no haya produccion de pus.

Este sistema es, a no dudarlo, superior al de los pequeños trócares, porque así no hai obstruccion de la cánula por coágulos que naden en el medio líquido del pus hepático.

He dado cuenta lo mas claro i detalladamente posible de los sistemas usados actualmente para el tratamiento de los abscesos hepáticos, paso ahora a dar a conocer las observaciones recojidas en el hospital de San Vicente de Paul. (1)

(1) Es mui sensible que por casualidad se me haya estraviado una observacion de un absceso hepático operado con las cánulas gruesas, único caso en que las he visto usar; el individuo murió despues de hecha la operacion pero su estado antes de ella era bastante deplorable a causa del agotamiento consecutivo a un enorme absceso abierto en los bronquios.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## OBSERVACIONES

### Observacion I

M. González.—20 años, soltero, herrero. Entró a la Sala de Dolores el 12 de Mayo de 1895. El día 14 del mismo mes se diagnosticó, *absceso hepático*. En seguida se le hizo *puncion* con el Aspirador de Potain i se estrajo 1890 gr. de pus; se lavó el foco con tricloruro de iodo al 1 por 2000.

En los días consecutivos el enfermo se sintió mejor, pero habiendo aparecido de nuevo los síntomas, el 24 de Mayo se practicó la *abertura franca* del absceso estableciendo un *sifonaje*. El enfermo salió de alta el 1.º de Agosto.

### Observacion II

F. Campos.—16 años, soltero, zapatero. Entró a la Sala de San Emeterio el 11 de Junio de 1895. Este individuo tiene recidivas de un absceso hepático que se trató por *abertura franca* el año 94.

Se diagnosticó *absceso hepático abierto en los brónquios*, se le practicó la *abertura franca* con *reseccion* de la 8.ª costilla, lavado antiséptico con tricloruro de iodo i tubos de *drenaje*. Murió el 19 de Julio. *Autopsia*.—Reveló tres abscesos del tamaño de una naranja en el lóbulo derecho i dos mas pequeños en el izquierdo.

### Observacion III

J. Orellana.—18 años, soltero, carpintero. Entró a la Sala de Dolores el 24 de Agosto del 95. Hecho el exámen se diagnosticó,



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*absceso hepático abierto en los brónquios.* Se usó como tratamiento la *abertura franca* al nivel del 8.º espacio, se lavó el foco con tricloruro de iodo i se colocaron tubos de *drenaje*. El enfermo salió de alta el 23 de Octubre del mismo año.

#### Observacion IV

F. Fredes.—30 años, casado. Entró a la Sala de San Emeterio el día 23 de Noviembre de 1896. El 27, despues de hecho el exámen se diagnosticó, *absceso hepático*, se le hizo *puncion* con el aspirador de Potain i se estrajo 1,300 gr. de pus. Se le lavó con agua esterilizada. Tuvo 5 días de bienestar; despues empeoró, practicándosele el 7 de diciembre la *abertura franca*; se colocó tubos de *drenaje* i el enfermo salió de alta completamente restablecido.

#### Observacion V

A. Venegas.—34 años, casado, cochero. Entró a la Sala de Dolores el 7 de Diciembre de 1896. El día 9 se hizo el diagnóstico de *absceso hepático*. Se practicó la *abertura franca* con *reseccion* de la 8.ª costilla, siendo el foco pequeño se hizo *curacion seca* con gaza iodoformada, estableciendo *drenaje* de esta misma gasa. El 4 de Enero del 97 salió de alta.

#### Observacion VI

E. Leiva.—36 años, casado, agricultor. Entró a la Sala de Dolores el 4 de Diciembre de 1896. Se diagnosticó *absceso hepático*, i el día 11 del mismo mes se le hizo *puncion* con el aspirador de Potain, se estrajo 400 gr. de pus, se lavó el foco con tricloruro de iodo. Los primeros días el enfermo los pasó bien; poco a poco fué empeorando hasta que se le practicó la *abertura franca* el día 30 de Diciembre, saliéndose furtivamente del hospital veinte días despues. La curacion se hizo por medio de tubos de *drenaje*.

#### Observacion VII

J. Lizama.—35 años, soltero, gañan. Entró a la Sala de San Emeterio, el 21 de Diciembre de 1896, se diagnosticó *absceso hepático* i el mismo día se le estrajo por *puncion* 1,500 gr. de pus. Se lavó la cavidad con tricloruro de iodo i se dejó dentro una pequeña cantidad. El enfermo siguió bien, pero murió repentinamente el 24. *Autopsia*: no se practicó por ser cadáver reclamado.



## Observacion VIII

A. Martinez.—55 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el 24 de Diciembre de 1896, el mismo día se le practicó una *puncion* que dió 500 gr. de pus hepático, se lavó el foco con tricloruro de iodo; los primeros días fueron buenos, pero como se observara la reproduccion del absceso se hizo la *abertura franca*, saliendo de alta restablecido el día 17 de Febrero. La curacion se hizo por medio de tubos de *drenaje*.

## Observacion IX

A. Gonzalez.—55 años, casado. Entró a la Sala de San Emeterio el 26 de Diciembre de 1796, se le practicó una *puncion* en la rejion hepática i se estrajo 300 gr. de pus, se lavó en seguida con tricloruro de iodo. Vuelto a reproducirse el absceso, se le hizo la *abertura franca* i el enfermo despues de una curacion por medio del *sifonaje*, salió de alta el 17 de Febrero de 1897.

## Observacion X

T. Romero.—45 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el día 4 de Enero de 1897, constatado el *absceso* se le hizo una *puncion* i se estrajo 450 gr. de pus, se lavó el foco con tricloruro de iodo. El enfermo convalació perfectamente; pero se fugó del hospital sin poder asegurar si habia sanado radicalmente.

## Observacion XI

F. Silva.—20 años, soltero, gañan. Entró a la Sala de San Emeterio el día 10 de Febrero de 1897, el mismo día se diagnosticó *absceso hepático* i se procedió a hacer la *abertura franca*, i despues de vaciar el foco i lavar con tricloruro de iodo se colocaron tubos de *drenaje*; el enfermo obtuvo su alta en perfecto estado de salud el día 11 de Marzo.

## Observacion XII

B. Ferrer.—41 años, casado. Entró a la Sala de San Emeterio el día 7 de Marzo de 1897; se le examinó, i diagnosticado *absceso hepático* se le hizo la *abertura franca* el mismo día, se lavó i se colocó tubos de *drenaje*; salió de alta sano el día 30 del mismo mes.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## Observacion XIII

M. Lopez.—32 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el 23 de Marzo de 1897, constatado el *absceso hepático* se le hizo la *abertura franca* de él, se estrajo 1,000 gr. de pus, se lavó con tricloruro de iodo i se colocó tubos de *drenaje*. El enfermo siguió bien los primeros dias, pero su estado empeoró muriendo el dia 7 de Abril. La *autopsia* reveló 6 abscesos en la glándula hepática, tres de ellos del tamaño de una naranja, todos situados en distintos puntos.

## Observacion XIV

M. Marchant.—44 años, soltero, gañan. Entró a la Sala de San Emeterio el 6 de Abril de 1897. Se le diagnosticó *absceso hepático* i el 10 del mismo mes se practicó la *abertura franca*, encontrándose con dos abscesos vecinos, se abrió el tabique divisorio, desgarrándolo con el dedo; se le hizo lavado i se colocó *drenaje*. El enfermo murió el 22 i la *autopsia* dió a conocer un tercer absceso con adherencias al duodeno formando éste una de su paredes.

## Observacion XV

P. Ortiz.—46 años, casado, gañan. Entró a la Sala de Dolores el dia 16 de abril de 1897. Hecho el exámen se diagnosticó *absceso hepático* i el 19 del mismo mes se practicó una *puncion* con el aspirador de Potain, se estrajo 300 gr. de pus hepático, se lavó el foco con tricloruro de iodo i se inyectó una pequeña cantidad en el foco. El enfermo mejoró rápidamente, el hígado disminuyó de volúmen; salió de alta el 16 de mayo de 1897.

## Observacion XVI

Z. Valencia.—30 años, soltero, minero. Entró a la Sala del Carmen el 18 de enero de 1897. Se diagnosticó, despues de hecho el exámen, *absceso hepático abierto en los bronquios*. El 21 se practicó la *abertura franca* i se estrajo 1,500 gr. de pus, se hizo un lavado de la cavidad, un raspaje con el dedo envuelto en gaza iodoformada, i despues el taponamiento segun el procedimiento de Mickuliks. El enfermo murió el dia 1.º de febrero.



## Observacion VIII

A. Martinez.—55 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el 24 de Diciembre de 1896, el mismo día se le practicó una *puncion* que dió 500 gr. de pus hepático, se lavó el foco con tricloruro de iodo; los primeros días fueron buenos, pero como se observara la reproduccion del absceso se hizo la *abertura franca*, saliendo de alta restablecido el día 17 de Febrero. La curacion se hizo por medio de tubos de *drenaje*.

## Observacion IX

A. Gonzalez.—55 años, casado. Entró a la Sala de San Emeterio el 26 de Diciembre de 1796, se le practicó una *puncion* en la rejion hepática i se estrajo 300 gr. de pus, se lavó en seguida con tricloruro de iodo. Vuelto a reproducirse el absceso, se le hizo la *abertura franca* i el enfermo despues de una curacion por medio del *sifonaje*, salió de alta el 17 de Febrero de 1897.

## Observacion X

T. Romero.—45 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el día 4 de Enero de 1897, constatado el *absceso* se le hizo una *puncion* i se estrajo 450 gr. de pus, se lavó el foco con tricloruro de iodo. El enfermo convaleció perfectamente; pero se fugó del hospital sin poder asegurar si habia sanado radicalmente.

## Observacion XI

F. Silva.—20 años, soltero, gañan. Entró a la Sala de San Emeterio el día 10 de Febrero de 1897, el mismo día se diagnosticó *absceso hepático* i se procedió a hacer la *abertura franca*, i despues de vaciar el foco i lavar con tricloruro de iodo se colocaron tubos de *drenaje*; el enfermo obtuvo su alta en perfecto estado de salud el día 11 de Marzo.

## Observacion XII

B. Ferrer.—41 años, casado. Entró a la Sala de San Emeterio el día 7 de Marzo de 1897; se le examinó, i diagnosticado *absceso hepático* se le hizo la *abertura franca* el mismo día, se lavó i se colocó tubos de *drenaje*; salió de alta sano el día 30 del mismo mes.



## Observacion XIII

M. Lopez.—32 años, soltero. Entró a la Sala de Dolores el 23 de Marzo de 1897, constatado el *absceso hepático* se le hizo la *abertura franca* de él, se estrajo 1,000 gr. de pus, se lavó con tricoloruro de iodo i se colocó tubos de *drenaje*. El enfermo siguió bien los primeros dias, pero su estado empeoró muriendo el dia 7 de Abril. La *autopsia* reveló 6 abscesos en la glándula hepática, tres de ellos del tamaño de una naranja, todos situados en distintos puntos.

## Observacion XIV

M. Marchant.—44 años, soltero, gañan. Entró a la Sala de San Emeterio el 6 de Abril de 1897. Se le diagnosticó *absceso hepático* i el 10 del mismo mes se practicó la *abertura franca*, encontrándose con dos abscesos vecinos, se abrió el tabique divisorio, desgarrándolo con el dedo; se le hizo lavado i se colocó *drenaje*. El enfermo murió el 22 i la *autopsia* dió a conocer un tercer absceso con adherencias al duodeno formando éste una de su paredes.

## Observacion XV

P. Ortiz—46 años, casado, gañan. Entró a la Sala de Dolores el dia 16 de abril de 1897. Hecho el exámen se diagnosticó *absceso hepático* i el 19 del mismo mes se practicó una *puncion* con el aspirador de Potain, se estrajo 300 gr. de pus hepático, se lavó el foco con tricoloruro de iodo i se inyectó una pequeña cantidad en el foco. El enfermo mejoró rápidamente, el hígado disminuyó de volúmen; salió de alta el 16 de mayo de 1897.

## Observacion XVI

Z. Valencia.—30 años, soltero, minero. Entró a la Sala del Carmen el 18 de enero de 1897. Se diagnosticó, despues de hecho el exámen, *absceso hepático abierto en los bronquios*. El 21 se practicó la *abertura franca* i se estrajo 1,500 gr. de pus, se hizo un lavado de la cavidad, un raspaje con el dedo envuelto en gaza iodoformada, i despues el taponamiento segun el procedimiento de Mickuliks. El enfermo murió el dia 1.º de febrero.



## Observacion XVII

R. Gonzalez.—50 años, casado, zapatero. Entró a la Sala del Carmen el día 8 de febrero. Se diagnosticó *absceso hepático*, i se hizo la *abertura franca*; se lavó la cavidad i se raspó con gaza iodoformada; el enfermo murió el 9 de marzo de 1897.

## Observacion XVIII

B. Lecaros.—36 años, casado, albañil. Entró a la Sala del Carmen el día 25 de marzo, de 1897. Se diagnosticó *absceso hepático*, se practicó la *abertura franca* i se hizo *raspaje* del foco con el dedo envuelto en gasa iodoformada. Salió de alta el 6 de abril de 1897.

## Observacion XIX

J. N. Lara.—26 años, soltero, albañil. Entró a la sala del Carmen el día 5 de abril. Se diagnosticó *absceso hepático* i se practicó la *abertura franca*, habiendo sido necesario reseca dos costillas; despues se le hizo *raspaje* con gasa iodoformada i se continuó con curacion simple. Salió de alta el 7 de Mayo de 1897.

## Observacion XX

R. Muñoz.—20 años, soltero, agricultor. Entró a la Sala de San Eulojio el 18 de abril i fué operado el 21 del mismo mes, despues de hecho el diagnóstico de *absceso hepático*. Hecha la incision para la *abertura franca*, hubo que suspender la operacion por no encontrarse el higado adherido a la pared abdominal, dejándose tan solo una gasa aséptica. Fué operado definitivamente el 26 del mismo mes i notándose aun falta de adherencias peritoneales, se tuvo que hacer la sutura de las paredes del absceso a la piel. El enfermo ha seguido mui bien, la herida está casi cicatrizada. La curacion empleada ha sido seca.

De las veinte observaciones que he presentado se pueden sacar algunos datos que son importantes en la práctica, guiandonos sí, de la rigurosidad de las estadísticas que suelen no dar los resultados deseados a causa de las diferentes condiciones en que pueden encontrarse los enfermos.



De estas observaciones se desprende claramente que: *doce* enfermos han sido tratados solo por la abertura franca; i que en cinco casos despues de la puncion ha habido necesidad de recurrir a abrir anchamente el foco.

Juntando todos estos casos como si hubieran sido tratados por abertura franca, solamente tendríamos que de los 17 enfermos tratados de este modo, han fallecido 5; lo que en el laconismo estadístico se nombraría diciendo que han sido fatales un 29.4% de los casos.

Pero es necesario advertir que en estos 5 individuos su estado era mui avanzado, pues, en 3 de ellos se constató en la autopsia, focos múltiples de supuracion en el hígado i en un cuarto el absceso estaba abierto en los brónquios, lo que indudablemente agota mucho las fuerzas del enfermo, dificultando así el tratamiento aunque este sea mui bueno i adecuado.

Respecto a las curaciones se habrá podido ver que en 9 enfermos solo se ha usado el lavado con tricloruro de iodo, drenando la cavidad por medio de tubos i que el término medio que estos enfermos han permanecido en el hospital hasta obtener su completa curacion, ha sido de *45 dias*.

En seis enfermos se ha usado como método curativo despues del raspaje con gaza iodoformada, el taponamiento i drenaje con esta misma gasa, dando un término medio de estadía en el hospital de *30 dias*.

Solo en dos enfermos se ha usado el sifonaje, demorando su curacion *45 dias* por término medio.

A primera vista aparece que con la curacion seca se ha obtenido una convalescencia mucho mas rápida, pero esto no se puede afirmar de un modo categórico por no ser todos los abscesos de las mismas dimensiones.

En los dos casos tratados por sifonaje el resultado ha sido bastante bueno, pues hai que advertir que este método curativo se usa solo en abscesos de capacidad de 1,500 a 2,000 grs. de pus.

El drenaje ha sido usado en toda clase de abscesos grandes i pequeños, dando resultados bien satisfactorios.

Por *puncion* han sido tratados 8 enfermos: de estos, en 6 ha sido insuficiente, volviendo los focos ha reproducirse i teniendo el cirujano que hechar mano de la *abertura franca*.

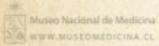
De los tres restantes, uno murió probablemente debido a una intoxicacion por exceso de solucion de tricloruro de iodo, ya fuera que se le inyectara mucha cantidad o que la solucion empleada era antigua i el iodo se hubiera precipitado, entrando así en el foco mayor cantidad de sustancia tóxica que la que debe emplearse.



Otro de los enfermos, burlando la casi nula vijilancia que se observa en la porteria de los hospitales, logró fugarse sin poder ser constatados los resultados de la puncion.

Por último, el tercero salió aparentemente en un buen estado de salud, habiendo el hígado disminuido de volúmen i cesado todos los síntomas que pudieran hacer sospechar que el absceso se habia reproducido.

En los tres casos se usó como curacion los lavados con tricloruro de iodo al 1 por 2.000, dejándose siempre una pequeña cantidad de solucion dentro del foco.



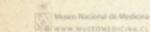
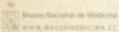
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



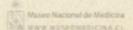
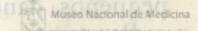
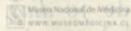
Museo Nacional de Medicina

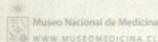
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

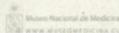
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





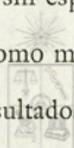
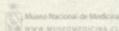
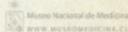
## Museo Nacional de Medicina CONCLUSIONES

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

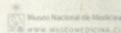
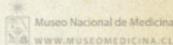
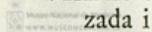


De todo lo dicho en este trabajo creo poder llegar a las conclusiones siguientes:

- I. Se debe usar la incision franca como el mejor sistema de tratamiento de los abscesos del hígado.
- II. En los pequeños abscesos puede usarse la puncion con los trócares i aparatos de Potain.
- III. En los casos en que la puncion no baste, es necesario recurrir a la incision franca.
- IV. La incision franca, debe practicarse sin esperar adherencias, supliendo éstas por medio de suturas.
- V. En los grandes focos, debe usarse como medio de curacion el sifona e.
- VI. En los medianos, da excelentes resultados el drenaje por medio de tubos.
- VII. En los focos pequeños, presta grandes servicios el raspaje con gasa i la curacion seca.
- VIII. Es conveniente usar como líquido de aseo el agua esterilizada i como modificador de las superficies, el tricloruro de iodo al 1 por 2.000.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

