



Año 1916

N.º 3081

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# ABCESOS SUBFRÉNICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALFREDO BUZZI**

- Ex-practicante del Instituto «Jenner» — 1912
- Ex-practicante externo del Hospital «San Roque» — 1911-1912
- Ex-practicante menor interno del Hospital «Juan A. Fernández» — 1913
- Ex-practicante menor interno del Hospital «San Roque» — 1913-1914
- Ex-practicante interno de Clínicas por concurso de clasificaciones (renunciado) 1914
- Ex-practicante mayor interno del Hospital «San Roque» — 1915
- Ex-médico de la Corbeta «Uruguay» en el viaje a las Islas Orcadas del Sud — 1915
- Director de la Cátedra de Anatomía Descriptiva — 1912-1916

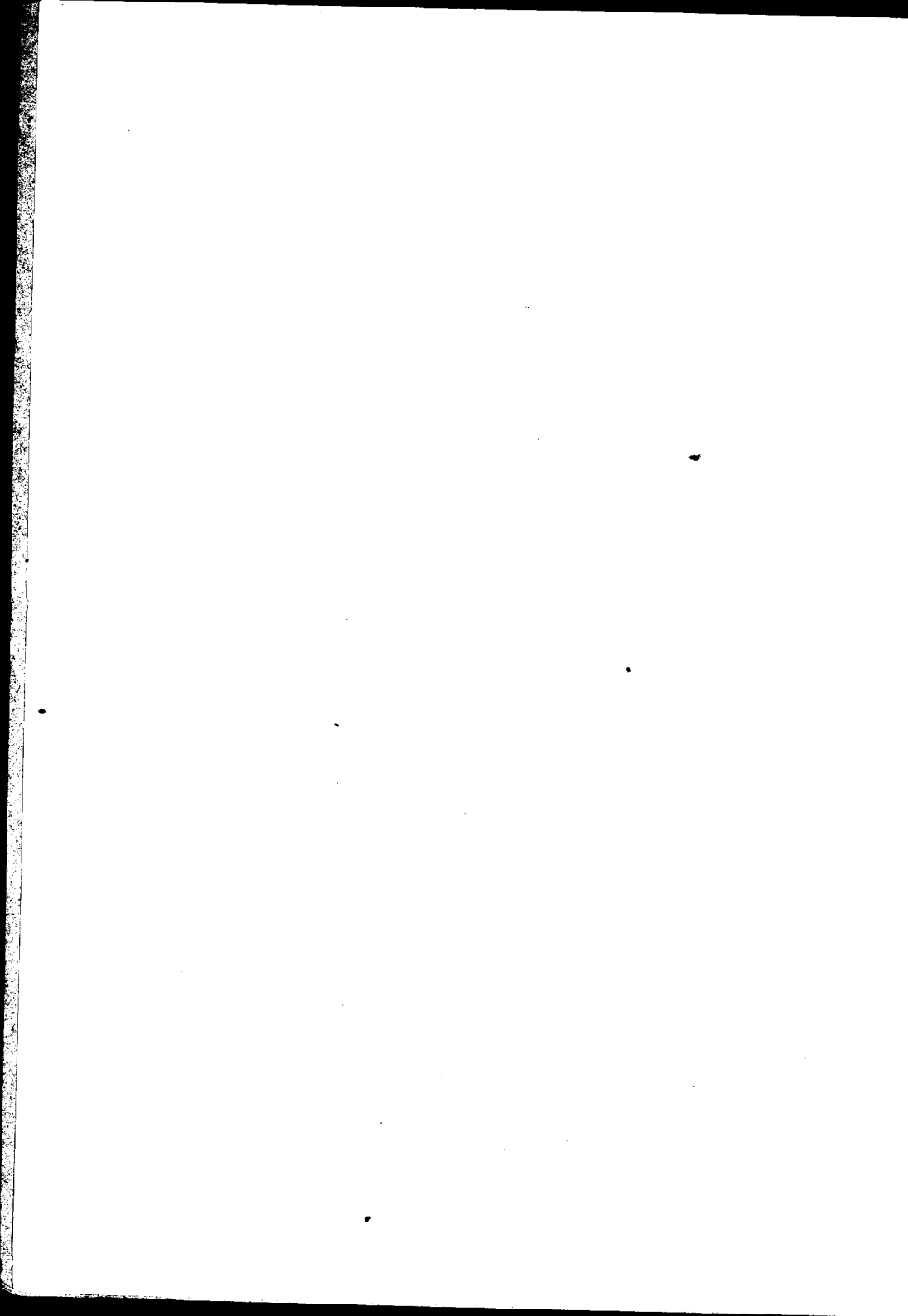


BUENOS AIRES  
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. — CORRIENTES 3151  
1916

*M. B. 95/19*



# Abcesos subfrénicos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

# ABCESOS SUBFRÉNICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALFREDO BUZZI**

Ex-practicante del Instituto Jenner — 1912

Ex-practicante externo del Hospital «San Roque» — 1911-1912

Ex-practicante menor interno del Hospital «Juan A. Fernández» — 1913

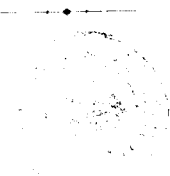
Ex-practicante menor interno del Hospital «San Roque» — 1913-1914

Ex-practicante interno de Clínicas por concurso de clasificaciones (renunciado) 1914

Ex-practicante mayor interno del Hospital «San Roque» — 1915

Ex-médico de la Corbeta «Uruguay» en el viaje a las Islas Orcadas del Sud — 1915

Disector de la Cátedra de Anatomía Descriptiva — 1912-1916



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. - CORRIENTES 3151

1916

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertadas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la Facultad*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

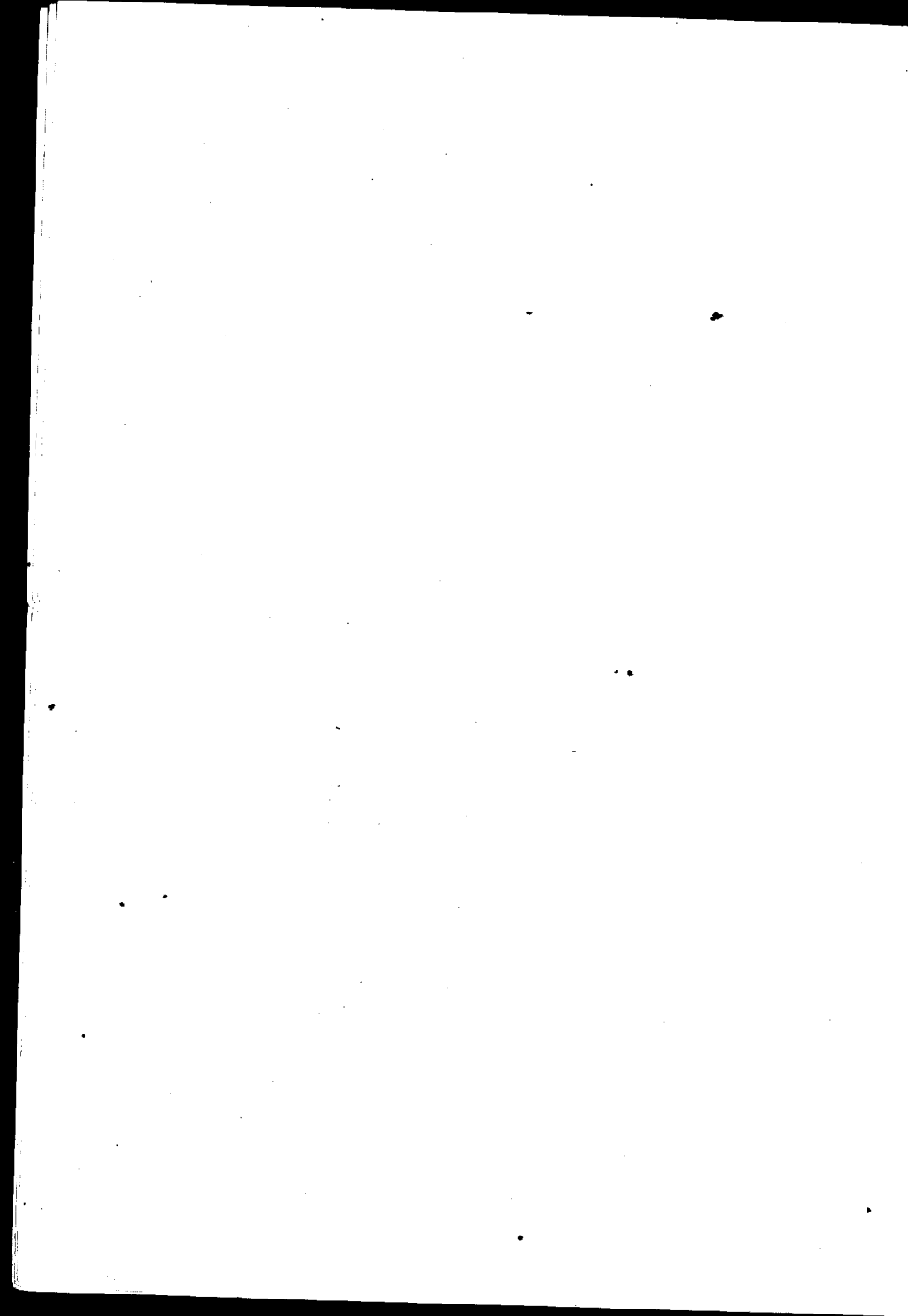
### Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRÁN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



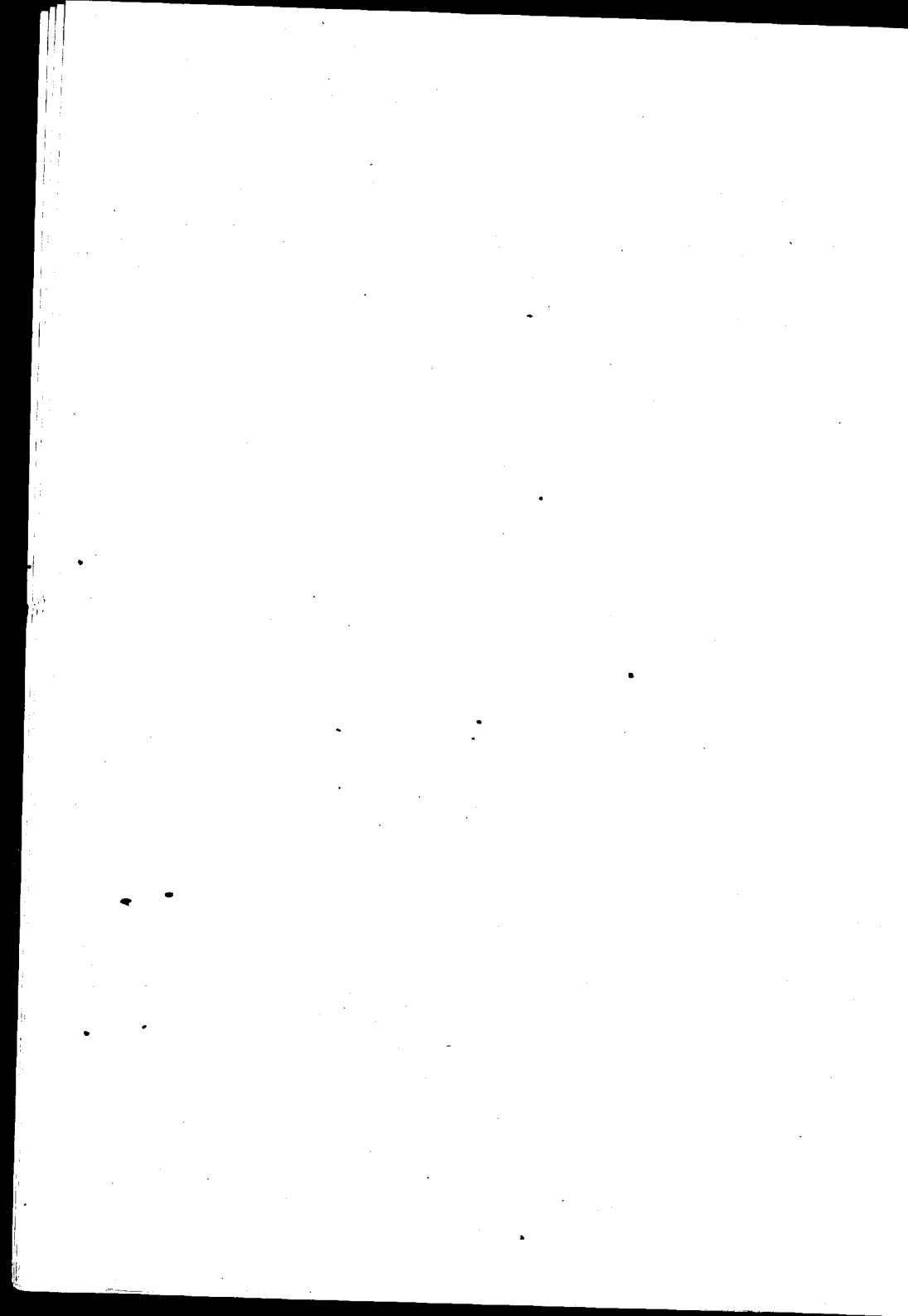
# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

## **Vice Decano**

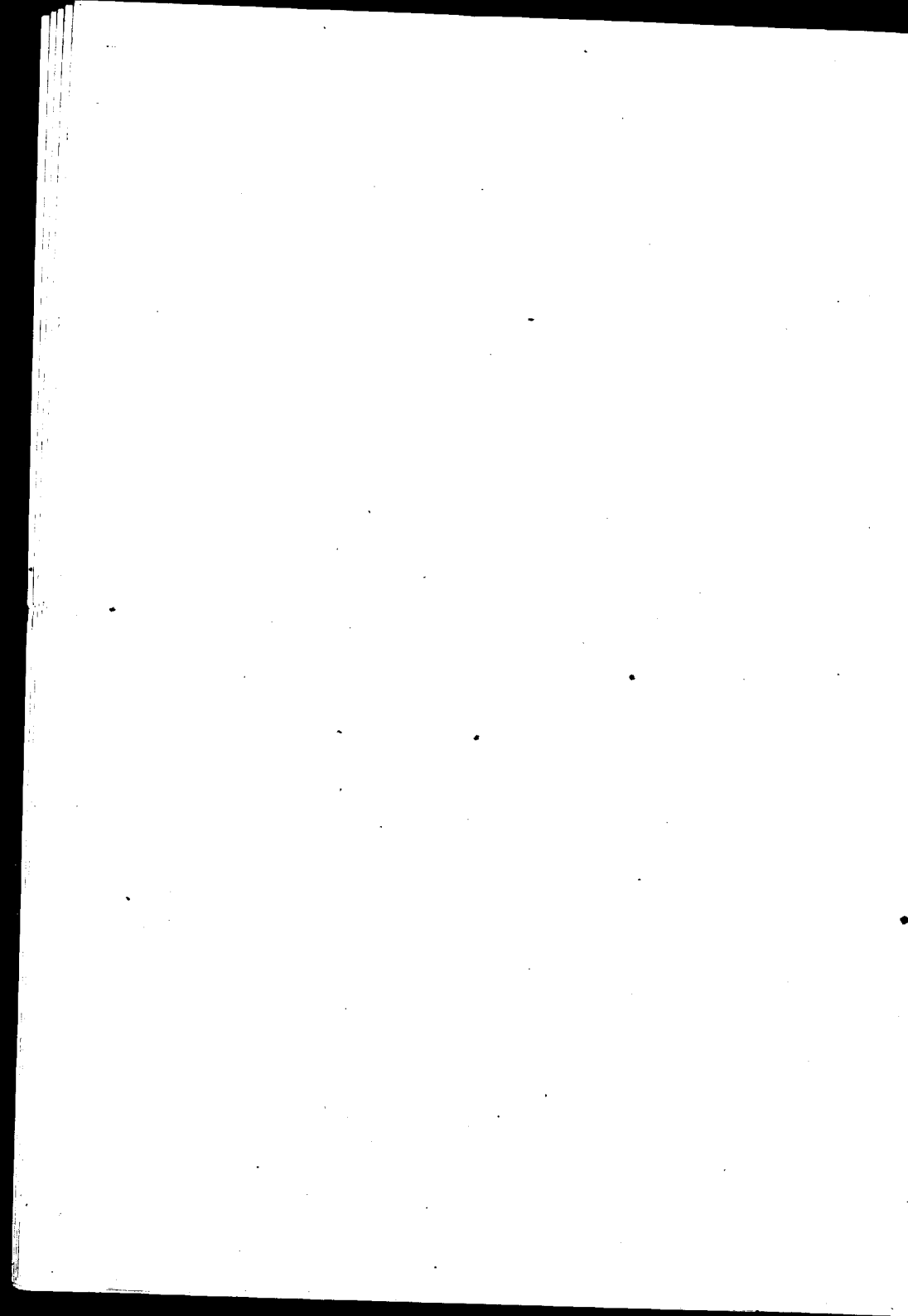
DR. D. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACAVERA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » ABEL AYERZA  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

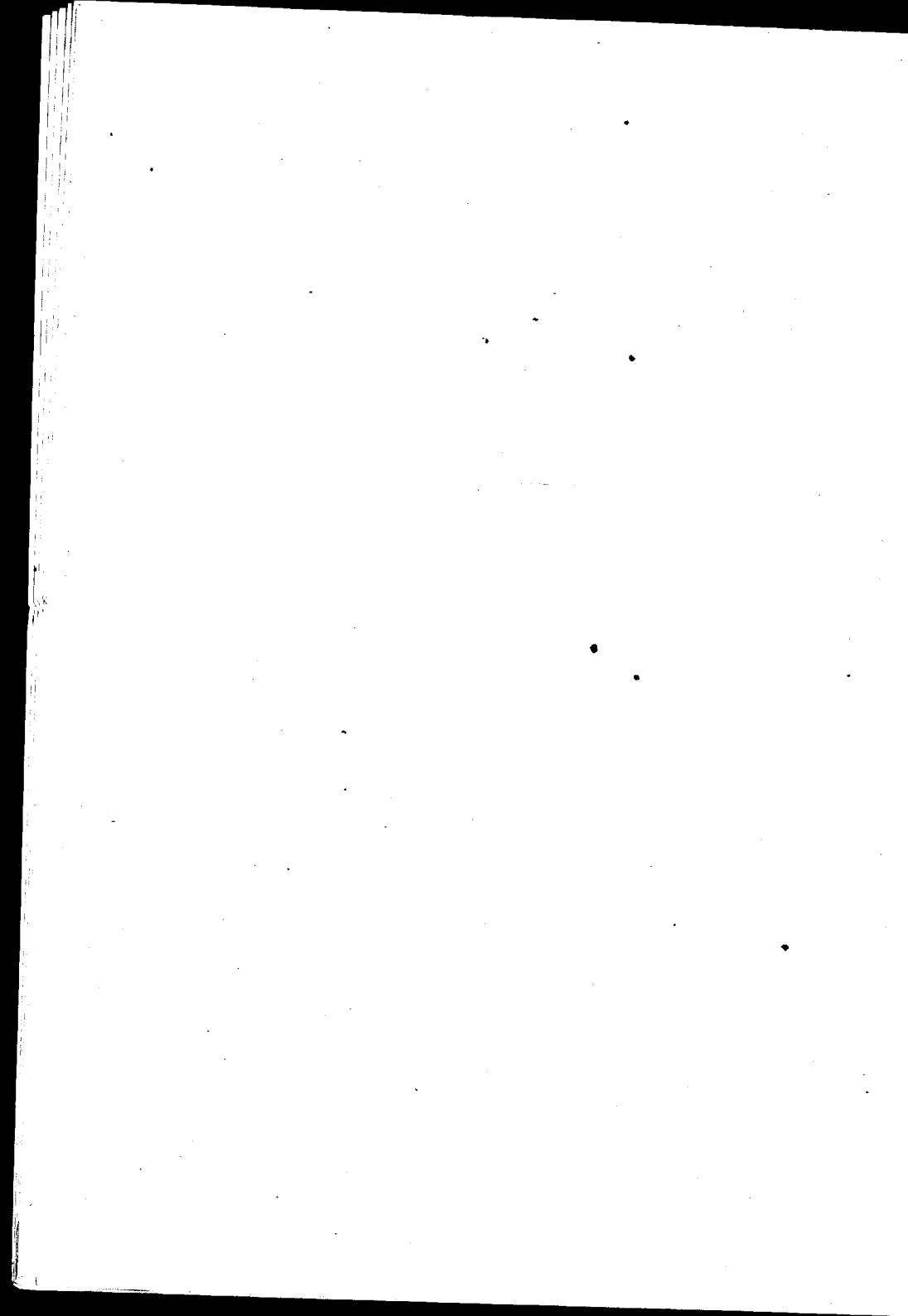
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO GANTÓN

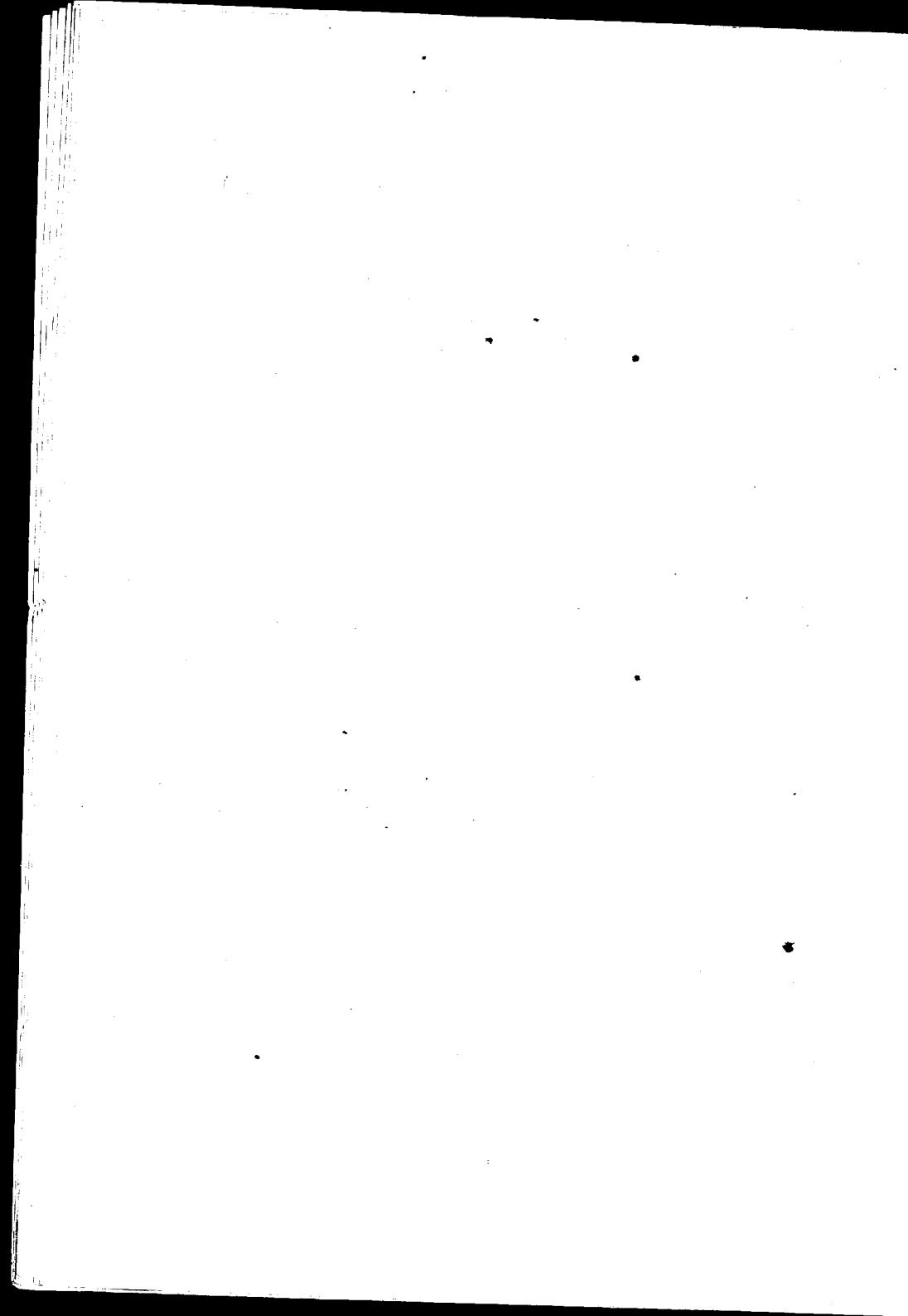
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASTIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica .....	» ATANASIO QUIROGA
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias .....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica .....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica .....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica .....	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
	» JOSÉ A. ESTEVES
	» DOMINGO CABRED
	» ENRIQUE ZÁRATA
	» SAMUEL MOLINA
	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	» ENRIQUE BAZTERRICA

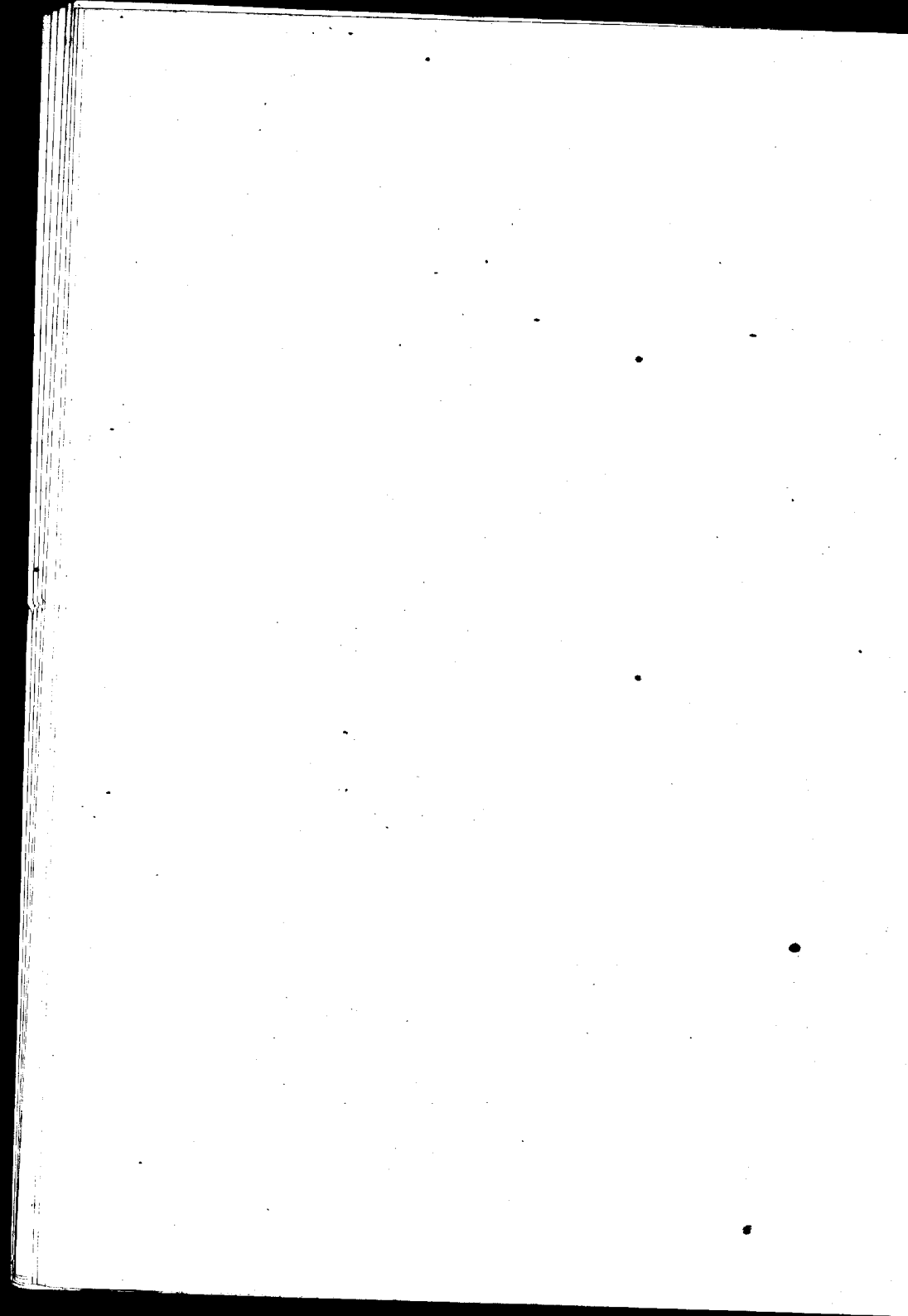


# ESCUELA DE MEDICINA

---

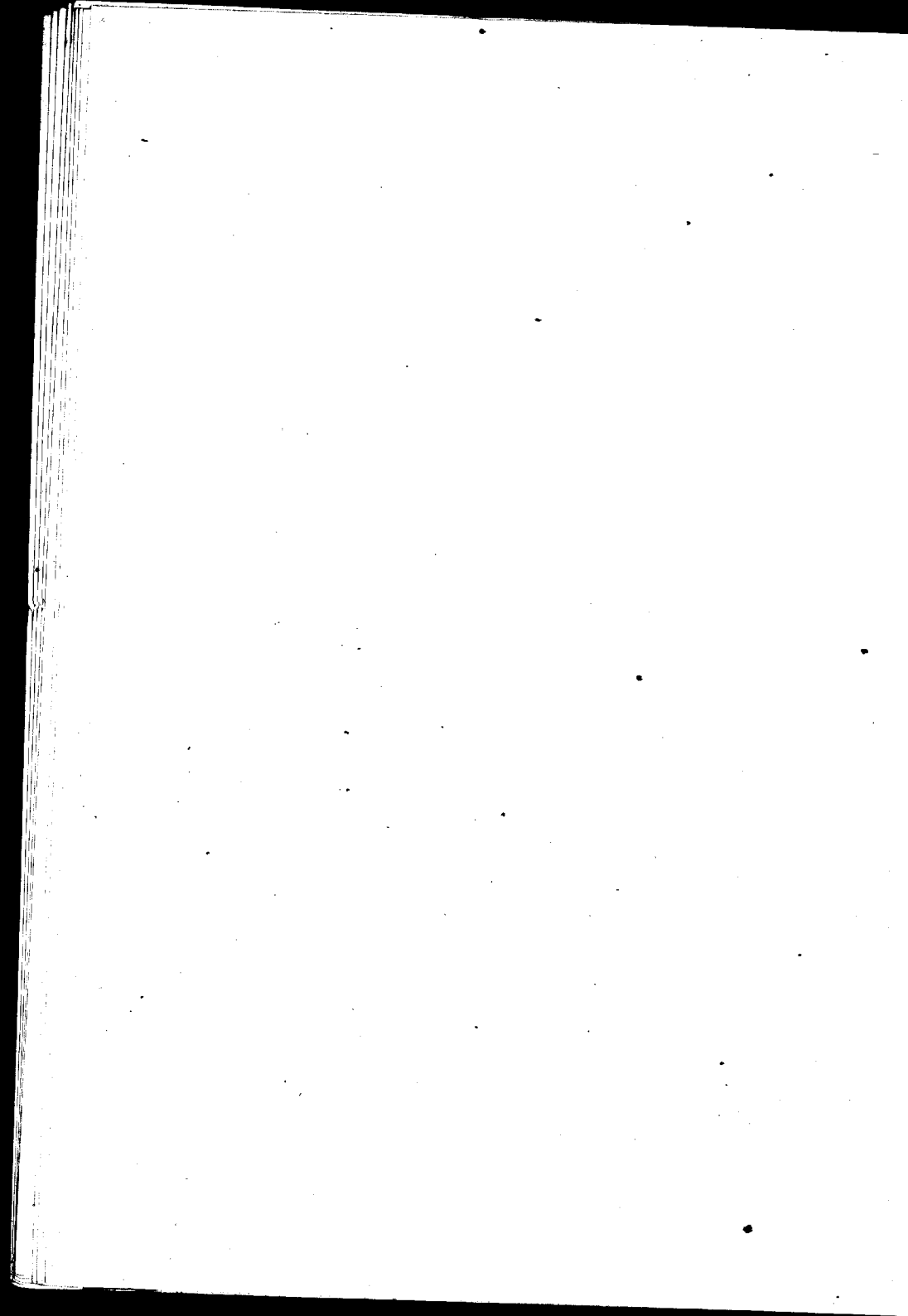
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología .....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica .....	{ » LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica .....	{ » JOSÉ BADÍA
Clínica Médica .....	{ » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	{ » PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica .....	{ » MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica .....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediátrica .....	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica .....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
Patología Interna .....	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica oto-rino-laringológica .....	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » MANUEL A. SANTAS
	{ » FRANCISCO LLOBET
	{ » MARCELINO HERRERA VEGA
	{ » RICARDO COLÓN
	{ » ELISEO V. SEGURA



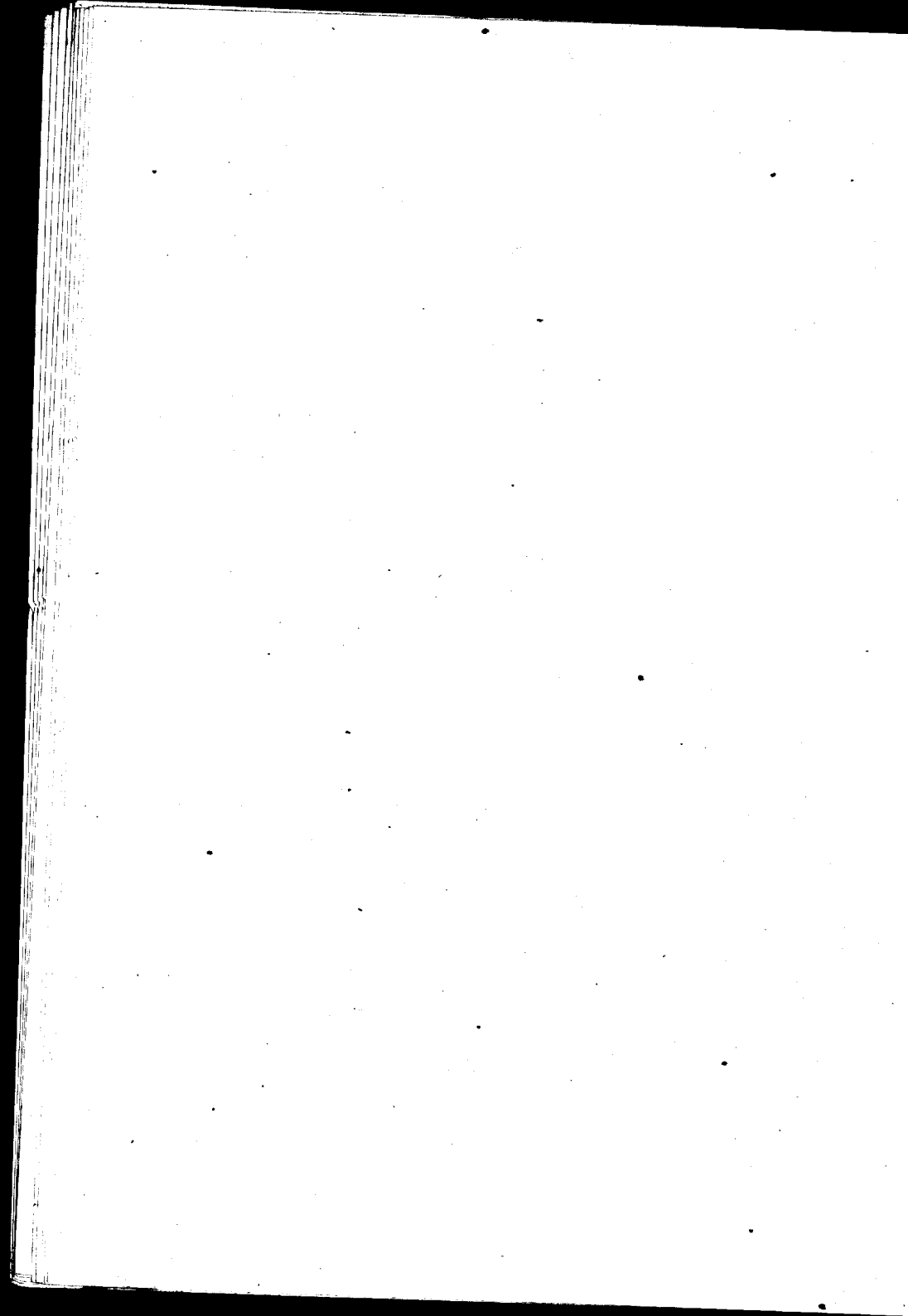
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOESSAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» ALOIS BACHMANN
Anatomía patológica.....	» GERMAN ANSCHÜTZ
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDA
» génito-urinaria.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUIN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSE MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Médica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» pediátrica.....	» CASTELFORT LUGONES
» ginecológica.....	» NICOLAS V. GRECO
» obstétrica.....	» PEDRO L. BALINA
Medicina legal.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» ENRIQUE R. DEMARIA
	» ADOLFO NOCCHI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LARAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARRIARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSE ARCK
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» VIGUEL SESSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JUAN JOSE VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO H. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWICZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO LICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUES
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. PERO
	» JOAQUIN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ



## ESCUELA DE FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada .....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía .....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada .....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas .....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica .....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicología (primer curso) .....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica .....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas .....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas .....	» RICARDO SCHATZ
<b>Asignaturas</b>	
Técnica farmacéutica .....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas .....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica .....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica .....	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica .....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica .....	» ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

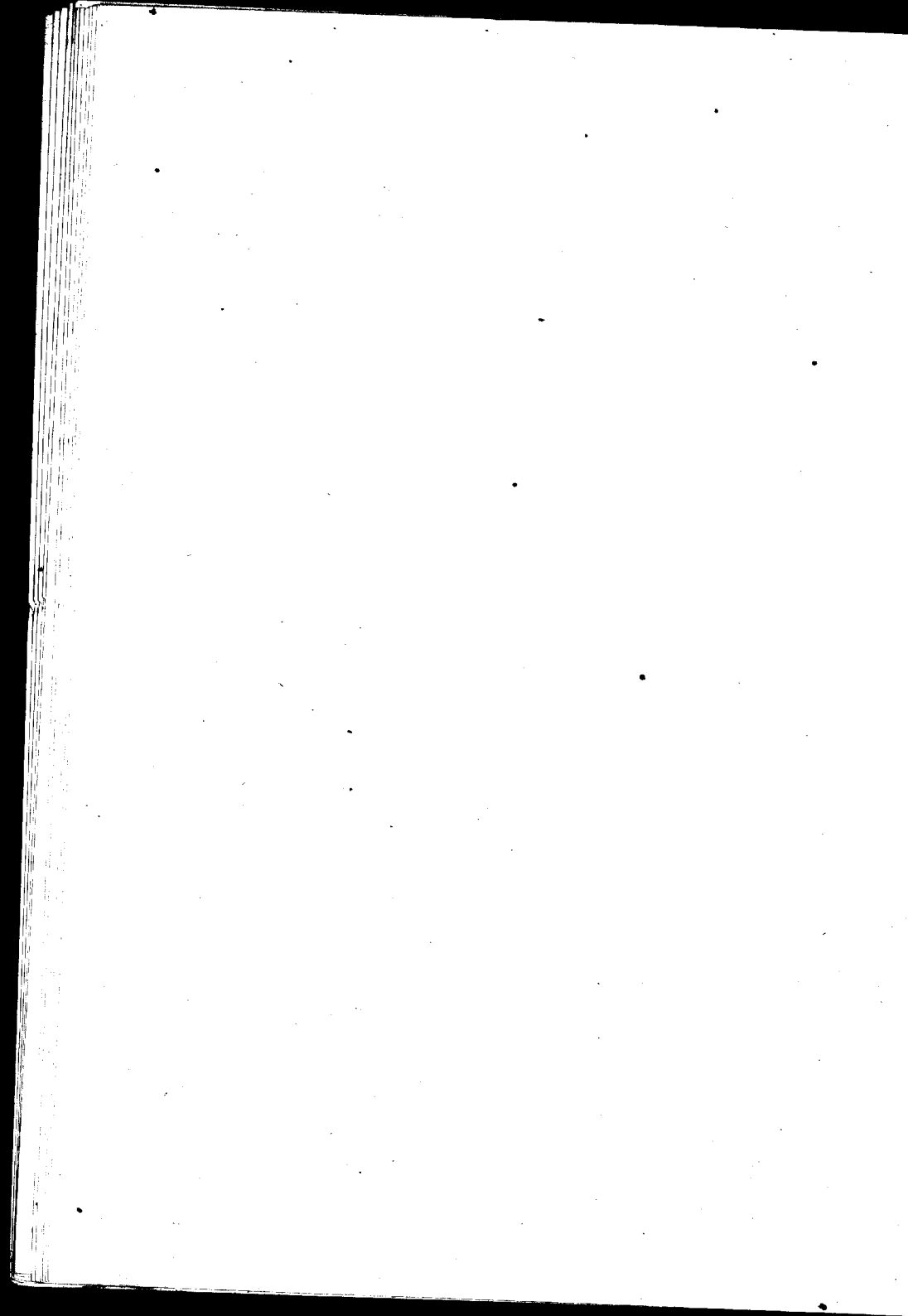
#### *Segundo año:*

Parto fisiológico ..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clinica ostétrica ..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura ..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



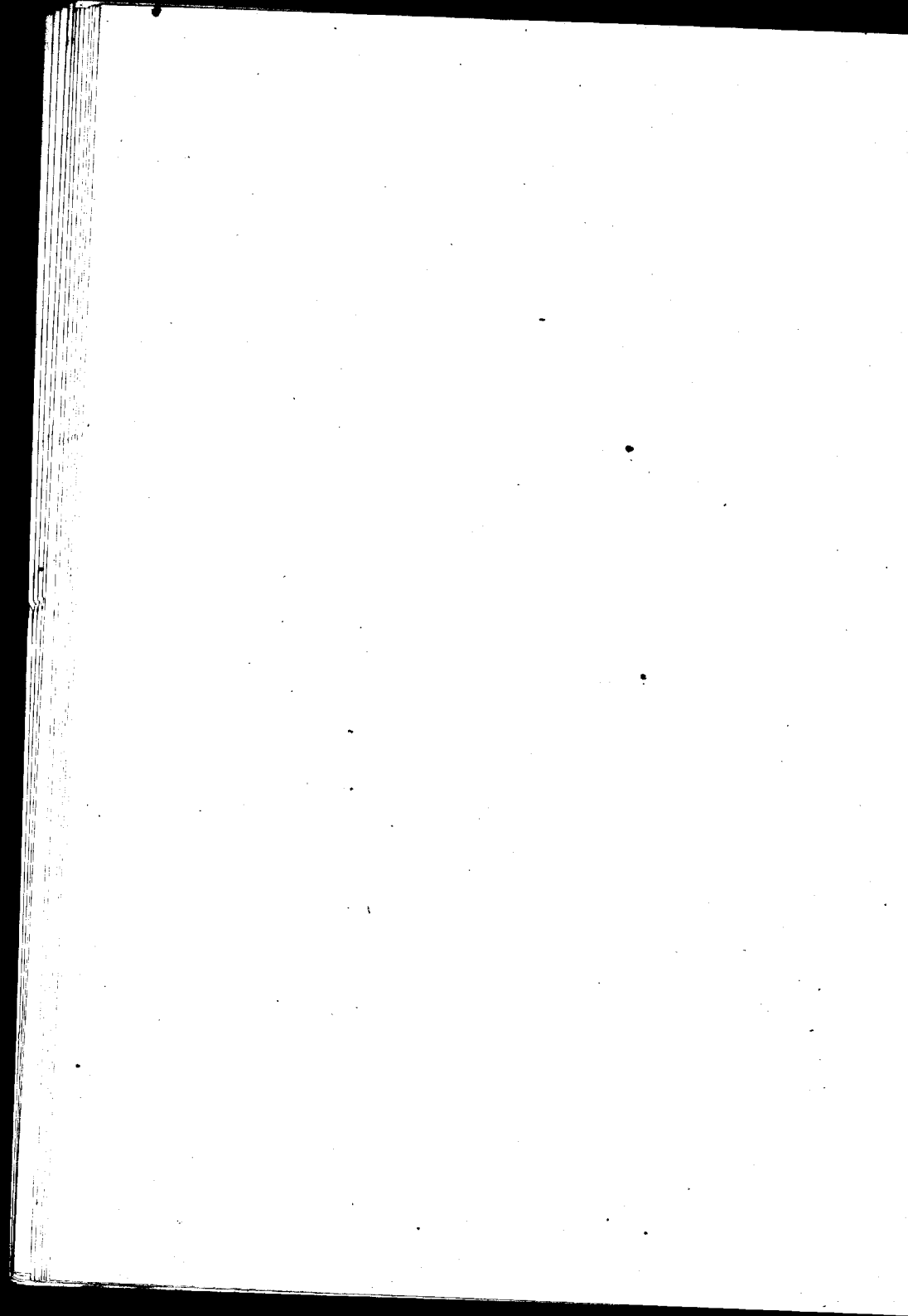
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año .....	» LEÓN PEREYRA
3 er año .....	» N. ETÇHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

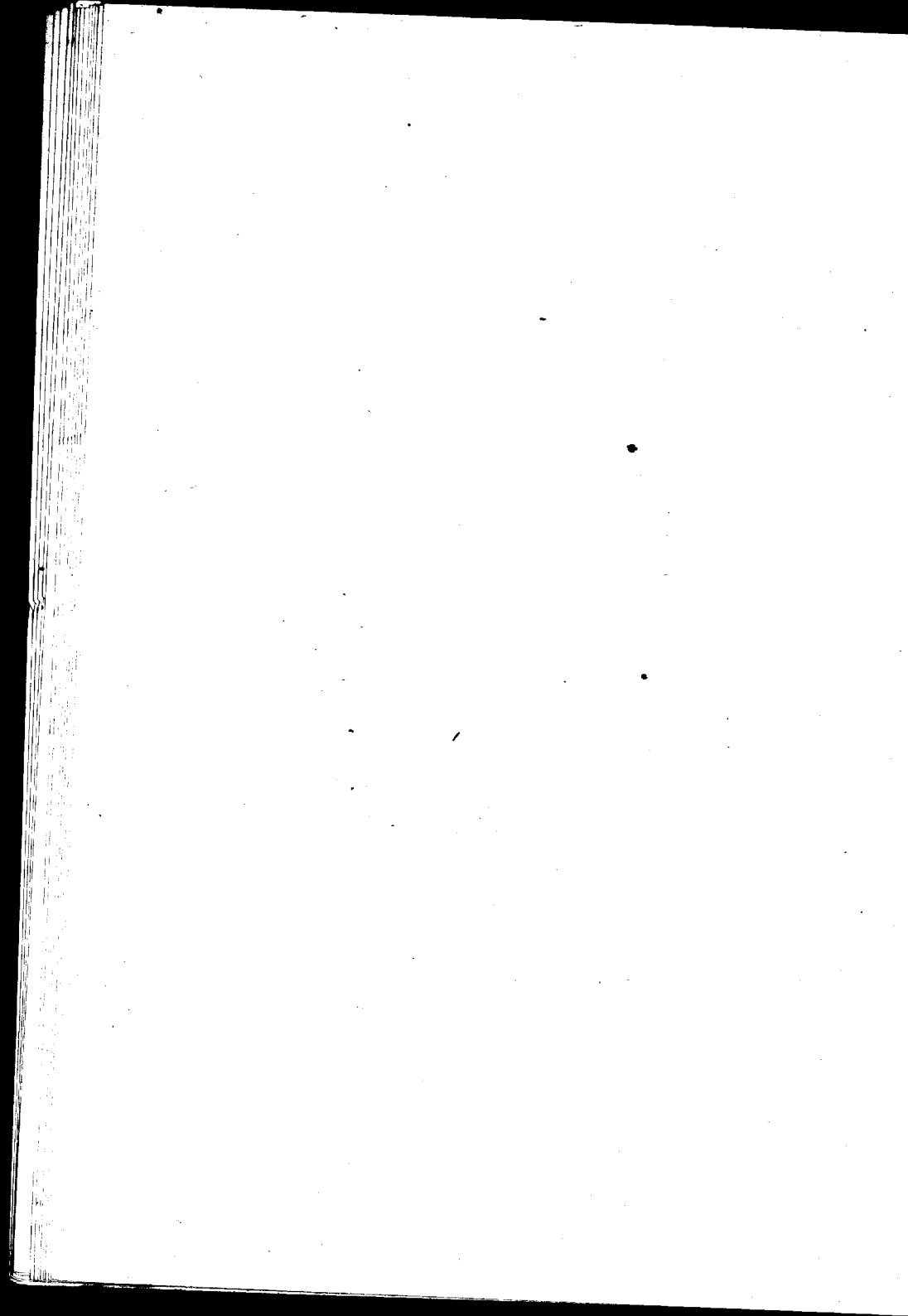
### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABANNE  
» TOMÁS S. VARELA (2º año)  
» JUAN U. CARREA (Protesis)

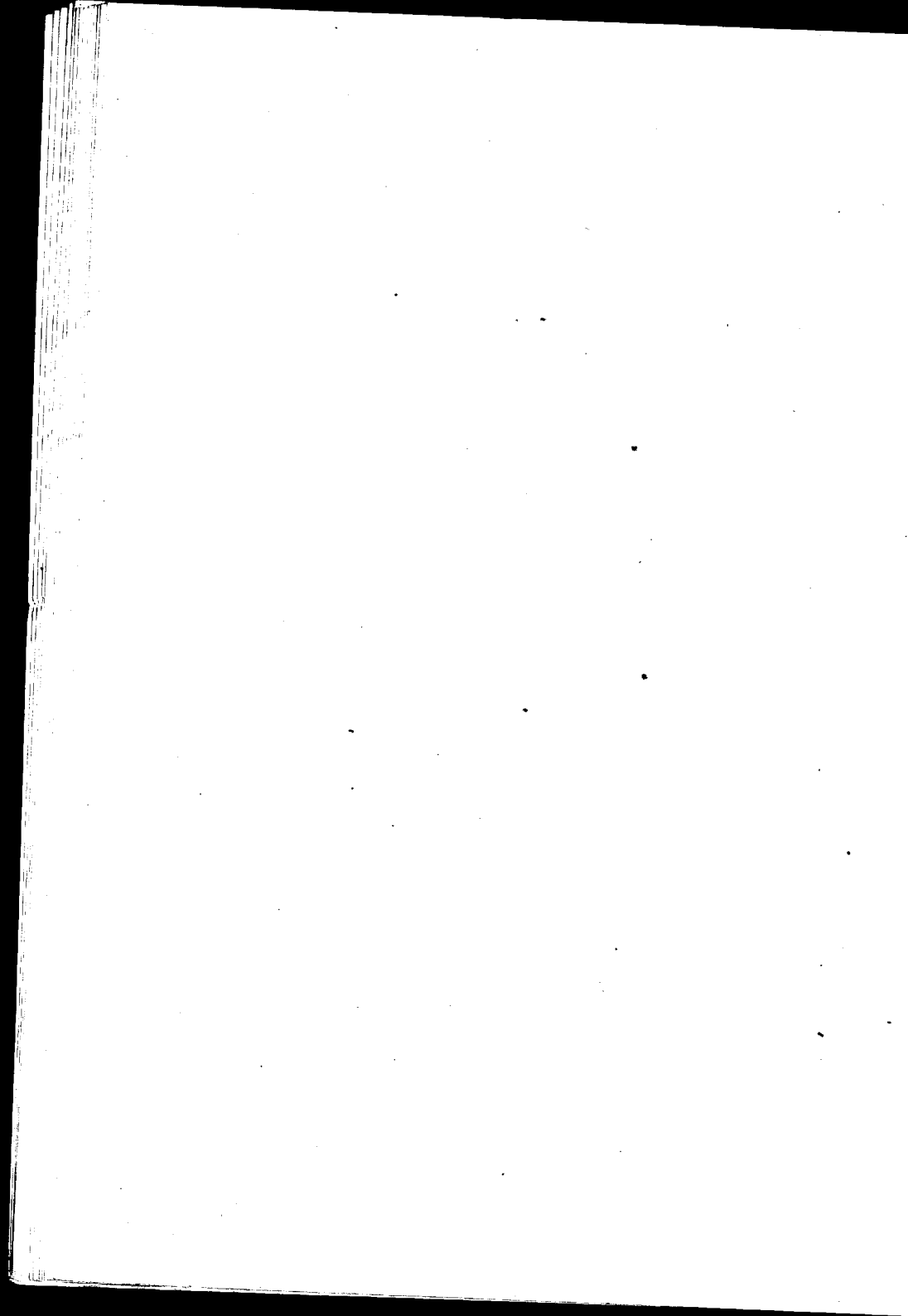


PADRINO DE TESIS :  
DOCTOR DAVID SPERONI

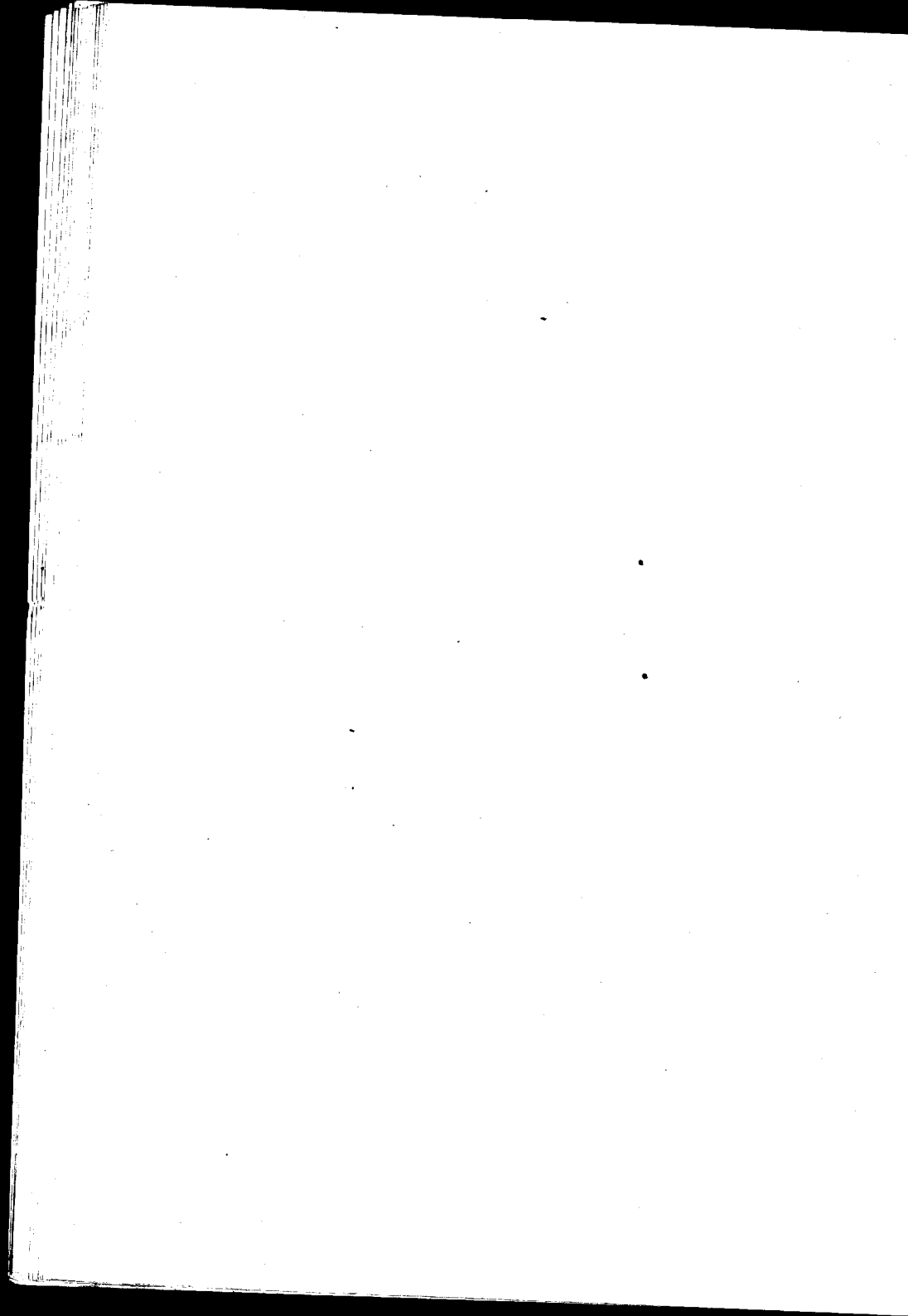
Profesor titular de Semiología



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A MIS AMIGOS

A MI AMIGO Y COLEGA DR. LUIS RESIO



A LOS DOCTORES:

JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA

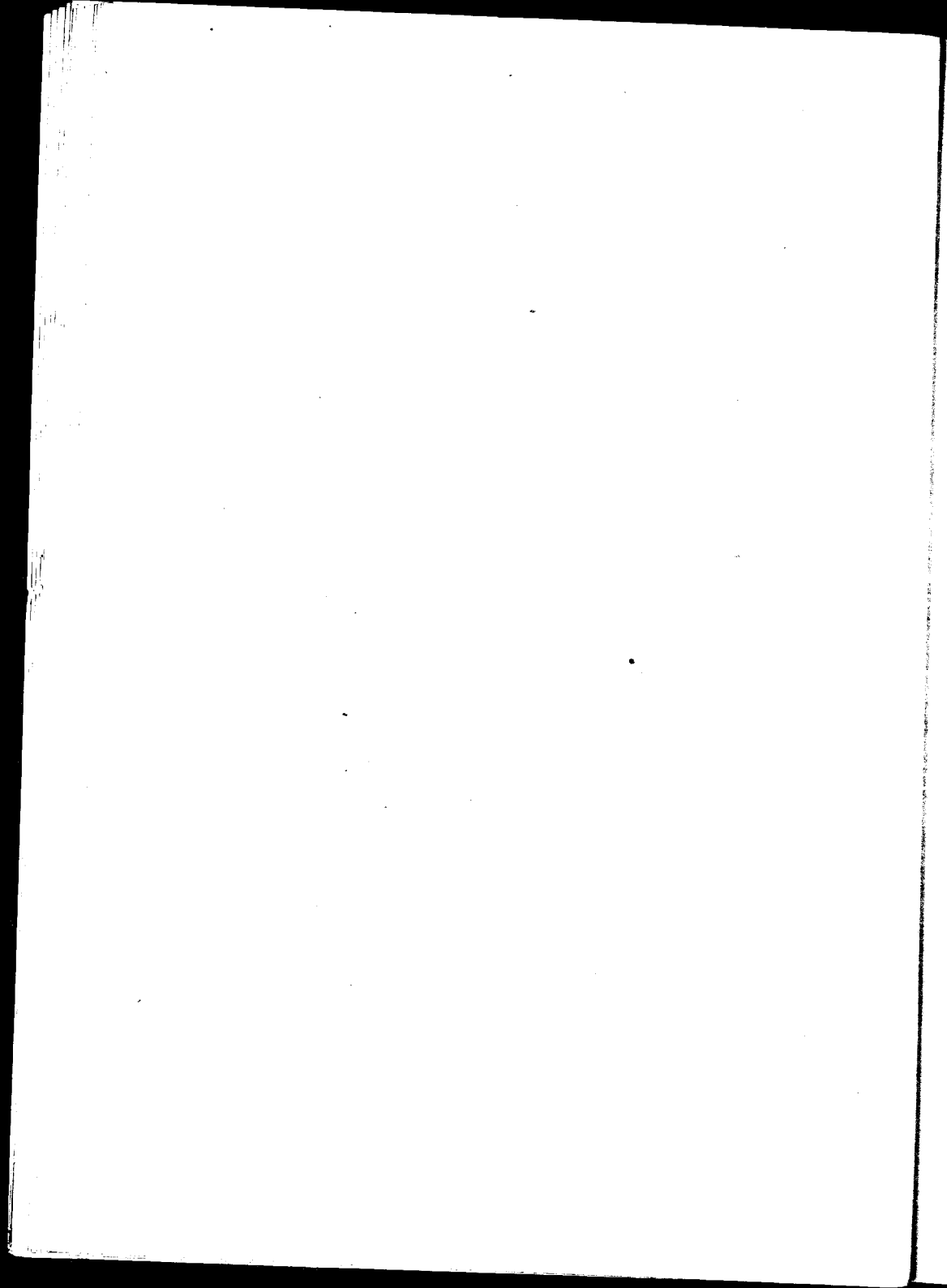
Profesor titular de Anatomía Descriptiva

Y

JUAN JOSÉ CIRIO

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra

ESPECIAL AFECTO.



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento a vuestra consideración esta tesis inaugural, para optar al honroso título de Doctor en Medicina.

En ella se han compendiado los diversos datos clínicos y anatomo patológicos referentes a los ábcesos subfrénicos, sobre cuyo particular, salvo algunas comunicaciones con presentación de casos aislados, no he encontrado ningún trabajo nacional, creyendo por lo tanto ser el primero entre nosotros que aborda el tema en conjunto, basado en el estudio de diez observaciones clínicas.

Al retirarme de la Facultad de Medicina me hago un deber en agradecer las lecciones de los maestros que la dirigen y al mismo tiempo expresar el profundo sentimiento con que me retiro de la segunda escuela, la gran casa del Hospital San

Roque, donde he aprendido a cultivar la medicina con cariño y con conciencia.

Al Profesor Dr. David Speroni, mi agradecimiento por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino de tesis.

Al Director del Hospital San Roque, Dr. Carlos Robertson Lavalle, muchas gracias por las atenciones recibidas.

A los doctores Abelardo Casás, Diógenes Decoud, Delfor Del Valle, Guillermo Bosch Arana, Gerardo Vilar, Domingo Centanaro y Pedro Ronchi, mi reconocimiento por las atenciones y consejos recibidos mientras tuve el honor de trabajar bajo su dirección como practicante.

A los médicos internos, doctores Pascual Schinelli, Natal López Cross y Alejandro Ceballos, mi sincero afecto y agradecimiento porque fueron mis guías en los difíciles casos de cirugía de urgencia.

A mis buenos amigos doctores Rufino Cossio, Antonio A. Martínez, Pedro Jáuregui, Gerardo Segura y a mi compañero de guardia señor Emilio Icasati mi mejor afecto. A mis compañeros de internado mi recuerdo cariñoso.

## Introducción

En ésta tesis consagrada al estudio de los abscesos subfrénicos, se tendrán en cuenta todas las colecciones purulentas o piogaseosas que por un punto cualquiera de su extensión se ponen en relación con la cara inferior del diafragma.

El contacto con la bóveda diafragmática se puede hacer de dos maneras: directamente o por intermedio del peritoneo. En el primer caso, el pus y las fibras musculares están en íntima relación haciéndose la colección en el tejido celular retroperitoneal, que tiene contacto directo con el diafragma; en el segundo caso el peritoneo parietal se interpone entre el pus y las fibras musculares diafragmáticas y la colección se hace en una de las sinuosidades peritoneales de la región supraumbilical del abdomen.

Tendremos así colecciones o abscesos subfré-

nicos endoperitoneales y retroperitoneales, no debiendo considerarse como tales, los que no respondan a la condición de tener contacto mediato o inmediato con la bóveda diafragmática.

Martinet que ha hecho la historia nosológica del absceso subfrénico, distingue en ella tres periodos: 1.º anatómo patológico, 2.º clínico y 3.º quirúrgico. Se estudia primero la lesión en el cadáver, se le reconoce luego en el vivo para llegar por último a su tratamiento.

*Periodo anatómo-patológico.* — Son las autopsias las que revelaron la existencia de colecciones purulentas situadas debajo del diafragma entre este y las vísceras abdominales, que les son contiguas. Si bien Thilesius en 1670 y Petit en 1753 describieron colecciones subfrénicas supra-hepáticas, Veit en 1797 fué el que describió el primer ejemplo clásico de absceso subfrénico consecutivo a un quiste hidatídico supurado de la cara convexa del hígado. Louis en 1826 habla de frecuentes hallazgos en las autopsias, de abscesos del hígado habiéndose expontáneamente bajo el diafragma, Bright describe también abscesos subfrénicos perihepáticos, siendo necesario llegar a Virchow para encontrar colecciones periesplénicas y perigástricas.

La causa más frecuente de los abscesos fué hallada en el tubo digestivo sobre todo en las per-

foraciones del estómago por úlceras simples o neoplásticas: casos de Wintrich 1854 y Eisenhor 1870. Absesos por perforación del duodeno y del colon fueron descritos por Williams en 1846 y Pühl en 1877; luego se reconocieron las inflamaciones de las vías biliares como causa de supuraciones subfrénicas (perforación de la vesícula biliar y cual colédoco por cálculos), en los casos de Husson 1835 y Joffroy 1869; y los absesos de origen cecal descritos por Collin y Eisenhor (1877). Si bien es cierto que Barlow Williams en 1845 y Eisenhor en 1877 hallan diagnosticado en vida colecciones subdiafragmáticas, la faz netamente clínica del absceso subfrénico se inicia recién en 1879 con los trabajos de Leyden, Pfühl y Cossy.

*Periodo clínico.* — Las observaciones de Pfühl y sobre todo las tres primeras de Leyden fueron las contribuyeron a ilustrar el diagnóstico de la enfermedad que él llamó pnoneumotorax subfrénico y que en su memoria de 1879 la describía como «una gran cavidad llena de pus y gas que puede invadir más o menos la cavidad torácica y dar sítomas físicos que por su vecindad y por su semejanza, son susceptibles de ser confundidas con los verdaderos neumotorax.» Leyden describió además con gran detalle la sintomatología de la afección, pero no estudió más que la forma de

a contenidos gaseosos y purulentos a la vez, de donde el nombre que le dió de pnoneumotorax.

Más tarde fueron encontrados abscesos subdiaphragmático puramente purulentos (Jaccoud) y fué necesario substituir a la denominación de Leyden, la de absceso subfrénico dada por Jaffé en 1881 el que aconsejaba agregar la denominación de gaseoso en caso de que al pus se agregue gas. En 1879 Cossy estudia los abscesos subfrénicos que tiene su origen en el tubo digestivo. Pero el gran mérito de Leyden consiste en que indicó al cirujano la vía a seguir en el tratamiento quirúrgico, el único que pudiendo responder al antiguo aforismo «ubi pus ibi evacua», fuera capaz de curar al paciente.

*Período quirúrgico.* — El Cirujano inglés Williams en 1846 refiere haber incindido un absceso subfrénico de origen cólico que hacía proeminencia bájo el arco costal derecho, pero pasaron muchos años antes que otros cirujanos se lanzaran al tratamiento operatorio de éstas colecciones purulentas.

Leyden y Wolkman en 1879 practicaban la punción evacuadora seguida de lavaje aunque sin grandes resultados, encontrando por otra parte pocos partidarios; en 1890 Beck en Nueva York y Devobe y Remond en París publicaron algunos casos de abscesos subfrénicos operados y curados.

Así se inició la faz activa o quirúrgica, multiplicándose desde entonces los casos curados por el método operatorio.

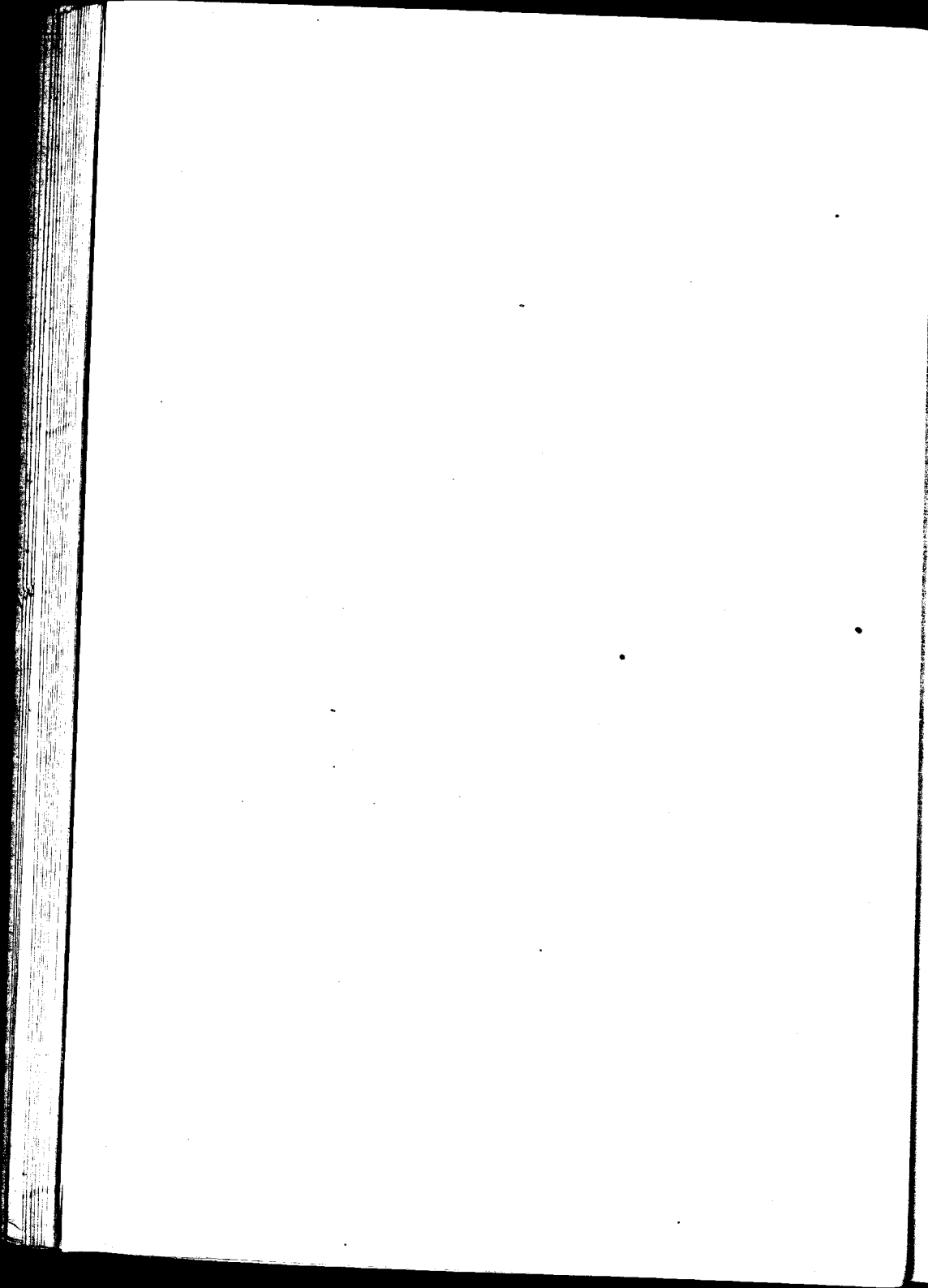
Los trabajos científicos que después de los de Leyden y Pfühl se ocuparon de los abscesos subfrénicos, son numerosos: en 1890 Maydl publicó 179 casos, Nowack 80 casos, Langh 163 casos, Korte-Gruneisen 60 casos, Perutz 208 casos. En Francia están los trabajos de Martinet, Lejars, Carnot, Catz y Kendirdyj, Piquand con una estadística de 890 casos, Guibal y Picqué; Barnard en Inglaterra y Zagari en Italia.

Entre nosotros no hemos encontrado ningún trabajo que trate del absceso subfrénico como entidad mórbida; en 1860 el Dr. Clodomiro Corvalan en su tesis sobre hepatitis aguda, cita la apertura de los abscesos del hígado en la cavidad pleural al través del diafragma, y en la cavidad abdominal, pero sin mencionar la posible formación de colecciones subdiafragmáticas. En los trabajos sobre hepatitis supurada de los doctores Alejandro Centeno (1889), Luis Agote (1893) y Ladislao Crespo (1897) se habla también de la apertura de los abscesos hepáticos en la pleura y el peritoneo, diciendo en este último caso que pueden producir peritonitis generalizadas o limitadas por adherencias que localizan el proceso, pero sin mencionar el absceso subfrénico como complicación. El

Doctor Nicolás Repetto en su tesis sobre heridas del diafragma (1894) cita a los procesos inflamatorios localizados en la cavidad abdominal debido a los gérmenes introducidos con el agente vulnérante sin referirse al absceso subfrénico; en 1910 el Dr. Bolo relata un caso de absceso subfrénico gaseoso en la *Semana Médica*. Ultimamente (1915) el Dr. Juan Jacobo Spangenberg en un trabajo sobre pionesmoquistes primitivos del hígado, habla de la diferenciación con los abscesos subfrénicos y de éstos como complicación de aquéllos, refiriendo varios casos curados con la intervención. El Doctor Alejandro Ceballos en un trabajo recientes sobre complicaciones de las úlceras gástricas y duodenales, aparecido en la *Revista de la Asociación Médica Argentina*, cita a los abscesos refiriendo algunos de sus síntomas principales.

En su evolución ésta entidad mórbida ha tomado diversas denominaciones que han sido abandonadas para dejar lugar a la de absceso subfrénico (Jaffé), hipofrénico o subdiafragmático (Nowack), que tiene la ventaja de aplicarse a cualquier absceso con tal que tenga relación con el diafragma y de ahí que se hayan dejado a un lado los nombres de: colecciones purulentas circunscriptas, perihapáticas, perigástricas, periesplénicas (Virchow), perigastritis (Albers 1844), absceso epigástrico o perigástrico (Barlow 1845, Fen-

wick 1882), timpanitis localizada (Bouchaud 1862), abceso suprahepático (Berheim 1874), perihepatitis supurada (Rigal 1874), abceso hepato-peritoneal (Fereol 1875), neumotorax falso (Cossy 1876), pionemotorax subfrénico (Leyden 1880), frenoperitonitis (Van Layr 1890), abceso peritoneal parafrénico (Mauclaire 1895), piosubfrenitis (Beck 1896).



## **Anatomía Quirúrgica**

### **I. — El Diaframa y la región subfrénica**

Al estudiar los abscesos subfrénicos es útil exponer algunas de las nociones principales de la anatomía de la región diafragmática cuyo conocimiento es indispensable no solo para el estudio clínico, sino para el estudio de los procedimientos operatorios.

El órgano que anatómicamente debe tenerse en cuenta, es el diafragma, considerado en su conformación y en sus íntimas relaciones con los órganos limítrofes. Constituido por un gran número de haces musculares que se unen para formar un músculo único en forma de bóveda que divide el torax del abdomen, el diafragma toma inserción en el contorno de la base del torax,

reuniéndose sus fibras en una región aponeurótica central o centro frénico.

Esta bóveda tienē sus inserciones posteriores más bajas que las anteriores, de donde resulta que ella es menos completa por delante que por detrás; además, no es perfectamente regular, pues tiene una porción central o centro frénico deprimida y poco movable con los movimientos respiratorios y otras dos porciones laterales de las cuales la derecha es más elevada que la izquierda, debido a la presencia del hígado.

Los haces musculares del diafragma se dividen: en haces esternales o anteriores, haces costales o laterales y haces lumbares o posteriores, que toman inserción de fuera hacia adentro, en la aponeurosis del cuadrado lumbar, en la arcada del psoas (ligamento cimbrado o costo lumbar) con haces musculares comunes, y más hacia adentro en las tres primeras vértebras lumbares con haces musculares robustos llamados pilares; éstos son dos: derecho e izquierdo, el derecho se fija en el cuerpo de la segunda y tercera vértebras lumbares, el izquierdo llega solo hasta el cuerpo de la segunda lumbar. En su parte externa se les agrega un pilar accesorio separado del pilar principal por un intersticio por donde pasan los nervios espláncnicos; fibras musculares anastomóticas que se envían mutuamente los pilares principa-

les, dividen el espacio ovalar dejado entre ellos en dos porciones u orificios: uno antero-superior, el orificio exófágico, otro postero-inferior el orificio aórtico.

El orificio aórtico no contrae adherencias con la arteria, sino que está unido por un tejido celular laxo que representa una disposición favorable para el pasaje de los elementos de la inflamación de una a otra cavidad esplácnica. El orificio exofágico y el de la vena cava inferior (situado a la derecha y adelante de aquel) están unidos más íntimamente a los órganos que dan paso, sobre todo el de la vena cava inferior que es un verdadero anillo aponeurótico.

Además de estos orificios existen en el diafragma, los llamados hiatus formados por los espacios que dejan entre si los haces musculares al insertarse en la base del torax. Entre estos hiatus, verdaderos puntos débiles diafragmáticos, tenemos: los anteriores, uno central entre los haces esternales, al través del cual el tejido subperitoneal está en contacto con el del mediastino anterior, y dos laterales entre los haces esternales y los costales: que dan paso a la arteria mamaria interna; aquí pleura y peritoneo están en contacto por medio de tejido celular subseroso. Existe después el llamado hiatus diafragmático entre los haces que se insertan en la arcada del psoas y los

que van al cuadrado lumbar, descrito por Bourqery, por Theile, por Henle y últimamente por Recamier, Tuffier y Lejars; aquí el fondo de saco pleural está en contacto con el riñón, relación de importancia desde el punto de vista patológico.

*Inervación y circulación del diafragma* — Los nervios del diafragma proceden de los seis últimos intercostales y sobre todo de los nervios frénicos ramos del plexo cervical que atraviezan la región supra clavicular, penetran en el torax, cruzando por delante la raíz del pulmón, corren entre el pericardio y la pleura mediastínica y llegan a la cara superior del diafragma en el que se distribuyen por numerosas ramificaciones. El conocimiento de los nervios frénicos es importante para el estudio de los puntos dolorosos de origen diafragmático que corresponden al trayecto del nervio, muy bien estudiado por Peter y Geuneau de Mussy.

La nutrición del diafragma está hecha por las arterias diafragmáticas superiores ramas de la mamaria interna, por las mediastínicas posteriores ramas de la aorta torácica y por las diafragmáticas inferiores ramas de la aorta abdominal; además al nivel de las inserciones costales, las redes vasculares entran en relación con las arterias intercostales. Las venas acompañan a las ar-

terías y van dar a las mamarías internas y a la vena cava.

De gran importancia para el estudio de los abcesos subfrénicos y su manera de difusión, es el conocimiento de la red linfática que pone en íntima conexión el diafragma con los órganos supra y subfrénicos. Esta red ha sido estudiada aunque imperfectamente por Sappey, y con gran detalle por Küttner y Cuneo; éstos últimos describen dos grandes redes dispuestas sobre ambas caras del diafragma, redés que pertenecen esencialmente a las serosas que lo tapizan como lo demuestra el hecho de que al nivel de las regiones diafragmáticas retroperitoneales no se haya logrado inyectar los linfáticos.

Sobre la cara abdominal hay una red linfática difícilmente inyectable dispuesta en un plano superficial en el espesor de la serosa y en otro profundo situado en la subserosa; estas redes terminan por una parte en los ganglios latero-aórticos siguiendo a la arteria diafragmática superior y por otra en ganglios diafragmáticos. En la cara torácica hay también dos planos de redes linfáticas cuya inyección es más fácilmente practicable.

Los vasos colectores se dividan en torácicos y abdominales; los torácicos se dividen en tres grupos: anteriores que van a los ganglios diafrag-

máticos anteriores al nivel del 7.º cartílago costal, medios a los ganglios periexofágicos y posteriores a los ganglios periaórticos. Los abdominales terminan en los ganglios diafragmáticos inferiores, periexofágicos, periaórticos y celiacos; además entre las redes abdominal y torácica existen numerosos vasos anastomóticos.

*Relaciones del diafragma con las vísceras torácicas.* — El diafragma por su cara torácica está en relación en la parte media con los mediastinos y los órganos que contienen, hacia afuera de ellos está cubierto por la pleura diafragmática que al reflejarse sobre la pared costal forma un surco semilunar llamado seno costo-diafragmático, en el que las dos láminas pleurales se ponen en contacto.

Durante la inspiración la lengüeta pulmonar ocupa parte del seno separando las dos hojas pleurales, pero hay una zona del seno costo diafragmático llamado espacio complementario de Merkel, que el pulmón nunca llega a ocupar. En estado patológico estos espacios pueden estar ocupados por líquidos y de virtuales hacerse reales, o por el contrario pueden desaparecer cuando adherencias inflamatorias fusionan las hojas serosas.

Para la cirugía del absceso subfrénico tiene interés el estudio de los senos costo-diafragmáticos puesto que al travez de ellos se atacan muchas

veces estos abcesos. La línea en que la pleura se refleja es poco variable y casi igual a derecha como a izquierda; se inicia por delante al nivel de la articulación del séptimo cartilago costal, desciende oblicuamente cruzando la octava, novena y décima costillas en la de las inserciones del diafragma, alcanza la undécima costilla en la línea axilar posterior (punto más declive del seno) y se dirige a cruzar la duodécima costilla confundíndose con el seno mediastinal posterior.

Como el borde inferior del pulmón a pesar de sus excursiones respiratorias, es mucho menos curvo que el límite inferior del seno, resulta que en la región en que el seno presenta mayor extensión vertical es decir entre las líneas axilares anterior y posterior, se encuentra la mayor superficie operatoria para atacar el diafragma. En el cadáver puede observarse que sobre la línea axilar posterior, el borde inferior del pulmón cruza la octava costilla, mientras que el fondo del seno costo-diafragmático cruza la undécima; existen entonces tres costillas y tres espacios intercostales, que tienen relación directa con el seno y de ahí con el diafragma, relación que aumenta cuando la bóveda diafragmática está levantada por una colección purulenta.

*Relaciones del diafragma con las vísceras abdominales.* — Es en el abdomen superior, es decir

el que está por arriba del colón transversal y de su mesocolon, donde están contenidos diversos órganos extra e intraperitoneales que tienen relación con el diafragma; es lo que podría llamarse región subfrénica. Los órganos de esta cavidad están casi todos envueltos por el peritoneo el cual los tapiza siguiendo las anfractuosidades de esta región, circunscribiendo los espacios subfrénicos que en mayor o menor extensión están en relación con la bóveda diafragmática.

Las vísceras que tienen mayor relación con el diafragma son: el hígado que ocupa la mitad derecha y parte de la mitad izquierda de la región subdiafragmática, separadas una de otra por el ligamento falciforme; después el estómago por su gran tuberosidad y el bazo que ocupan el resto de la mitad izquierda. Ahora si se saca la masa de los tres órganos anteriormente citados, se ve que en la parte dorsal del diafragma desprovista de peritoneo parietal, están aplicados el páncreas, el duodeno y los riñones con sus cápsulas suprarrenales; de modo que todos los órganos situados por sobre el mesocolon transversal tienen relaciones directas con el diafragma en mayor o menor extensión.

*El peritoneo de la región supra-umbilical.* — El peritoneo de esta región envolviendo más o menos completamente las vísceras en ella contenidas, les

forma ligamentos y tapiza cavidades cuyo conocimiento tiene un interés particular para el estudio de las peritonitis parciales y de las colecciones subfrénicas.

Partiendo del ombligo el peritoneo parietal, se dirige hacia el diafragma y encuentra el vestigio de la vena umbilical a la cual reviste formando un pliegue de forma triangular que se continúa por arriba del hígado, para formar el ligamento suspenso o falciforme. Las dos hojas serosas de este ligamento se separan a derecha e izquierda para cubrir la bóveda diafragmática, continuándose después con el peritoneo parietal de los flancos.

Al nivel del borde posterior del hígado, la serosa abandona el diafragma para revestir la cara convexa de la glándula y formar así la hoja superior del ligamento coronario, que está dividido en dos por la presencia del ligamento falciforme. En cada una de estas partes Catz y Kendirdyj han descripto puntos débiles que según ellos explicarían la propagación de las colecciones purulentas de las regiones endoperitoneales a las retroperitoneales y viceversa.

Después de rodear el borde anterior al hígado, la serosa tapiza su cara inferior con los órganos a ella adyacentes y en los extremos del hígado forma los ligamentos triangulares derecho e izquierdo

que no son sino las extremidades del ligamento coronario. Llegado el peritoneo al borde posterior del hígado, forma la hoja inferior del ligamento coronario que se encuentra a cierta distancia de la hoja superior y luego se refleja sobre la porción vertical del diafragma revistiendo la vena cava inferior, la primera mitad del duodeno y el tercio superior de la cara anterior del riñón derecho con su cápsula suprarenal, órgano que por su cara posterior desprovista de serosa tienen relaciones directas con las fibras musculares del diafragma.

Por otra parte, las dos hojas del ligamento coronario distanciadas una de otra, circunscriben en el borde posterior del hígado un espacio losángico que tiene también contacto directo con el diafragma y el tejido celular retroperitoneal, de ahí que una colección hepática pueda difundirse en el espacio retroperitoneal sin lesionar el peritoneo.

Ahora de la porción descendente del duodeno y del tercio superior del riñón, el peritoneo se dirige hacia el colon transversal para formar la hoja superior de la porción derecha de su mesocolón y llegando al ángulo hepático del colon envía a la pared abdominal diafragmática un repliegue que es el ligamento freno-cólico derecho. En la parte media de la cara inferior del hígado la serosa

encontrando al hilio se dirige hacia abajo a la curvadura menor del estómago, cubriendo los órganos del pedículo hepático y formando la hoja anterior del epiplon gastro-hepático, hoja que rodeando al canal colédoco, arteria hepática y vena porta forma un borde libre que limita por delante al hiatus de Winslow, el cual por detrás está limitado por la vena cava inferior, arriba por el hilio del hígado y abajo por la iniciación del duodeno, y que sirve de entrada a la retrocavidad de los epiplones.

Desde la pequeña curvadura del estómago el peritoneo desciende cubriendo su cara anterior, llega a la gran curvadura y se desprende de ella bajando hasta el pubis para reflejarse luego llegando al colon transversal y formar la hoja externa anterior y posterior del gran epiplon o gastro-cólico; cubre después la cara inferior del colon transversal y se dirige la pared abdominal posterior formando la hoja inferior de su mesocolon.

El peritoneo de la cara anterior del estómago, cubre después la gran tuberosidad del mismo encontrando la arteria gastro epiploica izquierda y los vasos cortos, se dirige luego al hilio del bazo constituyendo la hoja anterior del epiplon-esplénico, cubre al órgano en todas sus caras y llegando de nuevo al hilio por la parte posterior, encuentra a la arteria esplénica formando la hoja posterior

del epiplon pancreático esplénico; además el polo inferior del bazo se aloja en una producción peritoneal; que es el ligamento freno-cólico izquierdo o sustentaculum-lienis, que del ángulo esplénico del colon va al peritoneo diafragmático vecino.

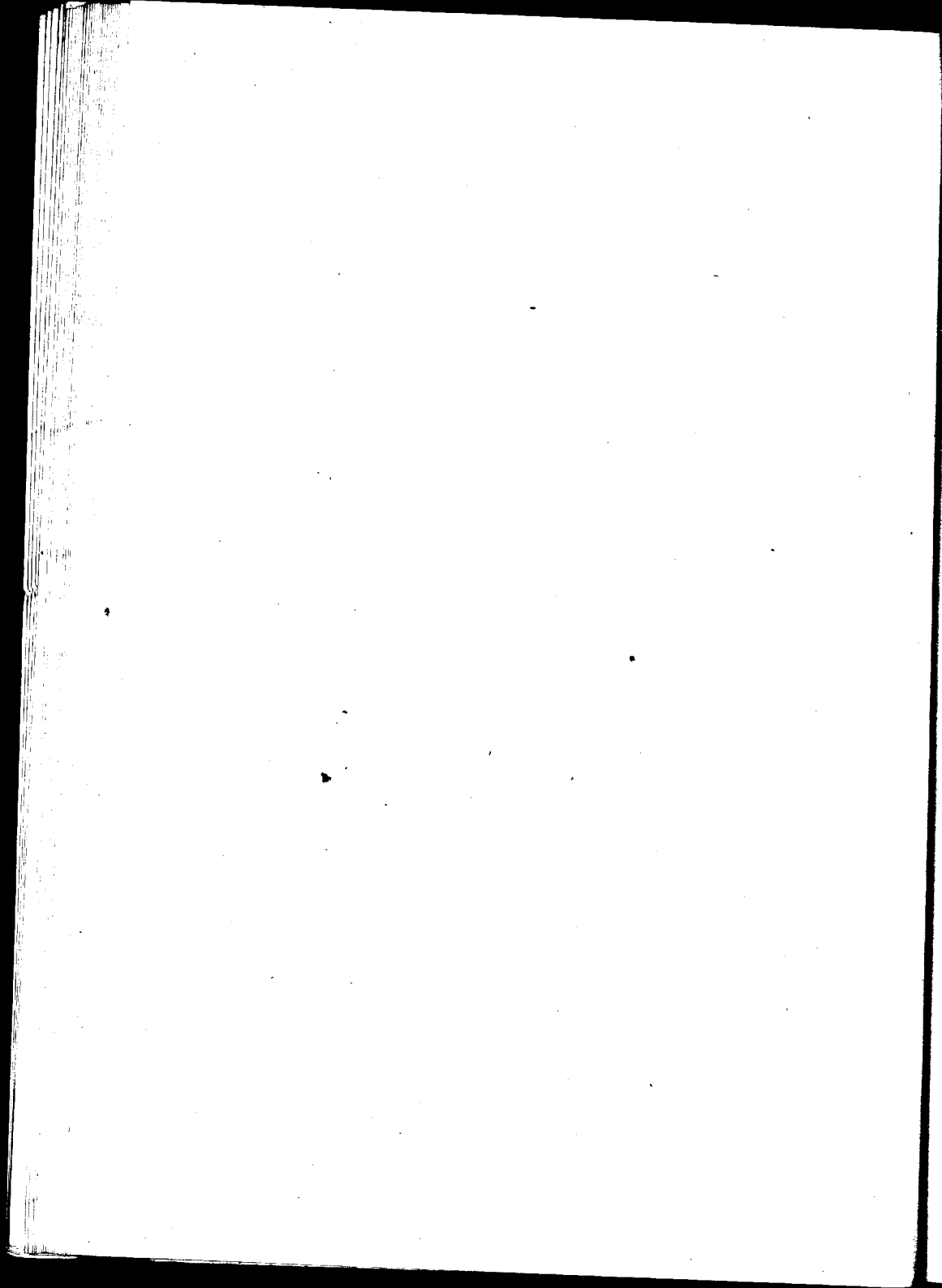
Daremos ahora algunos datos respecto de la disposición del peritoneo en la retrocavidad de los epiplones. Partiendo del borde posterior del hiatus de Winslow al nivel de la vena cava inferior, tapiza la pared abdominal posterior en la región celiaca y los órganos que contiene: (plexo solar, ganglios seminulares, nervios espláncicos, arteria aorta y pilares diafragmáticos); más hacia abajo el páncreas y parte del riñón izquierdo. Sigue después por delante de la arteria esplénica y llega al hilio del bazo, formando la hoja anterior del epiplon pancreático-esplénico, se refleja pasando por detrás de los vasos cortos y de la arteria gastroepiploica izquierda para constituir la hoja posterior del epiplon gastro esplénico, llega a la cara posterior del estómago que tapiza y forma la hoja posterior del epiplon gastro hepático llegando así al límite anterior del hiatus de Winslow.

Tomado el peritoneo en la cara posterior del estómago y siguiéndolo hacia abajo se lo vé formar la hoja interna anterior y posterior del gran epiplon que después de llegar al pubis y reflejarse cubriendo las caras anterior y superior del colón

transverso forma la hoja superior de su mesocolón y llega a la pared posterior del abdomen donde cubre al pancreas, duodeno y riñón izquierdo y más hacia arriba el lóbulo de Spiegel y el diafragma.

La disposición anatómica del peritoneo del abdomen superior al tapizar los órganos en él contenido, vemos que se caracteriza por la formación de divertículos, celdas o espacios en su mayoría relacionados con la bóveda diafragmática, de donde el nombre de subfrénicos, y que si normalmente son virtuales, pueden hacerse reales en estado patológico.

---



## II. — Los espacios subfrénicos

No todos los autores están de acuerdo cuando se trata de hacer una clasificación de los espacios subfrénicos; unos los consideran desde el punto de vista anotomo-quirúrgico, según el examen del cadáver normal, y otros bajo el anotomo patológico basándose en la modificación de las relaciones anatómicas por las colecciones purulentas.

Estos espacios o celdas no son solo regiones anatómicas que existen normalmente sino que son también producto de lesiones patológicas; normalmente son divertículos parcialmente limitados por el peritoneo y sus epiplones, y para que se forme la verdadera cavidad es necesario que un proceso inflamatorio dé lugar a la formación de adherencias entre una y otra víscera o entre éstas y la pared abdominal, de modo que se cierren

las comunicaciones de estos espacios entre sí y con la gran cavidad peritoneal.

Hadra en 1894 dividía los espacios subfrénicos en tres grupos :

1.º Espacio perihepático derecho, limitado hacia arriba y a la derecha por el diafragma, hacia abajo por la parte derecha del mesocolón transversal y el ligamento freno-cólico, a la izquierda por el ligamento falciforme y epiplon gastro-hepático.

2.º Espacio subdiafragmático situado a la izquierda del ligamento falciforme y de la gran curvatura del estómago, por debajo del diafragma y por arriba del colon transversal, bazo y ligamento freno-cólico izquierdo.

3.º Retro cavidad de los epiplones cuyas relaciones normales con el diafragma son evidentes.

Martinet al lado de los espacios subfrénicos endoperitoneales describe los retroperitoneales, correspondientes a la parte alta de la celda perinefrítica, al borde posterior del hígado (extraperitoneal), a la región peripancreática y al tejido celular retrocólico, puesto que una colección purulenta que ocupa alguna de esas regiones tiene amplias relaciones con las fibras musculares del diafragma que están situadas por detrás de una línea transversal que pase al nivel del orificio de la vena cava inferior. Hace la siguiente división : Espacios subfrénicos endoperitoneales.

- 1.— Espacio interhepatodiafragmático derecho.
- 2.—Espacio interhepatodiafragmático izquierdo.
- 3.—Espacio peri-esplénico.
- 4.—Espacio retro-estomacal o retro-cavidad de los epiplones.
- 5.—Espacio interhepato-estomacal.

Espacios subfrénicos retroperitoneales.

Dieulafoy llama gastro-esplénico al espacio llamado peri-esplénico por Martinet, y agrega un espacio gastro subhepático limitado hacia arriba por la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, hacia abajo por la cara anterior del estómago, a derecha por el hilio del hígado, atrás por el epiplon gastro-hepático y a la izquierda y adelante por las adherencias entre el borde anterior del hígado y la cara anterior del estómago, y que no sería sino el espacio que Martinet llama interhepatoestomacal.

Para Lejars la región subfrénica está representada por una vasta zona que tiene por techo la bóveda diafragmática, por paredes laterales las costillas inferiores y el epigastrio y que hacia abajo se continua libremente con el resto del abdomen; el hígado, el bazo, el estómago, el duodeno, el pancreas la ocupan casi completamente y la situación respectiva de estas vísceras y de los ligamentos que las suspenden y las ligan entre sí, da lugar a una serie de espacios que se cerrarían

más o menos completamente en estado patológico, por medio de adherencias. Estos espacios son:

1.º Espacio interhepatodiafragmático derecho, limitado a la izquierda por el ligamento falciforme.

2.º Espacio interhepatodiafragmático izquierdo, limitado a la derecha por el ligamento falciforme, entre la mitad izquierda del diafragma, el lóbulo izquierdo del hígado y una porción variable de la cara anterior del estómago.

3.º Espacio periesplénico limitado hacia adentro por la gran tuberosidad gástrica y el pancreas, hacia afuera por el diafragma y las costillas, hacia arriba por el lóbulo izquierdo del hígado y el diafragma, y hacia abajo por el ángulo izquierdo del colon con el ligamento freno-cólico correspondiente.

4.º Espacio retroestomacal o retrocavidad de los epiplones.

5.º Espacio celular subperitoneal que se continúa con la zona perinefrítica hasta las fosas ilíacas y la pelvis, zona celular preparada para conducir las infecciones ascendentes y formar las colecciones subfrénicas de tipo retroperitoneal.

Carnot hace una clasificación semejante a la de Lejars en la siguiente forma:

1.º Espacio freno-hepático derecho entre el diafragma y el lóbulo derecho del hígado, limitado a la izquierda por el ligamento falciforme, atrás

por el ligamento coronario, a la derecha por el ligamento triangular y ampliamente abierta hacia adelante.

2.º Espacio freno-hepático izquierdo entre el diafragma y el lóbulo izquierdo del hígado, limitado hacia atrás por el ligamento coronario, a derecha por el falciforme y a izquierda por el ligamento triangular correspondiente.

3.º Espacio freno-gastroesplénico entre el diafragma, la extremidad izquierda del hígado, la tuberosidad mayor del estómago y el bazo.

Ahora por debajo del hígado separados uno de otro por el epiplon gastro hepático describe:

4.º Espacio gastro hepático anterior o sub-hepático contiguo a la vesícula biliar, al píloro y a la cara anterior del estómago.

5.º Espacio gastro hepático posterior o retrocaudad de los epiplones.

Guibal de acuerdo con la mayoría de los autores divide los espacios subfrénicos de la manera siguiente:

1.º Espacios endoperitoneales:

a) Espacio superior derecho o interhepatofrénico (1).

b) Espacio superior izquierdo o interhepatogastroesplenofrénico subdividido en:

    Espacio medio o interhepatogastrofrénico (2)

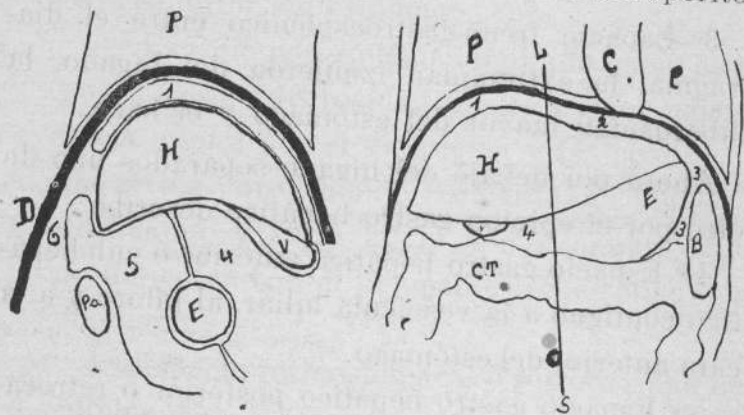
Espacio izquierdo o intergastroesplenofrénico (3).

c) Espacio inferior subhepático o interhepatogastrocolofrénico (4).

d) Espacio posterior retrogástrico o intergastroesplenopancreáticofrénico (5).

2.º Espacios retroperitoneales (6).

Piquand refiriéndose a los abscesos endoperito-



**Espacios subfrénicos (Guibal)**

P. Pulmones. — H. Hígado — C. Corazón. — V. Vesícula biliar. — E. Estómago  
— B. Bazo. — Pa. Páncreas. — C. T. Colon transversal. — D. Diafragma. — L. S.  
Ligamento suspensor o falciforme.

neales dice que el peritoneo de la región subfrénica, está dividido en cuatro espacios por los ligamentos que unen el hígado al diafragma: el ligamento coronario prolongado de cada lado por el ligamento triangular correspondiente divide el gran espacio subfrénico en otros dos espacios, el uno antero superior y el otro postero inferior; el espacio antero superior está a su vez dividido por

el ligamento falciforme en dos partes, una derecha y otra izquierda. El espacio postero inferior está también dividido en dos porciones por una especie de tabique colocado en sentido sagital, formado por los órganos que rodean el hiatus de Winslow; así distingue los siguientes abscesos:

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

Los primeros son los del espacio frenohepático derecho, los segundos, los del espacio subhepático llamado gastrohepático anterior por Carnot o gastrosubhepático por Dieulafoy, los terceros son los del espacio frenohepático izquierdo y del frenogastro esplénico, y los últimos son los de la retrocavidad de los epiplones.

Piqué haciendo una clasificación puramente anatómica y de acuerdo con Leyden y Maydl considera como espacios subfrénicos solo aquellos que tienen amplias relaciones con el diafragma, y los divide así:

- 1.º Espacio hepatofrénico o derecho.
- 2.º Espacio hepatogastrofrénico o izquierdo.
- 3.º Espacio periesplénico.

Sabemos que los espacios subfrénicos son anatómicamente cavidades abiertas que comunican entre sí y con la cavidad peritoneal, que no se

transforman en espacios cerrados sino con la formación de adherencias inflamatorias y de virtuales se hacen reales cuando sus paredes son separadas por los procesos patológicos adquiriendo una forma y capacidad representada por lo que en ellos puede estar contenido.

Catz y Kendirdyj llenando algunos de estos espacios con pasta de yeso han tratado de estudiar su forma y dimensiones; del espacio freno-hepático derecho han obtenido una masa esférica cuya cara externa convexa lleva las impresiones costales y su cara interna cóncava y lisa representa la cara convexa del hígado. El borde externo termina gradualmente de modo que las caras superior e inferior se unen siguiendo una línea curva, el borde interno está representado por una superficie triangular debida al ligamento falciforme.

El modelado en yeso del espacio izquierdo es más pequeño; su cara interna irregular corresponde al estómago, al hígado y al bazo, los bordes interno y externo son parecidos a los del modelo derecho es decir un borde interno triangular y un borde externo linear. Catz y Kendirdyj han obtenido también el modelado en yeso de la retrocavidad de los epiplones y especialmente del divertículo esplénico que es el verdaderamente importante de los tres que ellos han descripto en este espacio, por sus relaciones con el diafrag-

ma y mediante él con la pared torácica al nivel de la undécima costilla izquierda, relación de gran interés desde el punto de vista operatorio, puesto que reseca esa costilla sobre la línea axilar posterior e incindiendo las fibras carnosas del diafragma, aquellos autores han caído sobre el yeso que llenaba la retrocavidad.

Si esto pasa en una preparación artificial, sucederá también cuando el pus invadiendo el divertículo esplénico, separa el bazo, levanta el diafragma y toma todos los caracteres de un absceso subfrénico.

Si bien los autores aceptan como espacios subfrénicos a las diversas regiones ya descritas como teniendo relación con el diafragma, no todos están de acuerdo en considerar como tal al espacio subhepático. Leyden y Maydl no admitían como subfrénicos los abscesos desarrollados en el espacio subhepático, lo mismo que Picqué, sin embargo este espacio aunque en menor proporción que los demás, tiene relaciones anatómicas normales con el diafragma al nivel de su pared posterior junto al ligamento coronario; en efecto, cuando una colección subhepática rechaza el hígado hacia arriba y hacia atrás y que se establecen adherencias inflamatorias entre la pared abdominal y colón transversos, el pus baña en gran parte al diafragma en su parte anterior. Este es-

pacio está limitado hacia arriba por la cara inferior del hígado y las hojas inferiores de los ligamentos coronarios y triangular, hacia abajo por el colón transverso y su mesocolón, hacia atrás por la porción perpendicular del diafragma, hacia afuera comunica por una parte con el espacio superior, y por otra con el surco parieto cólico derecho, hacia adentro por los órganos que limitan el hiatus de Winslow y hacia adelante está ampliamente abierto a la gran cavidad peritoneal esperando que límites patológicos representados por adherencias, formen una verdadera cavidad.

La superficie de este espacio es irregular y está comprendida entre órganos en parte macizos y en parte huecos por lo cual su capacidad y forma es variable, y de ahí que Catz y Kendiridj no hayan intentado obtener moldes en yeso.

Respecto a los espacios retroperitoneales diremos que no son cavidades o espacios virtuales como los endoperitoneales sino que están llenados por un tejido célula adiposo en el cual pueden formarse y propagarse las colecciones purulentas, en relación con las fibras musculares diafragmáticas y constituirse un absceso subfrénico.

Esta región retroperitoneal, está dividida por el ligamento coronario del hígado en una zona supra coronaria y otra infracoronaria; la primera tiene poco tejido célula adiposo pues el peritoneo está

directamente aplicado al diafragma y los abscesos raramente se desarrollan en ella. La segunda, muy abundante en tejido celular adiposo, está más frecuentemente ocupado por abscesos subdiafragmáticos de origen pancreático, renal y apendicular; Piquand la ha llamado también lumbo-frénica por las relaciones directas con la mitad posterior del diafragma, al nivel del hiatus diafragmático o costó lumbar de Henle, por medio del cual está en relación con la pleura, lo que explica la frecuencia de la participación torácica en los abscesos subfrénicos retroperitoneales.

Por medio del orificio aórtico comunicaría con el mediastino, en cambio la comunicación a través de los orificios exofágico y de la vena cava inferior sería más difícil por las adherencias de esas vísceras a las fibras musculares del diafragma. El tejido celular retroperitoneal subfrénico, se continua con el tejido celular peripancreático, perirenal y retrocólico, pues inyecciones coloreadas hechas en el tejido celular pericecal, llegan hasta el diafragma como lo han demostrado las experiencias de Cavaillon y Catz y Kendirdyj.

Los espacios subfrénicos endoperitoneales tienen relaciones directas e indirectas con las vísceras y con las paredes del torax y del abdomen; estas últimas han sido determinadas con precisión por Catz y Kendirdyj con el estudio de las pro-



yecciones de sus modelos de yeso sobre la pared toraco-abdominal.

*Relacione scon los órganos.* —El espacio subfrénico derecho corresponde en su mayor extensión a la cara convexa del lóbulo del hígado y al fondo de la vesícula biliar; relaciones indirectas tiene con el ángulo del colón, el surco parieto-cólico derecho y por su intermedio con el ciego y el apéndice. Por medio del diafragma está en relación con el fondo de saco pleural y la base del pulmón derecho.

El espacio subfrénico medio, está relacionado con todo el lóbulo izquierdo del hígado y gran parte de la cara anterior del estómago, pero comunica ampliamente con el espacio izquierdo y el antegástrico o interhepatoestomacal de Martinet. Por intermedio del centro frénico está en relación con el pericardio y el ventrículo derecho.

El espacio subfrénico izquierdo está ocupado por la gran tuberosidad gástrica, en relación con el bazo, la cola del páncreas y surco parieto-cólico izquierdo; la bóveda diafragmática lo separa de la pleura y el pulmón izquierdo. El espacio subhepático tiene relaciones con la cara inferior del hígado, las vías biliares, primera porción del duodeno, ángulo derecho del colón y surco parieto-cólico derecho y por intermedio de éste con el ciego y apéndice.

El espacio retrogástrico o retrocavidad de los epiplones tiene relaciones directas con el lóbulo de Spiegel, cara posterior del estómago, cuerpo del páncreas y cara interna del bazo.

*Relaciones con la pared toraco-abdominal.*—Estas relaciones son de poca importancia respecto de las paredes abdominales anteriores puesto que en estado normal los espacios subfrénicos tienen poco contacto con ellas; en cambio al estado patológico cuando se forman adherencias, esta relación puede ser más evidente. El único espacio que tiene relaciones con las paredes abdominales anteriores es el subfrénico medio por intermedio del espacio antegástrico.

De mayor interés son las relaciones con las paredes torácicas por intermedio del diafragma, sobre todo con los fondos de saco pleurales, con los espacios intercostales y con las costillas.

Los puntos culminantes de la bóveda diafragmática, quinto espacio intercostal a la derecha y sexto a la izquierda, corresponden a los espacios subfrénicos derecho e izquierdo. La relación de estos espacios con el seno costo diafragmático correspondiente, comienza en el punto en que el seno pléurico cruza la undécima costilla, punto colocado a once centímetros de la línea mediana vertebral.

Ahora como el borde posterior del hígado y el

polo inferior del bazo corresponden a la undécima costilla, se deduce que para entrar a los espacios subfrénico derecho e izquierdo, habrá que atravesar el seno pleural costo diafragmático por arriba de aquella costilla.

El espacio subhepático tiene relaciones con el diafragma y la pared torácica correspondiente, por debajo del borde del hígado; el espacio retrogástrico por su divertículo esplénico tiene relaciones con el diafragma detrás del borde posterior del bazo al nivel de la undécima costilla. Todas éstas relaciones, que normalmente son limitadas, adquieren mayores proporciones en estado patológico cuando una colección purulenta o piogásca llena algún espacio y separa los órganos subfrénicos de la bóveda diafragmática.

## Estudio clínico

### I. — Etiología

El absceso subfrénico ha dejado de considerarse como una entidad mórbida idiopática, para no ser más que la consecuencia de un proceso inflamatorio localizado a uno de los órganos relacionados con la bóveda diafragmática.

En efecto, las estadísticas, sobre todo las antiguas, consignan un número variable de casos de absesos cuya causa productora no pudo ser establecida y se les llamaba «absesos subfrénicos a causa desconocida», que se consideraban como primitivos. Pero tal categoría de absesos no puede existir según el concepto de la patología actual, puesto que los gérmenes microbianos que los determinan, no pueden venir sino de un órgano que previamente los haya contenido y del cual se han

difundido por una comunicación directa o por la vía linfática.

De manera entonces que el absceso subfrénico debe considerarse como un proceso secundario, cuya etiología, está caso siempre en una víscera del abdomen, intra o extraperitoneal, más raramente en una víscera torácica, una etiología muy limitada corresponde a las lesiones de las paredes toraco-abdominales y a los traumatismos.

En la mayoría de los casos, son las alteraciones de las vísceras vecinas las que producen la supuración en los espacios subfrénicos; estos órganos serían el estómago, duodeno, colon y vesícula biliar entre los susceptibles de perforarse; el hígado, bazo, pancreas y riñón como órganos parenquimatosos, de los cuales la inflamación puede difundirse a las zonas que los rodean. En otras circunstancias las alteraciones de vísceras lejanas son la causa de absesos subfrénicos, como por ejemplo las inflamaciones del apéndice ileo-cecal. Si para estas infecciones a distancia, la metástasis puede ser invocada como medio de difusión del proceso, si las vías sanguíneas y linfática serán tomadas por los gérmenes para alcanzar la bóveda diafragmática, no es menos cierto que existen disposiciones anatómicas que son favorables para la migración directa de los gérmenes productores, puesto que ya hemos visto como Catz y Kendirdyj

y Cavaillon han demostrado por medio de inyecciones coloreadas, la amplia comunicación entre el tejido retroperitoneal subfrénico y el pericecal.

Respecto a los abscesos subfrénicos dependientes de metástasis linfáticas, la conducción de los gérmenes por los vasos linfáticos debe ser tenida en cuenta en aquellos casos de abscesos cuyo origen se sospecha que está en una lesión de la mucosa intestinal y que Martinet llama abscesos de origen «angio-leucocítico». En efecto, la mucosa digestiva por los traumatismos y la riqueza de su flora microbiana está continuamente expuesta a las infecciones, las cuales pueden partir no solo de la mucosa del yeyuno-ileón y del colón sino también de la del apéndice, y ser el origen de metástasis bacterianas que se localizarían en los espacios subfrénicos.

No es entonces necesario que la lesión primitiva tenga grandes proporciones para que el absceso subfrénico sea considerado como secundario; la lesión inicial puede pasar inadvertida por su pequeñez o manifestarse por leves trastornos del tubo digestivo, que quedan cubiertos por el cortejo de síntomas de la colección subdiafragmática.

Por lo que se refiere al sitio endo o extraperitoneal de los abscesos en relación a las lesiones viscerales primitivas, las estadísticas demuestran que

los abscesos subfrénicos retroperitoneales son casi siempre consecutivos a supuraciones apendiculares, a los abscesos del borde posterior del hígado, perinefríticos y a las pancreatitis supuradas; además a las úlceras de la porción de estómago desprovista de peritoneo vecina al cardias, y de la cara posterior del duodeno según Guibal.

La ubicación de los abscesos subfrénicos endoperitoneales, varía con el sitio de la lesión primitiva; así los abscesos del espacio superior derecho o del subhepático dependen de abscesos o quistes supurados del lóbulo derecho del hígado, de inflamaciones de las vías biliares, de lesiones ulcerosas o neoplásicas de la región pilórica del duodeno, del ángulo cólico derecho o de apendicitis.

Las colecciones purulentas del espacio medio dependen de lesiones inflamatorias del lóbulo izquierdo del hígado y de perforaciones de la cara anterior del estómago; los abscesos del espacio izquierdo o periesplénico, dependen de lesiones esplénicas (abscesos, infartos) o de supuraciones de la gran tuberosidad gástrica (Lejars).

Las supuraciones de la transcavidad de los epiploes están en relación con las perforaciones de la cara posterior del estómago y pancreatitis supuradas.

## II. — Variedades patogénicas del absceso subfrénico

Las numerosas variedades patogénicas de absceso subfrénico pueden dividirse en tres categorías:

1.º Abscesos subfrénicos originados por afecciones del tubo digestivo; del estómago, del intestino y del apéndice.

2.º Abscesos subfrénicos originados por afecciones de órganos parenquimatosos y glandulares del abdomen; del hígado y vías biliares, del bazo y del páncreas.

3.º Abscesos subfrénicos de causa diversa y secundaria; de origen renal, órganos genitales femeninos, óseos (tuberculosis costal y vertebral), tuberculosis visceral, traumáticos y torácicos.

*Abscesos subfrénicos de origen gástrico.* — Una perforación del estómago por traumatismo, neoplasmas o úlceras simples, puede tener como con-

secuencia la formación de una colección purulenta subfrénica.

Los casos de abscesos subfrénicos por traumatismos (heridas penetrantes), son raros, siendo mucho más frecuente en estos casos como complicación, la peritonitis generalizada. El absceso subfrénico consecutivo a la perforación de un neoplasma, es menos raro, y cuando se presenta, es como manifestación terminal de la enfermedad primitiva.

De mayor importancia es el absceso subfrénico originado en la perforación de úlceras del estómago, (Obs. I y V) tal como lo eran los primeros casos observados y descriptos por Barlow y Leyden. En efecto, la úlcera gástrica constituye una de las causas más frecuentes de absceso subdiafragmático, encontrándose según las estadísticas, en un tercio de los casos observados.

Ahora, para que se forme el absceso subfrénico consecutivamente a la perforación de la úlcera, se necesitan condiciones especiales, puesto que lo más comunmente se produce una peritonitis generalizada; el absceso puede ser un fenómeno secundario o concomitante a una peritonitis en diversas formas y circunstancias; así puede suceder que la perforación de la úlcera gástrica se produzca estando el estómago vacío de manera que los líquidos derramados serían escasos; en tal

forma, el meteorismo intestinal según Leyden impediría la difusión de los productos infectantes y la peritonitis quedaría limitada a la zona supra-umbilical.

En otros casos el absceso puede formarse después de una intervención dirigida a la cura de la peritonitis, estando la causa, en una acumulación de los líquidos gástricos en uno de los espacios subfrénicos, que la operación no ha alcanzado a drenar, y que luego han desarrollado la peritonitis enquistada.

Cuando las úlceras están situadas en ciertas regiones del estómago poco movibles, (cardias, pequeña curvadura, píloro), el proceso inflamatorio forma verdaderas zonas de perigastritis, en el seno de las cuales puede producirse la perforación de la úlcera y entonces los productos contenidos en el estómago pueden difundirse más o menos rápidamente a los espacios subfrénicos, y las supuraciones resultantes estar limitadas por adherencias. Esta es la manera más habitual de formarse los absesos de origen gástrico; ahora según la posición de la úlcera y la disposición de las adherencias, se tendrán absesos a evolución toraxica (pionemotorax subfrénico de Leyden), absesos a evolución anterior (pregástricos de Lejars) y absesos de la retrocavidad de los epiplo-nes.

Las perforaciones de la pequeña curvadura y de la cara anterior del cárdias, darán lugar a abscesos interhepatogastrofrénicos, mientras que si el lugar de la perforación está cerca de la gran tuberosidad, el absceso será intergastroespleno-frénico. Las úlceras perforadas de la cara posterior del estómago dan lugar a colecciones purulentas de la retrocavidad de los epiplones que pueden limitarse al divertículo esplénico o difundirse al espacio subhepático por medio del hiatus de Winslow. Más raramente la perforación de la úlcera de la cara posterior del estómago, da abscesos subfrénicos retroperitoneales.

*Abscesos subfrénicos de origen intestinal (duodeno, yeyuno-íleon y colon).*— Los abscesos subfrénicos de origen intestinal tienen su patogénesis en formas ulcerativas del intestino, entre las cuales predominan la úlcera duodenal (Obs. IX) y las lesiones ulcerosas del intestino.

Los autores dan un 30 por ciento de abscesos subfrénicos de origen duodenal; Piquand en 890 casos ha tenido 36, y entre éstos, 3 eran retroperitoneales; la situación endo o extraperitoneal del absceso, depende de que la úlcera esté situada en la cara lateral o posterior del órgano. Cuando la perforación tiene lugar en la cara lateral del duodeno, por arriba del mesocolon transversal, los líquidos se derraman en el espacio subhepático

donde las adherencias limitan la colección purulenta.

Por la situación del duodeno a la derecha, los abscesos consecutivos a su perforación, se localizan casi siempre a la derecha, lo mismo que los que dependen de una lesión pilórica, mientras que los de origen gástrico se ubican con más frecuencia a la izquierda lo que es fácil comprender si se tiene en cuenta la situación anatómica del órgano.

Los abscesos consecutivos a una perforación del colon y del yeyuno-ileón, son raros; el 2 por ciento según Piquand. La causa de la perforación es muy variable: ulceración y neoplasias del intestino grueso, perforaciones tíficas (Barnard), o traumáticas, lesiones de los ángulos cólicos por colitis ulcerosas y en este último caso, aun sin perforación el absceso podría tener lugar por la transmisión de los elementos infecciosos a travez de la vía linfática.

*Abscesos subfrénicos de origen apendicular.* —

El absceso sufrénico de origen apendicular (obs. VI y VII), ha sido conocido después del de origen gástrico y en una época relativamente reciente. Sin embargo Hillairet en 1853, Bamberger en 1858 y Eisenhor en 1877, habían atribuido a una perforación apendicular, el desarrollo de colecciones purulentas entre el diafragma y el hígado.

Es después de los estudios de Mac Burney, Re-

clús, Gruneisen y Körte, que los abscesos sufrénicos consecutivos a la apendicitis, han tomado un puesto importante sobre las demás formas etiológicas. En efecto, según Körte y Grunesein, la proporción sería de un 45 %, pero para Perutz y Piquand sería menos elevada y llegaría solo al 25 %.

Generalmente el absceso sufrénico se forma en el curso de una apendicitis no operada (obs. VI), pero puede suceder también, que se desarrolle después y a pesar de la intervención. En estos casos (uno sobre tres según Piquand) es probable que la operación haya sido practicada cuando los tejidos periapendiculares y linfáticos, ya estaban infectados, de manera que la intervención no ha podido impedir el desarrollo ulterior de la infección.

Casi siempre los abscesos subfrénicos aparecen a continuación de una apendicitis supurada que ha determinado la formación de un absceso periapendicular; no obstante, la presencia de estos abscesos no es indispensable, y una supuración subdiafragmática puede producirse sin que haya formación de absceso periapendicular. En otros casos el absceso sufrénico puede producirse en el curso de una apendicitis crónica que ha evolucionado sin crisis aguda. (Baldwin). La manera como los gérmenes infecciosos se propagan del

apéndice a la región subfrénica, ha sido muy discutida; teóricamente se haría por cuatro vías diferentes: por la vena porta, por vía linfática, por el tejido celular subperitoneal y por la cavidad peritoneal.

En la vía de la vena porta, hay que admitir que los agentes infecciosos, siguen sucesivamente las venas delapéndice, las venas mesentéricas y la vena porta, llegando al hígado y determinando una supuración que se extendería después al espacio subfrénico (Dieulafoy). Pero si en casos excepcionales la vena porta puede servir de vía a la infección subfrénica, en la mayoría de los casos la infección venosa de origen apendicular queda limitada al hígado.

La posibilidad de infección subfrénica por la vía linfática, parece incontestable después que se demostró la existencia de una cadena linfática por detrás del colon ascendente, que comunica los linfáticos delapéndice con los del hígado y del diafragma (Cuneo).

La infección por el tejido celular retroperitoneal ha sido comprobada en varias observaciones en las que se ha visto el pus extenderse sin interrupción, desde elapéndice hasta los espacios subdiafragmáticos, por el tejido celular retroperitoneal. Por otra parte hemos vistos como las inyecciones coloreadas hechas en el tejido celular retrocecal,

se difunden hasta el diafragma por el tejido retroperitoneal; además la posición retrocecal del apéndice favorecería mucho la infección del tejido celular retrocólico (Ancel y Cavaillon).

La infección por la cavidad peritoneal se haría en dos condiciones: a veces a continuación de una apendicitis se produce una peritonitis generalizada y después de la laparotomía y drenaje, la peritonitis mejora, cuando a un intervalo más o menos largo la temperatura se eleva y aparecen los signos de una supuración subfrénica. Más comúnmente el pus sube hacia el diafragma siguiendo el canal parieto-cólico derecho (obs. VI) hasta el espacio subhepático y de aquí al espacio interhepatofrénico derecho por el surco parieto-hepático, o a la retrocavidad de los epiplones por el hiatus de Winslow. Esta propagación está favorecida por la situación alta del ciego y del apéndice, y por adherencias que aislan el foco apendicular y el surco parieto-cólico derecho, del resto del abdomen.

Estas diversas vías de infección producen abscesos de localización variable: la infección por vía peritoneal produce abscesos intraperitoneales, la infección por vía retroperitoneal produce abscesos retroperitoneales y la infección por vía linfática puede determinar las dos variedades de abscesos. Respecto si los abscesos subfrénicos de

origen apendicular son más frecuentemente intra o extra peritoneales, no está bien establecido; para Maydl y Cavaillon los subperitoneales son más frecuentes, en cambio para Barnard los intraperitoneales predominarían, pues sobre 12 casos observados encuentra un solo absceso subperitoneal. Según Piquand serían también más frecuentes los intraperitoneals, pues en 192 casos, encuentra 78 absesos subperitoneales, 96 intraperitoneales y 18 casos combinados..

Los absesos subfrénicos apendiculares se localizan generalmente bajo la mitad derecha del diafragma, sin embargo la localización a la izquierda ha sido encontrada 17 veces por diversos cirujanos y Piquand la explica diciendo que el pus sigue el canal mesentero cólico izquierdo, limitado hacia atrás por la pared abdominal posterior, hacia la derecha por la raíz del mesenterio y hacia adelante por la hoja izquierda del mesenterio y las ansas delgadas; este canal conduciría, el pus al colon transversal, a la izquierda del ligamento falciforme, de donde puede invadir el espacio subfrénico izquierdo.

*Absesos subfrénicos de origen hepato-biliar.* —

Las lesiones del hígado y de las vías biliares fueron consideradas durante largo tiempo como las que con más frecuencias producían absesos subfrénicos, sin embargo en las estadísticas más re-

cientes ocupan un lugar secundario después de las lesiones gástricas apendiculares, encontrándose en la proporción del 14 %.

Entre las lesiones hepáticas están los traumatismos, los abscesos y los quistes hidatídicos supurados; las lesiones de las vías biliares que pueden dar lugar a abscesos subfrénicos, son las angiolitis y colcistitis simples o calculosas.

Los abscesos subfrénicos consecutivos a heridas y contusiones del parénquima hepático son raros; puede formarse un absceso en los casos en que se produce un hematoma interhepatofrénico que se infecta y supura (Soligoux, Sociedad de Cirujía de París, 1913), haciéndose la infección sea por una herida de la pared abdominal, por los vasos sanguíneos o por las vías linfática o biliar.

Los abscesos del hígado constituyen una causa relativamente rara de abscesos subfrénico (obs. IV); esto se debe a que en la gran mayoría de los casos, la evolución de los abscesos del hígado se acompaña de inflamación y formación de adherencias que obliteran los espacios subfrénicos y facilita la apertura de los abscesos directamente hacia el torax; de ahí que sean los abscesos hepáticos a evolución rápida los que pueden dar colecciones subfrénicos, pues en estos casos puede hacerse una perforación de la cápsula de Glisson antes que las adherencias impidan la irrup-

ción del pus bajo la bóveda diafragmática. En 34 casos de abscesos subfrénicos consecutivos a abscesos hepáticos, reunidos por Piquand, 23 eran por abscesos disentéricos, 6 por abscesos metastáticos, 1 por absceso post-neumónico, 1 por flebitis y un caso de Maydl por actinomicosis.

Los quistes hidatídicos supurados del hígado pueden determinar la formación de abscesos subfrénicos (obs. VIII y X) pues como los abscesos hepáticos se pueden abrir en los espacios subdiafragmáticos vecinos.

Ya sean consecutivos a abscesos o quistes supurados del hígado, los abscesos subfrénicos si sitúan casi siempre a la derecha; la localización a la izquierda está en relación con los abscesos o quistes del lóbulo izquierdo; son también más frecuentes los abscesos intraperitoneales, en 60 casos Piquand ha encontrado 44 intraperitoneales y 16 extraperitoneales y en estos últimos el pus estaba acumulado en la cara posterior del hígado entre las dos hojas del ligamento coronario y en la cara superior entre las dos hojas del ligamento suspensor.

La infección de las vías biliares se encuentra como causa de absceso subfrénico en el 10 % de los casos, y puede producirlos de dos maneras: generalmente a continuación de una infección de las vías biliares se produce una periangiocolitis con formación de adherencias peritoneales; luego

la vesícula o unos de los canales biliares extra-hepáticos se rompe y la bilis infectada se expande, formándose un absceso limitado por las adherencias formadas entre el hígado, el estómago, duodeno y ángulo hepático del colon, pudiendo el pus invadir el espacio supra hepático (Carnot). Más raramente el absceso se forma sin perforación de las vías biliares, sea que los agentes infecciosos pasen al travez de las paredes de los canales biliares, sea por vía linfática o por la formación de absesos hepáticos areolares en la superficie del hígado, que rompiendo la cápsula hepática, el pus invada un espacio subdiafragmático.

En la mayor parte de los casos los absesos son consecutivos a una infección calculosa de las vías biliares, pero todas las variedades de angiocolecistitis no calculosas son también susceptibles de complicarse de absesos subfrénicos, los cuales también pueden suceder aunque más raramente, a una ruptura de las vías biliares (Gely).

Los absesos subfrénicos consecutivos a una infección biliar ocupan casi siempre el lado derecho de la bóveda diafragmática, sin embargo han sido observados casos en que el pus ocupaba el lado izquierdo, y a la vez los espacios interhepatofrénicos izquierdo y derecho. Son generalmente endoperitoneales.

*Absesos subfrénicos de origen esplénico.* -- Es-

ta clase de abscesos subfrénicos es muy rara y depende, lo mismo que los de origen hepático, de traumatismos o procesos inflamatorios.

Los traumatismos actúan raramente como causa de abscesos; Berger en 300 casos de traumatismos del bazo ha tenido dos casos de supuración periesplénica. En estos casos, un derrame sanguíneo ocuparía el espacio periesplénico y se infectaría secundariamente.

Fuera de los traumatismos, los abscesos subfrénicos pueden ser consecutivos a procesos infecciosos del bazo que generalmente son la consecuencia de un infarto debido a infecciones generales (tifoidea, infección puerperal, endocarditis infecciosa, paludismo); sin embargo se han encontrado casos en que la infección esplénica ha sido secundaria al absceso sufrénico (Piquand). Estos abscesos se sitúan siempre a la izquierda en el espacio intergastroesplenofrénico, y su pronóstico es muy grave, aun después de operados porque dependen esencialmente de graves infecciones generales.

*Abscesos subfrénicos de origen pancreático.* — Fué Guinard, el primero que en sus comunicaciones a la Sociedad de Cirujía, llamó la atención sobre el hecho de que las colecciones supuradas de origen pancreático, revestían frecuentemente la forma de abscesos subfrénicos, y evolucionaban de la misma manera que los abscesos consecutivos

a una perforación gástrica, rechazando el diafragma hacia el torax.

El páncreas no está revestido de peritoneo más que en su cara anterior y está circundado por tejido celular subperitoneal en el resto de su superficie, de modo que el pus transpasando los límites del órgano, se extendería en el tejido celular peripancreático dando lugar a un absceso subfrénico retroperineal. Sin embargo, más comúnmente el pus dá lugar a una peritonitis supraumbilical, venciendo el obstáculo representado por el peritoneo que constituye la pared posterior de la retrocavidad de los epiplones.

Los absesos peripancreáticos pueden ser entonces retroperitoneales, pero más fácilmente endoperitoneales. En el primer caso el pus tiene poca tendencia a dirigirse hacia el diafragma y más bien se difunde alrededor del páncreas con tendencia a invadir hacia abajo de modo que sus relaciones con la bóveda diafragmática, no son tan extensas, como para considerarlos absesos subfrénicos retroperitoneales. En cambio cuando el pus salva el peritoneo y se colecciona en la retrocavidad de los epiplones, se forma una verdadera peritonitis enquistada, que cuando se acumula hacia arriba, atrás y a la izquierda, en el espacio que Catz y Kendirdyj han llamado divertículo esplénico de la retrocavidad de los epiplones, tiene todos los

caracteres y la importancia de un verdadero absceso subfrénico.

El pus puede dirigirse también hacia abajo y adelante por detrás del estómago y del epiplon gastro-cólico, haciendo proeminencia en el epigástrico y teniendo escasas relaciones con el diafragma.

Las pancreatitis supuradas, gangrenosas y hemorrágicas, causa de los abscesos subfrénicos del espacio retrogástrico, dan lugar a un pus que tiene caracteres particulares: de aspecto sanguinolento, fluido, de olor fétido, con corpúsculos grasos y fragmentos necróticos de tejido pancreático. Piquand los ha encontrado en la proporción del 3%.

*Abscesos subfrénicos de origen diverso y secundario.* — *Abscesos subfrénicos de origen renal y suprarrenal.* — La situación del riñón y la disposición del tejido perirrenal que se continúa hacia arriba con el tejido celular subdiafragmático, parecen ser condiciones favorables para formación de abscesos subfrénicos, por simple propagación hacia la parte superior, de los flemones perinefríticos. Sin embargo tales abscesos son raros, (3 % del número total de abscesos subfrénicos según Piquand), debido a que los flemones perinefríticos se extienden más bien hacia la pelvis siguiendo la vaina del psoas, y solo los flemones desarrolla-

dos por arriba del riñón, tienen tendencia a dirigirse hacia el diafragma.

En los 30 casos reunidos por Piquand, el absceso subfrénico era siempre consecutivo a la propagación de un flemón perinefrítico producido por causas variables: traumatismo del riñón, pielonefritis calculosa y piodiosis tuberculosa.

Lo mismo que los riñones, pero más raramente, las cápsulas suprarrenales pueden ser causa de abscesos subfrénicos (Quenú).

*Abscesos subfrénicos consecutivos a una lesión de los órganos genitales femeninos.* — La infección de los espacios subfrénicos por las inflamaciones de los órganos genitales femeninos es muy rara y constituye un grupo poco importante, pues se hallan en la proporción del 1 %. En estos casos el absceso es consecutivo a una infección uterina de origen puerperal, o a una salpingo oovaritis supurada (Barnard). La infección puede hacerse por vía sanguínea en caso de piohemia de origen genital o si no la inflamación genital determina una peritonitis, primero generalizada y que después se localiza en un espacio subfrénico.

*Abscesos subfrénicos de origen torácico.* — Las lesiones tuberculosas de las paredes torácicas pueden hacerse camino por erosión de las pleuras, del diafragma y del peritoneo, y abrirse en los

espacios subfrénicos donde se acumula el pus tuberculoso (Lannelongue).

Abcesos subfrénicos retroperitoneales pueden desarrollarse consecutivamente a tuberculosis vertebral (Barnard). Otros procesos torácicos, piotorax, abceso y gangrena pulmonar, cavernas de la base etc., pueden dar lugar a abcesos subfrénicos, ya sea siguiendo la vía linfática o por perforación del diafragma (Edward).

En los 890 casos de abcesos reunidos por Piquand, 36 eran consecutivos a una lesión pleuropulmonar.

*Abcesos subfrénicos debidos a tuberculosis visceral y actinomicosis.* — Las tuberculosis de todas las vísceras abdominales, pueden teóricamente, dar lugar a abcesos subfrénicos; éstos fueron señalados Jaccoud en 1883 y Deschamps en 1886.

Las lesiones tuberculosas del hígado, del riñón y del intestino, han sido encontradas como causas de abcesos; tratábase de abcesos fríos, desarrollados primitivamente en el parénquima hepático y abiertos en un espacio subfrénico vecino, de lesiones tuberculosas del riñón abiertas en el tejido celular retroperitoneal, o de tuberculosis ileocecal (Lannelongue).

Abcesos subfrénicos por actinomicosis encuéntrase en la literatura médica, un solo caso de Israel.

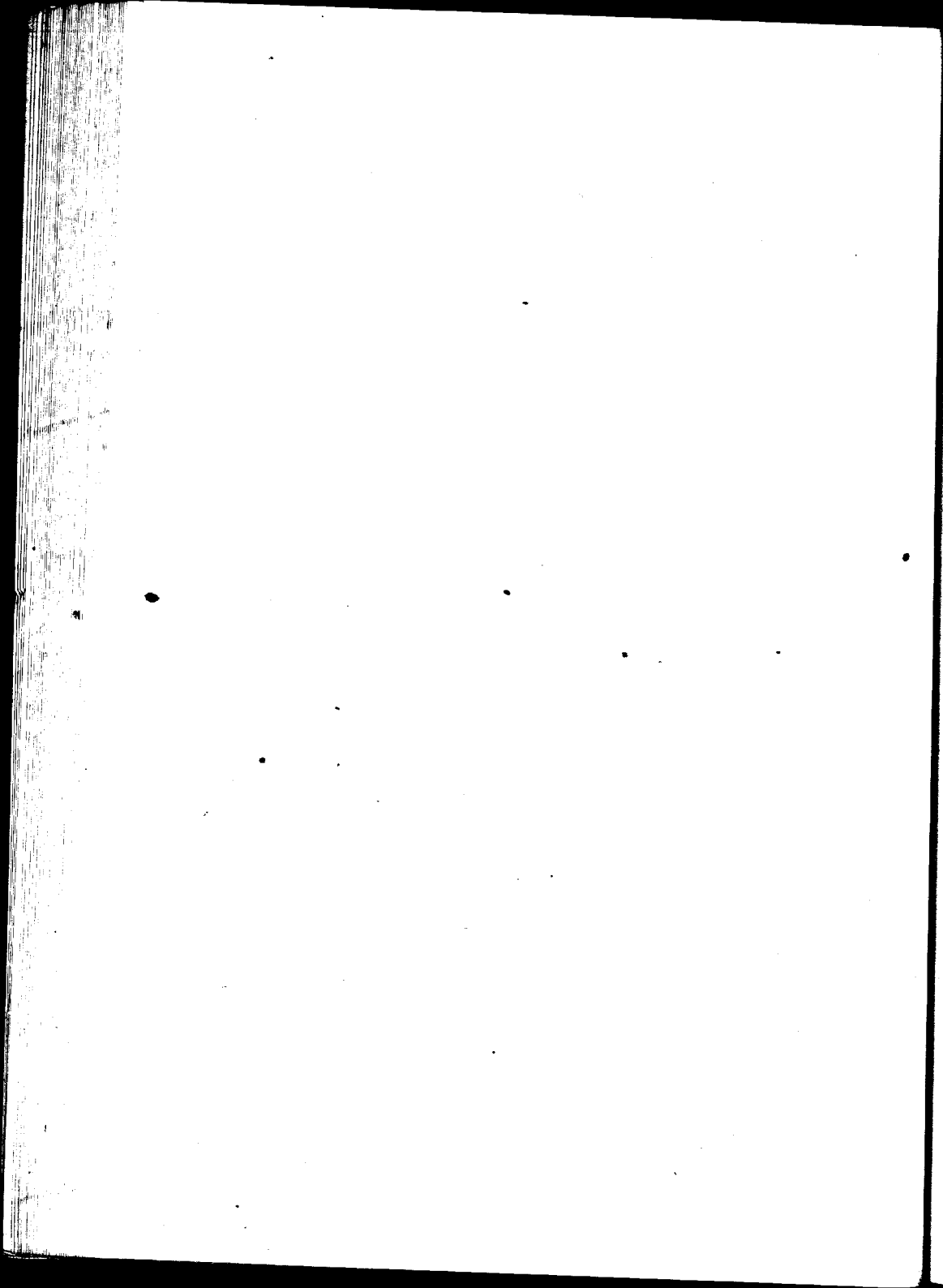
*Abcesos subfrénicos de origen traumático.* —

Una herida de bala o arma blanca puede ser punto de partida de elementos infecciosos; si la herida produce una colección sanguínea en un espacio subfrénico, los gérmenes pueden encontrar un terreno propicio para su desarrollo. En las mismas condiciones estarían los hematómas producidos por contusiones directas o indirectas sobre los órganos subfrénicos, y ello estaría muy facilitado si el traumatismo se acompaña de ruptura del tubo digestivo (Zagari).

En los 20 casos de abcesos subfrénicos de origen traumático reunidos por Piquand, había 3 abcesos retroperitoneales (obs. III) y 17 endoperitoneales y la proporción sobre el total de los abcesos subfrénicos sería de un 6 %.

- La estadística reunida por Piquand, de las distintas causas patogénicas del abceso subfrénico, es la siguiente:

Causas del absceso	Maydl	Nowack	Lang	Finkelstein	Martinet	Grunciscn	Perutz	Piquend
	Afecciones del estómago:							
Úlceras.....	35	32	40	67	55	9	67	234
Cáncer .....		3						11
Perforaciones traumáticas.....								6
Perforaciones del duodeno.....	8		14	10		1	3	36
Perfor. del yeyuno ileon y del colon .	5			17			7	20
Apendicitis.....	25	8	26	45	8	27	55	191
Lesiones del hígado .....	37	8	9	3	20	3	18	70
Lesiones de las vías biliares.....		3	17	23	5	2	14	66
Lesiones del páncreas .....				8	3	1	4	27
Lesiones del bazo.....		3	6		6	5	4	40
Lesiones de los riñones.....	11	3		5	4	4	7	28
Lesiones de los órganos genit. femin.		3	4	5			6	17
Afecciones torácicas .....	12	2	6	6	1	6	9	32
Tuberculosis.....				10				23
Traumatismos.....	6	5		23			8	20
Causas desconocidas y diversas ....	22	10	35	30	27	2	16	69



### III. — Anatomía patológica

De acuerdo con los datos que hemos obtenido del estudio de la anatomía de la región subdiafragmática, podemos dividir las colecciones supuradas de esa zona, en dos grandes grupos: absesos endoperitoneales y retroperitoneales.

*Absesos endoperitoneales.* — Los espacios subfrénicos donde se localiza esta categoría de absesos, bien limitados por arriba, hacia atrás y hacia adentro, están sin embargo desprovistos de pared anterior comunicando ampliamente con la gran cavidad peritoneal, de modo que un líquido no puede estar contenido en ellos sin derramarse en el peritoneo.

Los procesos inflamatorios con la formación de adherencias entre las vísceras, con la pared abdominal anterior, o con el diafragma, son los que contribuyen a cerrar más o menos completamente estos espacios para que puedan contener

los productos patológicos. Las adherencias que tienden a completar las paredes de los espacios subfrénicos, se extienden generalmente del borde anterior del lóbulo derecho del hígado a la pared abdominal o al diafragma y en el lado izquierdo se extienden del lóbulo izquierdo a la cara anterior del estómago y a la pared abdominal. El colon transverso puede tomar adherencias a la pared abdominal, en cuyo caso los espacios supra y sub-hepáticos comunican entre sí.

Las adherencias se forman más o menos lentamente y están constituidas por fibras conjuntivas, vasos neoformados y células embrionarias, siendo más fibrosas y resistentes cuanto más cerca están del foco. Según Leyden, el proceso de formación de las adherencias, está favorecido por el meteo-rismo intestinal; Picqué sostiene que las adherencias no son otra cosa que la difusión al peritoneo de las inflamaciones subfrénicas y que la supuración es debida al derrame de líquidos sépticos en el seno de las adherencias por solución de continuidad con las vísceras lesionadas, o por desarrollo ulterior de la infección, de la cual las adherencias constituyen la primer etapa.

Respecto a la localización de los abscesos subfrénicos endoperitoneales, está demostrado que los más frecuentes son los que se alojan en el espacio superior derecho (interhepatofrénico), llamados

abcesos subfrénicos derechos anteriores por Piquand, el cual los ha encontrado en la proporción del 36 %. (obs. II, IV, VI, VII, VIII y X).

La disposición que tomen las adherencias en el borde del hígado o en el colon transverso, hace que el abceso quede limitado a la cavidad suprahepática o comunique también con la subhepática; son sobre todo los abcesos originados por supuraciones hepáticas (obs. IV, VIII y X) los que se localizan en el espacio superior derecho, por qué las adherencias se hacen en el borde del hígado, mientras que los abcesos producidos por lesiones de las vías biliares, por úlceras pilóricas o duodenales (obs. IX), invaden el espacio subhepático debido a que las adherencias se hacen más abajo, entre el colon transverso, el epiplon mayor y la pared abdominal.

Los abcesos del espacio suprahepático se desarrollan hacia el torax levantando el diafragma (obs. IV, VI, VII, VIII y X), mientras que los del espacio subhepático se desarrollan hacia el abdomen (obs. IX). En el primer caso estando el hígado fijo por las adherencias no puede descender y el espacio no puede agrandarse sino hacia el diafragma; en el segundo caso, la colección puede bajar hasta el colon y ponerse en contacto con la pared abdominal.

Los abcesos subfrénicos rara vez se localizan

exclusivamente en el espacio subhepático (en el 5 por ciento de los casos según Piquand), pues generalmente el pus invade a la vez la región supra y subhepática; para que el absceso ataque solo el espacio subhepático es necesario que el colon transverso tome adherencias con el hígado, el que siendo levantado deja que el absceso se manifieste por la región lumbar y que Piquand lo llama absceso subfrénico posterior derecho. Lesiones del apéndice, duodeno y vías biliares son las causas de los abscesos de esta región.

El espacio medio o interhepatogastrofrénico, es sitio de localización del absceso subfrénico en el 26 % de los casos (Piquand). Las adherencias que cierran el espacio toman disposiciones variables: pueden formarse entre la cara anterior del estómago, el borde del lóbulo izquierdo del hígado y la pared abdominal en cuyo caso el absceso es supragástrico y se desarrolla hacia el torax; otras veces son el colon y mesocolon transverso los que forman el límite inferior del espacio, adhiriéndose a la pared abdominal y el absceso es pregástrico con desarrollo hacia el abdomen (Obs. I y V). Son las úlceras del estómago, las lesiones del colon y vías biliares las que están en relación con esta clase de abscesos que Piquand llama subfrénico izquierdo anterior.

Los abscesos del espacio periesplénico limitados

por adherencias entre la gran tuberosidad gástrica, el diafragma y la pared abdominal, dependen de lesiones del bazo, del ángulo izquierdo del colon y de úlceras de la gran tuberosidad del estómago. Según Piquand se encuentran en la proporción del 7 por ciento.

El espacio retrogástrico o retrocavidad de los epiplones, menos frecuentemente está ocupado por absesos; estos por lo general están limitados a la porción retrogástrica de la transcavidad, por adherencias que se forman en la cara posterior del estómago, pero en ciertos casos pueden ponerse en contacto con la pared abdominal anterior rechazando hacia arriba el estómago y hacia adelante el epiplon gastro-cólico. Son las úlceras de la cara posterior del estómago y las pancreatitis supuradas las causas más comunes de estos absesos.

*Absesos retroperitoneales.* — Estos absesos ocupan el tejido celular que separa el peritoneo del diafragma dividido por la inserción del ligamento coronario del hígado, en una zona supracoronaria y otra infracoronaria. Estas zonas no pueden considerarse como verdaderos espacios, pero la anatomía patológica demuestra, que en ese tejido celular pueden alojarse las colecciones purulentas en relación con el diafragma y de ahí que por analogía con los absesos endoperito-

neales, se clasifique como subfrénicos los retroperitoneales.

Según Lejars los abscesos infracoronarios serían posteriores o freno-lumbares y los supracoronarios serían anteriores o freno-abdominales; los primeros son más frecuentes por el mayor desarrollo de tejido celular a ese nivel y por la proximidad de los focos de origen (riñón y apéndice), evolucionando siempre bajo la mitad posterior del diafragma y hacia la parte posterior del torax y región lumbar (Obs. III). Su desarrollo se hace tanto a la derecha como a la izquierda de la columna vertebral, sin embargo los de la derecha serían más frecuentes por la presencia del apéndice, cuya inflamación es una de las causas más comunes de estos abscesos. Según Piquand, en un conjunto de 150 casos de abscesos retroperitoneales infracoronarios, había 132 a la derecha y 18 a la izquierda; el mismo autor refiere que hay casos en que el desarrollo del absceso se hace entre las dos hojas del ligamento coronario, como consecuencia de supuraciones del borde posterior del hígado, en la zona que podría llamarse intracoronaria.

Respecto a la frecuencia de las distintas formas de abscesos, Piquand da los siguientes datos:

Abcesos subfrénicos dere-	Retroperitoneales 20 %	} Suprahepáticos 36 % } Subhepáticos 4 %
chos 60 % . . . . . /	Endoperitoneales 40 %	
Abcesos subfrénicos izquier-	Retroperitoneales 4 %	} Del espacio medio 24 % } Del espacio izquierdo 8 % } De la retrocavidad 4 %
dos 40 % . . . . . /	Endoperitoneales 36 %	

*Contenido de los abcesos subfrénicos.* — Sabemos ya que las paredes de un absceso subfrénico están formadas, en parte por superficies viscerales y en parte por adherencias; ahora bien, la cavidad que resulta puede ser única o tabicada y tiene sus paredes cubiertas por una capa fibrino purulenta, falsas membranas y vasos neoformados. El contenido puede estar constituido por pus o por pus y gaz a la vez, distinguiéndose según eso los abcesos en gaseosos y no gaseosos.

La cantidad del contenido es variable lo mismo que los caracteres de color, consistencia y olor; así el color es habitualmente amarillento, pero puede ser verduzco si contiene bilis, pardo achocolatado si es de origen hepático. Puede contener restos alimenticios si la causa es una perforación del estómago o duodeno, coprolitos y restos fecales si proviene del colon o apéndice; puede

contener también fragmentos de órganos, necrosados, vesículas hidatídicas (Obs. VIII y X) etc. El olor es habitualmente fétido o fecaloide; la flora microbiana también es variable, los más comunes son el colibacilo (Obs. VII) asociado a estafilococo, estreptococo, piocianico, neumococo, y anaerobios. Estos últimos tienen particular interés para el estudio de los abscesos gaseosos, pues Veillon en sus estudios sobre los anaerobios en general, ha establecido la posibilidad de las supuraciones gaseosas primitivas.

El gas puede ser de origen pulmonar, gastro-intestinal y microbiano. Cuando es de origen pulmonar ha habido comunicación con el pulmón al travez del diafragma; más común es que el gas sea de origen gastro-intestinal (Obs. I), sin embargo después que se demostró la existencia de gérmenes capaces de producir gas, fué hallada la explicación de la presencia de gas en abscesos que no comunicaban ni con el aparato digestivo ni con el aparato respiratorio.

Por otra parte, investigaciones recientes han precisado más la patogenia de los abscesos subfrénicos gaseosos, sobre todo para los abscesos desarrollados en el curso de la evolución de los quistes hidatídicos del hígado (Obs. VIII) y abscesos del hígado (Obs. IV). En efecto, se sabe que los quistes hidatídicos del hígado supuran frecuente-

mente y entre estos quistes supurados se ha descrito una variedad a contenido gaseoso o pio-neumoquiste (Devé y Spangenberg) demostrándose que se encontraban en las mismas condiciones que los abscesos subfrénicos que contenían gas y que el origen del gas se debía a los gérmenes anaerobios que tanto en el organismo como in-vitro dan desprendimientos gaseosos.

Estos quistes tienen relaciones íntimas con los vasos y los canalículos biliares; mientras que los vasos sanguíneos comprimidos por la expansión de la viscícula hidática tienden a obliterarse, los canalículos biliares, gracias a la mucosa que los tapiza y que impide la obliteración, quedan permeables hasta ponerse en contacto con el parásito, y como están habitualmente habitados por gérmenes con predominio de anaerobios como lo han demostrado Gilbert y Lippmann, se comprende que llegando al quiste puedan producir desprendimientos gaseosos. Así se explica el origen del gas no solamente en los abscesos subfrénicos que tienen como causa un quiste hidatídico supurado del hígado, sino también en los que están ligados a una litiasis biliar o angiocolitis. Según las estadísticas, los abscesos subfrénicos gaseosos se encuentran en la proporción de 25 por ciento.

*Lesiones de las vísceras vecinas al absceso.* —  
Las vísceras huecas toman posiciones variables

según sea la causa, sitio y evolución del absceso, y si la causa está en una de ellas, trátase generalmente de úlceras simples o carcinomatosas perforadas, alrededor de las cuales se forman las adherencias y por las que con divertículos largos y tortuosos se hace la comunicación entre la víscera y la cavidad.

Así un absceso del espacio medio o interhepatogastrofrénico con difusión pregástrica (Obs. I y V) producido por la perforación de una úlcera de la cara anterior del estómago, rechazará el órgano hacia atrás; en cambio será rechazado hacia adelante y abajo en caso de absceso de la retrocavidad de los epiplones.

El páncreas que puede ser causa de absceso por una pancreatitis supurada y el bazo que puede serlo por una esplenitis post-infecciosa, por infartos, por procesos necróticos, cambian poco sus relaciones anatómicas.

El órgano que tiene mayores relaciones con las colecciones purulentas y que puede sufrir grandes modificaciones de posición, es el hígado, el cual salvo el caso de absceso subfrénico de origen hepático, solo presenta espesamientos de su cápsula.

Tratándose de absesos suprahepáticos, el hígado no sufre grandes descensos ya sea por sus ligamentos o por las adherencias de su borde con

la pared, pero si la colección es subhepática o supra y subhepática a la vez, como las adherencias se hacen al nivel del colon transverso, el higado sufre un movimiento de rotación sobre su eje horizontal de manera que su cara superior mira hacia adelante y su borde se aleja de la pared abdominal (Barnard).

El diafragma está directamente en contacto con las colecciones purulentas retroperitoneales y separado de ellas por el peritoneo en las endoperitoneales. Según que la evolución del absceso se haga hacia el abdomen o hacia el torax, el diafragma se eleva más o menos en la cavidad torácica, modificación que está en relación no solo con la disposición de las adherencias, sino también con la abundancia del pus. Su punto culminante fué hallado en la 3.<sup>a</sup> costilla derecha, con más frecuencia en la cuarta; en la izquierda la elevación es menor desde que en estado normal es menos elevado que en la derecha.

La elevación del diafragma tiene por consecuencia el rechazamiento de las vísceras torácicas y el aumento del seno costo-diafragmático, lo cual contribuye a dar al absceso subfrénico una apariencia endotorácica, tanto que Leyden le llamó pnoneumotorax subfrénico.

Así levantado el diafragma, es profundamente atacado; su cara inferior correspondiente a la ca-

vidad purulenta, está edematosa, reblandecida, cubierta de una capa fibrino purulenta, y éstas lesiones son más profundas cuando el absceso es retroperitoneal, porque el pus está en contacto directo con las fibras musculares del diafragma.

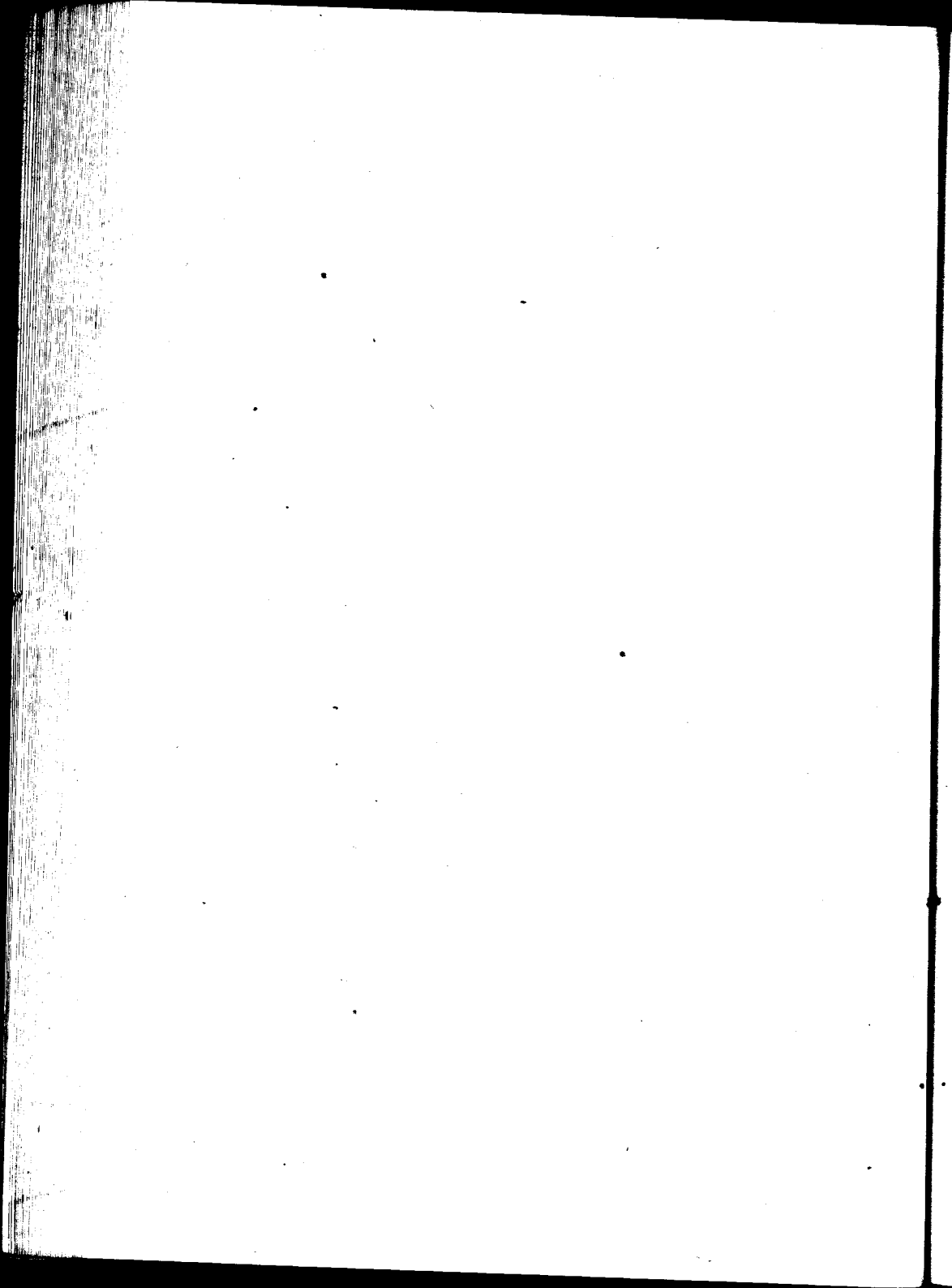
El nervio frénico es envuelto también en la inflamación del músculo, lo cual da lugar a la aparición de puntos dolorosos en el trayecto del nervio (neuritis frénica). La parésia del diafragma es otra de las lesiones que aparecen sobre todo cuando ha llegado a una distensión muy superior a la normal, lesión explicable cuando el músculo y el nervio frénico están alterados por la inflamación; pero cuando la parésia se presenta en la iniciación de la enfermedad, sería debida a la acción de los productos pútridos sobre el nervio y el músculo; sucedería algo análogo a lo que pasa con la musculatura intestinal en caso de peritonitis, fenómeno definido por la ley de Stockes. En cambio para Guibal la parésia inicial depende de la inhibición provocada por el dolor, fenómeno comunmente observado en las afecciones dolorosas del torax, y del obstáculo a la contracción muscular debido a la distensión líquido gaseosa.

El espesor que adquiere el diafragma, es variable: espesado por la infiltración inflamatoria, o lo más común adelgazado y reducido a una lámina con atrofia de las fibras musculares, pudien-

do llegar a la perforación, cosa que se observa con cierta frecuencia. Esta perforación única casi siempre, fué hallada doble y triple; su sitio habitual es el punto más alto del absceso y varía con la situación de éste: en los endoperitoneales está situada en el punto más distendido del músculo (vecindad del centro frénico); en los retroperitoneales la perforación está casi siempre situada en la parte posterior del diafragma al nivel del intersticio que separan los haces costales de los lumbares, y se produce con más frecuencia que en los absesos endoperitoneales debido a la presencia de los hiatus celulares al través de los cuales el pus puede pasar fácilmente.

Sus dimensiones son variables y oscilan desde las de un pequeño orificio hasta la destrucción de gran parte del músculo, al punto de que órganos abdominales puedan pasar al torax (caso de Etienne, de bazo pasado a la cavidad torácica, *Presse Medicale* 1898).

La frecuencia de la perforación es, según Guibal, de una sobre cuatro abscesos; Martinet en 138 casos ha podido observar 33 perforaciones.



#### IV.— Sintomatología

Es imposible dar del absceso subfrénico una descripción clínica aplicable a todos los casos, porque su sintomatología varía con su causa, según que ellos sucedan a una lesión gástrica, hepática, apendicular, etc.; con su naturaleza, según que el contenido sea líquido o gaseoso; con su sitio y su tendencia evolutiva, según que ellos se acompañen de signos abdominales, torácicos o lumbares.

Se puede sin embargo reconocer en la evolución de los absesos subfrénicos cuatro períodos.

1.º Un período prodrómico que se señala en el pasado de los enfermos por los trastornos propios a la lesión causal.

2.º Período de comienzo, que responde al momento de formación del absceso.

3.º Período de estado

4.º Período de terminación.

El período prodrómico puede faltar, y el principio ser extremadamente brusco, pero es más común poder encontrar por el interrogario, transitorios variables, cuyo conocimiento tiene importancia para precisar la causa y sitio del absceso. Generalmente se han notado en las observaciones signos de úlcera (Obs. I y V), o cáncer del estómago, antecedentes de disentería, litiasis, quistes hidatídicos, apendicitis (Obs. VI), etc.

Faltando el período prodrómico, el período de comienzo puede ser sobreagudo o cataclísmico tal como sería el caso en que se ven aparecer los síntomas de una peritonitis sobreaguda debido a la perforación de una úlcera del estómago (Obs. I y II), pero después por la formación de adherencias que localizan el proceso, los fenómenos quedan limitados al abdomen superior constituyéndose un absceso subfrénico. Esta forma de comienzo se encuentra también en los casos de abertura de un absceso de vecindad (hígado, pancreas, bazo), en un espacio subfrénico.

Otras veces conservando el carácter agudo, el comienzo es menos brusco; en estos casos la aparición del absceso se anuncia por síntomas torácicos, sobre todo en los casos de absceso subfrénico que toman una evolución superior, consecutivos a úlceras de estómago, abscesos del hígado.

do o apendicitis y en que únicamente los síntomas del período prodrómico pueden hacer sospechar el diagnóstico.

En otros casos el abceso subfrénico empieza de una manera subaguda: un enfermo que desde algún tiempo presenta trastornos gástricos o signos apendiculares, se queja de dolor al nivel del epigástrico o del hipocondrio, al mismo tiempo la temperatura se eleva progresivamente, hay escalofríos y poco a poco aparecen los síntomas de un abceso subfrénico (Obs. V).

Más raramente el principio es completamente insidioso: durante mucho tiempo un enfermo se queja de dolores mal determinados y de fiebre, mal estado general y sin embargo sigue en su trabajo hasta que una complicación (pleuresia o vómica) llama la atención, y el examen reconoce un abceso subfrénico (Obs. IV y VIII). A veces hasta el dolor y la fiebre faltan, habiendo solo malestar general y adelgazamiento progresivo sin que nada haga pensar en una supuración subdiafragmática; en estas condiciones se piensa en todas las afecciones crónicas (cáncer o tuberculosis latentes), hasta que el enfermo muere y la autopsia demuestra un abceso subfrénico.

De manera entonces, que entre las dos formas extremas de comienzo, cataclísmico o insidioso; todos los intermediarios pueden encontrarse; al

cabo de un tiempo variable, los accidentes se calman, los signos del absceso subfrénico se afirman y se entra así en el período de estado. En este período cuando el absceso está constituido, su presencia da lugar: a síntomas funcionales debidos a la inflamación del peritoneo al rechazamiento del diafragma y de los pulmones, y a síntomas físicos que indican la existencia de una colección más o menos voluminosa en el abdomen superior.

Estos síntomas son muy variables según la dirección en la cual evoluciona el absceso, al punto de distinguir tres tipos clínicos: 1.º Abscesos subfrénicos a evolución antero-inferior que se manifiestan sobre todo por síntomas abdominales; 2.º Abscesos a desarrollo superior que rechazando el diafragma y el pulmón se manifiestan por síntomas torácicos; 3.º Abscesos retroperitoneales que se traducen sobre todo por signos de supuraciones lumbares.

*Abscesos a evolución antero-inferior.*—Cuando la colección purulenta tiende a desarrollarse hacia abajo y hacia adelante, se manifiesta por síntomas abdominales y es de ordinario fácilmente accesible al examen.

El dolor es difuso, extendiéndose a uno de los hipocondrios, al epigastrio o a los flancos; otras veces el dolor es electivo a un punto fácil de encontrar por la palpación metódica, pudiendo te-

ner irradiaciones a los hombros o a la región lumbar.

No es común observar vómitos, pero cuando éstos existen (Obs. II y V), pueden ser desde alimenticios y hasta biliosos o fecaloides. La constipación es frecuente, pero pueden observarse períodos de diarrea (Obs. II), que es muy fétida cuando el absceso se evacúa por el intestino. Los trastornos respiratorios en esta variedad, son moderados o nulos, al contrario de lo que se observa en la forma a evolución torácica, sin embargo, puede observarse disnea, respiración dolorosa, hi-po y una inmovilidad más o menos completa del diafragma; el edema de la pared (Signo de Senator) suele observarse, lo mismo que la circulación venosa superficial.

Son sobre todo los signos físicos abdominales los que tienen importancia, signos que son variables con el sitio en que se localiza el absceso y que permiten distinguir las formas clínicas siguientes:

- 1.º Abscesos subfrénicos anteriores derechos del espacio interhepatofrénico derecho que se traducen por un abovedamiento situado en el epigastrio y sobre todo en el hipocondrio derecho (Obs. II); este tumor abarca irregularmente el área de un triángulo, limitado hacia arriba y a la derecha por el reborde costal, a la izquierda por una línea

convexa extendida desde el apéndice xifoides al ombligo respondiendo al ligamento falciforme y hacia abajo por una línea oblicua que va del ombligo al reborde torácico que responde a las adherencias que limitan al absceso por su parte inferior.

Por la palpación se pueden distinguir habitualmente dos zonas en la región abovedada, la zona inferior que responde a las adherencias peritoneales, es muy sensible a la presión y da una sensación de resistencia y hasta de dureza; la zona superior, que responde a la colección purulenta, es mucho menos sensible a la presión y da una sensación blanda y hasta de fluctuación cuando el pus está superficial.

Si el absceso no contiene gas, todo el tumor es mate y la zona de matitez se prolonga más o menos hacia arriba bajo la pared torácica, limitándose por una línea convexa que responde al diafragma. Cuando el absceso es gaseoso, puede ser sonoro en toda su extensión, pero generalmente la sonoridad está limitada a una zona de mayor o menor extensión situada en el punto culminante de la cavidad, que estando el enfermo en posición de decúbito dorsal, sería en la vecindad del ángulo formado por el apéndice xifoides y el reborde costal derecho. Si el enfermo está sentado, la región sonora se desplaza y viene a ocupar la parte superior del absceso bajo la pared torácica;

lo mismo cuando el enfermo se acuesta sobre el costado izquierdo, el epigastrio es mate y la sonoridad va a ocupar la parte externa del hipocondrio derecho en la vecindad de la línea axilar anterior.

2º Abscesos subfrénicos posteriores derechos o del espacio subhepático (Obs. IX), en los cuales la zona abovedada afecta también una forma irregularmente triangular, que ocupa el epigastrio y el hipocondrio derecho; pero hacia arriba este triángulo está limitado por el borde anterior del hígado adherente al reborde costal o a la pared abdominal y por lo general apreciable a la palpación. La zona de matitez del hígado está conservada, y cuando el absceso es gaseoso, la sonoridad no sube por arriba del borde hepático, aunque el enfermo esté sentado. El límite inferior del absceso puede descender hasta el ombligo y la tumefacción abdominal puede estar acompañada de una tumefacción lumbar.

3º Abscesos subfrénicos anteriores izquierdos o sean los de espacio interhepatogastrofrénico, que se traducen por un tumor que ocupa el epigastrio (Obs. I y V) y el hipocondrio izquierdo en una región triangular, limitada hacia afuera por el reborde costal izquierdo, hacia adentro por una línea convexa extendida desde el ombligo al apéndice ciego que responde al ligamento falciforme.

me desviado a la derecha, hacia abajo por una línea más o menos oblicua que va del ombligo a la parte inferior del reborde costal izquierdo que corresponde a las adherencias que unen el colon transverso a la pared abdominal. Si el absceso no contiene gas toda esta región es mate y la zona de matitez se insinúa bajo la pared torácica hasta el nivel del borde superior del diafragma donde está limitada por una línea convexa por arriba de la cual se encuentra la sonoridad pulmonar. Cuando el absceso contiene gas (Obs. I), se encuentra una región sonora que tiene su máximo en el punto culminante del absceso y que se desplaza cuando el enfermo cambia de posición.

4º Abscesos del espacio periesplénico o intergastroesplenofrénico que dan lugar a síntomas variables según su extensión; cuando el absceso es consecutivo a una úlcera gástrica, desciende generalmente bastante por debajo del reborde costal formando una tumefacción muy apreciable; si el absceso es de origen esplénico está situado muy profundamente bajo la pared costal y se traduce solo por signos generales de supuración acompañado de dolor difuso en el hipocondrio izquierdo y disnea más o menos marcada. Al examen se constata un ligero levantamiento de la pared torácica, y sobre todo la percusión demuestra una zona de matitez situada entre las líneas mamaria

y axilar posterior, que puede llegar por arriba hasta el 4º o 5º espacio intercostal.

Cuando el absceso es gaseoso se encuentra por arriba de la matitez una sonoridad que se desplaza con los cambios de posición del enfermo; casi siempre el absceso se acompaña de un derrame pleural y puede producir un descenso del bazo hasta hacerlo accesible a la palpación.

5º Abscesos subfrénicos posteriores izquierdos que son los que ocupan la retrocavidad de los epiplones y que se traducen por una tumefacción mediana localizada en el epigastrio y en una parte más o menos extendida del hipocondrio izquierdo, pudiendo prolongarse a veces hasta el hipocondrio derecho. El estómago, está siempre por delante del absceso dando una sonoridad que puede cubrir la matitez de la colección, pero es una sonoridad que no se desplaza con los cambios de posición del enfermo, lo cual lo distingue del timpanismo que darían los abscesos gaseosos.

En otros casos el pus llega a ponerse en contacto con la pared abdominal anterior rechazando hacia adelante el epiplon gastrocólico, y da entonces una matitez limitada hacia arriba por la sonoridad gástrica y hacia abajo por la del colon transversal; mucho más raramente el absceso puede rechazar el epiplon gastro hepático dando una zona mate por arriba de la sonoridad gástrica

(Barnard). Generalmente el absceso de la retrocavidad, al lado de síntomas abdominales, da síntomas torácicos (matitez hacia atrás y a la izquierda, disminución de vibraciones y del murmullo vesicular).

*Abcesos a evolución superior.*—Cuando el absceso subfrénico se desarrolla hacia arriba, rechazando el diafragma y el pulmón, la sintomatología es sobre todo torácica.

Los síntomas funcionales están caracterizados principalmente por disnea, (Obs. IV, VI, VII, VIII y X), como consecuencia del rechazamiento del pulmón; se observa a veces un síndrome frénico: hipo, dolor a la palpación al nivel de las inserciones del diafragma, el cual está atacado de un estado de parésia más o menos acentuada debida a la distensión exagerada, a la inhibición producida por el dolor y, según la ley de Stockes, a una paralización de las fibras musculares subyacentes a la serosa inflamada.

Sucede entonces que la parte alta de la pared abdominal y la parte baja de la pared torácica, correspondiente al sitio del absceso, quedan inmóviles y la respiración toma el tipo costal superior (Obs. IV y VII). La inflamación del diafragma se comunica al nervio frénico, lo cual puede ponerse de manifiesto por los puntos o botones dolorosos que son tres: el más importante es el botón dia-

fragmático de Geneau de Mussy situado en el cruzamiento de la línea que pasa por el borde del esternon, con otra que prolongue la 10ª costilla; los otros dos puntos son: uno mediano al nivel de la mitad del cuerpo del esternón (punto de Jousset) y otro cervical entre los dos haces del músculo esterno cleido mastoideo.

Lejars llama la atención sobre el dolor a la presión de los espacios intercostales (Obs. IV, VI, VII y VIII), que tiene ordinariamente su máximo al nivel del espacio que corresponde al pus y que puede servir de guía para la punción.

La tos y la expectoración no existen o son de escasa intensidad, con excepción del caso en que se haya formado una fístula torácica (Obs. X).

Los síntomas físicos son de gran importancia; a la inspección se constata una distensión de la base del torax e inmovilidad respiratoria (observaciones IV, VI, VII, VIII y X) con ensanchamiento de los espacios intercostales, disminución de la oblicuidad de las costillas (Geneau de Mussy), y a veces edema de la pared (Obs. VII), o circulación venosa superficial (Obs. VIII).

La palpación da datos respecto de la excursión respiratoria, la existencia de vibraciones vocales, y puede notar un descenso del hígado en los abscesos del lado derecho. A la percusión se encuentra en los abscesos no gaseosos, una matitez, que simu-

lando un derrame pleural, llega muy alto hasta la 3.<sup>a</sup> o 4.<sup>a</sup> costilla; a la derecha (Obs. VI, VII y X) pasa muy por arriba de la matitez hepática, y a la izquierda puede cubrir por completo la sonoridad del espacio de Traube.

En los abscesos gaseosos, la percusión indica hacia arriba una sonoridad timpánica que se confunde con la sonoridad pulmonar, hacia abajo, una matitez que desciende hasta el epigastrio, y las relaciones entre el timpanismo y la matitez se modifica cuando el enfermo cambia de posición (Obs. IV y VIII).

A la auscultación en los abscesos no gaseosos, se nota ausencia del murmullo vesicular en toda la zona de matitez, e inmediatamente por arriba el pulmón respira bien.

En los casos en que hay coexistencia de un derrame pleural, los signos propios a este último (soplo, egofonia) cesan al nivel del absceso el cual queda silencioso; sin embargo para algunos autores la colección subfrénica puede transmitir los soplos, la egofonia, etc. En los abscesos subfrénicos gaseosos se encuentran los signos de un pionemotorax (Obs. IV y VIII), de donde el nombre de pionemotorax subfrénico dado por Leyden a esta clase de abscesos.

De arriba hacia abajo se ausculta el murmullo vesicular normal, o soplo por comprensión del

pulmón, luego los signos de un pnoneumotorax: ruidos metálicos, respiración anfórica, sucusión hipocrática; a la izquierda puede haber resonancia metálica de los tonos cardíacos. El corazón está generalmente rechazado hacia arriba (Obs. IV).

Estos signos pueden no encontrarse netamente cuando existe pleuresia con derrame, pero puede existir una superposición de las zonas de matitez y sonoridad de arriba hacia abajo en la forma siguiente: sonoridad pulmonar, matitez del derrame pleural, timpanismo de la parte gaseosa del absceso y por fin matitez de su parte líquida (caso de Barlow).

*Abcesos retroperitoneales.* — Los abcesos retroperitoneales casi siempre de origen apendicular, se sitúan ordinariamente del lado derecho y se extienden primero de la fosa ilíaca a la región lumbar y después al espacio subfrénico. A veces el principio de estos abcesos es muy insidioso pero de ordinario la propagación de la infección hacia el diafragma da lugar a síntomas que pueden permitir el diagnóstico: dolor, tumefacción y matitez en la región lumbar, acompañado de fenómenos generales (obs. III).

El dolor presenta su máximo en la parte superior de la región lumbar con irradiaciones hacia el torax o hacia los flancos y fosa ilíaca, pudiendo extenderse hasta el miembro inferior que suele

estar flexionado por contractura del músculo psoas. Al exámen se encuentra una tumefacción que ocupa la región lumbar y llega hasta la base del torax; ella es siempre profunda y no se la siente bien sino por la palpación bimanual. Puede existir edema de la pared. La percusión muestra una zona de matitez posterior que ocupa la región lumbar y la base del torax llegando hasta el 7° u 8° espacio intercostal; los trastornos respiratorios existen generalmente aunque mucho menos marcados que en los abscesos intraperitoneales.

Ahora bien, cualquiera que sea su forma, el absceso subfrénico se acompaña de fenómenos generales bien manifiestos: la alteración del estado general es siempre muy marcada, el tinte es terroso o subictérico, piel seca lo mismo que la lengua, y el aliento fétido; rápidamente el enfermo adelgaza, pierde fuerzas y toma un aspecto caquéctico.

El pulso es frecuente e hipotenso; los chuchos y sudores son constantes, la fiebre que nunca falta, es tanto de tipo remitente como intermitente, a veces llama la atención la poca elevación de la temperatura en relación a la magnitud de la colección purulenta, lo cual ha querido explicarlo Hanot por la acción hipotermizante del colibacilo, huesped habitual de estos abscesos.

## V.—Evolución y complicaciones

La desaparición espontánea de un absceso subfrénico es muy excepcional, sin embargo se han citado algunos casos; es probable que el proceso por el cual esto se produce, sea similar al que se verifica en las apendicitis en vía de enfriamiento y en los exudados anexiales.

En la gran mayoría de los casos, si el enfermo abandonado no sucumbe por accidentes de septicemia, el pus se abre camino hacia las cavidades vecinas, de ordinario hacia la pleura o el pulmón, más raramente hacia la cavidad abdominal o hacia la piel; de ahí que se pueda dividir las complicaciones del absceso subfrénico, en torácicas y abdominales.

*Complicaciones torácicas.* — La frecuencia de las complicaciones pleurales en el curso de los procesos peritoneales supra-umbicales había lla-

mado la atención de los clínicos, siendo sobre todo en los abscesos subfrénicos, donde esta complicación toma mayor importancia, hasta hacer decir a Maydl, que la pleuresia es una complicación casi habitual en estos abscesos, que él la encontró en la proporción del 40 por ciento; Gruisen en el  $\frac{2}{3}$  de los casos; Perutz y Piquand en la proporción del 25 por ciento.

La pleuresia sobreviene en dos condiciones: consecutiva a una perforación del diafragma, o desarrollada por arriba de un diafragma intacto.

La perforación del diafragma se produce particularmente en ciertas variedades de abscesos; en los retroperitoneales. Explícate por el contacto más íntimo del pus con la pleura, al nivel de los hiatus diafragmáticos, mientras que los abscesos endoperitoneales están separados del diafragma por una lámina peritoneal que forma adherencias alrededor de la colección.

Así se explica también otra particularidad de la perforación, y es que ella es más precoz en las supuraciones retroperitoneales que en las endoperitoneales y esta precocidad tiene además como carácter, que las perforaciones de los abscesos retroperitoneales, se hace más frecuentemente en la pleura que en el pulmón; la pleuresia es más frecuente que la fístula brónquica. En efecto, para la formación de una fístula brónquica, es neces-

ria la adherencia previa de la base del pulmón al diafragma y estas adherencias no tienen tiempo de formarse debido a la rapidez de la perforación. Se forma entonces un pitorax o pnoneumotorax verdadero con síntomas clínicos violentos, representados por dolor, tos, disnea, angustia, fiebre, etc., síntomas tanto más graves cuanto mayor sea la magnitud de la colección invasora.

Las pleuresias sin perforación de la bóveda diafragmática, como complicación de los abscesos subfrénicos, son bastante frecuentes; Piquand las encontró en el 12 por ciento de los casos y Filkenstein en el 28 por ciento. Ella puede reducirse a una forma simplemente adhesiva limitada al seno costodiafragmático, el cual estando obliterado por las adherencias de las dos hojas pleurales, representa una disposición favorable para la intervención; puede tratarse de pleuresia serofibrosa (observaciones IV, VIII y IX), o purulenta (Obs. X).

El mecanismo según el cual esta complicación se produce, ha sido muy discutido, pero después de los estudios clínicos de Maydl y de los estudios anatómicos de Sappey, Cuneo y Küttner que comprobaron la comunicación de las redes linfáticas pleurales y peritoneales, los autores están de acuerdo en que es por los vasos linfáticos, que se produce la infección pleural.

El derrame serofibrinoso o purulento, formán-

dose progresivamente, no producirá modificaciones bruscas en el estado del enfermo, como sucede en los casos de perforación del diafragma, pero si el derrame es abundante y si hay colección piogaseosa, los fenómenos torácicos podrán imponerse haciendo pasar a segunda línea la sintomatología dada por el absceso.

Otras de las complicaciones torácicas son las pulmonares, entre las cuales tenemos, la vómica (Obs. X), la gangrena pulmonar y la neumonia. La vómica se ha hecho menos frecuente debido a la precocidad de la intervención, a pesar de que ella ha sido observada en enfermos intervenidos, explicándose esto por la iniciación previa del proceso pleuropulmonar que ha seguido su curso ulcerativo hasta comunicar con los bronquios (Körte).

La vómica supone siempre una perforación del diafragma con adherencias de éste a la base del pulmón, y la existencia de una fístula brónquica, la cual hace la comunicación entre el absceso y los bronquios, comunicación que puede establecerse de diversas maneras: 1.º comunicación directa del absceso y un bronquio a travez de una perforación diafragmática con ulceración de la base pulmonar; 2.º comunicación entre el absceso y las vías aéreas a través de la perforación diafragmática y por intermedio de un absceso de la base del pulmón; 3.º comunicación como en el

caso anterior pero existe un verdadero absceso supradiafragmático, de manera que se forma un absceso en bisac (Maydl).

La formación de la fístula brónquica y la producción de la vómica, son fenómenos tardíos; ésta puede aparecer bruscamente, pero en general comienza con fetidez del aliento y expectoración mucopurulenta que aumenta gradualmente y la vómica se produce entonces fraccionadamente durante largo tiempo, y constituyendo para el absceso un drenaje insuficiente que aumenta los fenómenos de hecticidad.

La constitución de la fístula modifica los síntomas objetivos del absceso subfrénico, de tal manera, que si se trataba simplemente de un absceso purulento, este se transforma en un absceso piogaseoso una vez que se ha establecido la comunicación con el exterior.

Si el pronóstico de la vómica es serio, no es solo porque la cavidad subfrénica se recontamina constantemente, sino también porque toda fístula brónquica va acompañada de supuración y gangrena pulmonar. La neumonía lobar ha sido observada fuera de toda fístula brónquica, no estando bien establecido si estas neumonías son inflamatorias o si son debidas a la infección del pulmón por los gérmenes del absceso subfrénico.

La pericarditis debe colocarse también entre las

complicaciones torácicas del absceso subfrénico; ella lo mismo que la pleuresia, puede sobrevenir con o sin perforación del diafragma, actuando en el último caso la vía linfática como transportadora de la infección. La pericarditis coincide comúnmente con pleuresia y como ella puede ser adhesiva, sero-fibrinosa o purulenta, siendo generalmente mortal; Lang la ha visto en la proporción del 9 por ciento, Finkelstein 5 por ciento y Piquand 3 por ciento.

Los autores se limitan a citar la posibilidad de una mediastinitis supurada por abertura del absceso subfrénico en el tejido celular del mediastino.

*Complicaciones abdominales.* — La abertura del absceso subfrénico en el peritoneo es poco frecuente; Maydl en 179 casos ha tenido 9 complicaciones de esta clase; Perutz ha observado 5 en 208 casos; Körte 1 en 60 casos y Piquand en el 4 por ciento de los casos, siendo siempre la muerte la consecuencia.

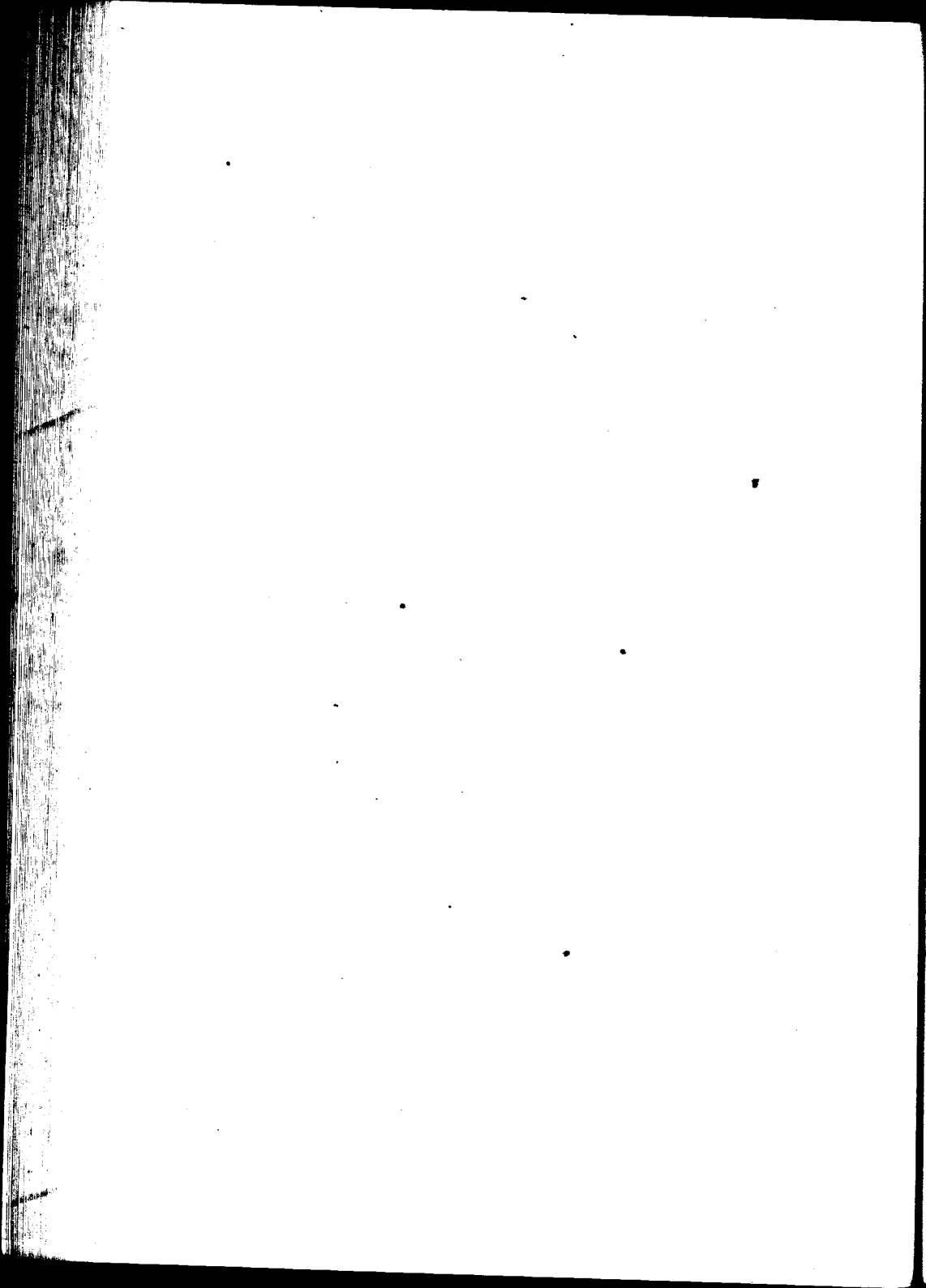
El absceso subfrénico puede también abrirse en las vísceras huecas (estómago e intestino) complicaciones que Maydl ha encontrado cuatro veces, confirmadas por la autopsia.

Entre las otras complicaciones se han citado las aberturas cutáneas del absceso aunque es muy raro y en los casos citados produce trayectos fistulosos interminables. Entre las complicaciones

a distancia se citan las paroditis, artritis, etc., que son comunes a las demás infecciones.

Como resumen de la frecuencia de las diversas complicaciones de los abscesos subfrénicos, según la causa que los ha producido, Piquand presenta el siguiente cuadro:

Causa del absceso	Perforación del diafragma		Abertura en la pleura		Pleurisia sin perforación		Abertura en el pericardio		Pericarditis sin perforación		Abertura en el peritoneo		Abertura en el intestino		Abertura en la piel		Peritonitis
Estómago .....	42	25	15	12			6	6			11	14	6			20	
Duodeno .....	5	3	2									1	1			6	
Yeyuno ileón y colon .....	7	2	6									1				4	
Apendicitis .....	59	29	26	30			1	5			4	7	3			16	
Hígado .....	8	5	3	8				2				3	1			2	
Vías biliares .....	12	10		7			2	3				4	9			5	
Bazo .....	4	2	2	23								1				2	
Páncreas .....	2	2		1								1				1	
Riñón .....	10	5	5	4							1	1	1				
Organos genitales femeninos	3	2	2							1		1				4	
Torax .....		12	9	7				3								2	
Tuberculosis .....	3	3	3	4										1		2	
Traumatismos .....	4		4	5				2		2						4	
Desconocidas y diversas ...	16	12	4	1				1						2		6	



## VI.—Diagnóstico

El diagnóstico de los abscesos subfrénicos presenta una serie de dificultades bien manifiestas, si se tiene en cuenta su diversa etiología, su evolución irregular y su sintomatología que además de no presentar signos patognomónicos, tiene puntos de contacto con la de otras afecciones. Estas dificultades explican suficientemente la mortalidad notable revelada por las estadísticas de Maydl, en una época en que el síndrome de Leyden acababa de describirse y en que el cirujano no se averturaba a intervenir sin una localización precisa.

Por otra parte la rapidez del diagnóstico tiene gran importancia desde el punto de vista quirúrgico, puesto que una intervención oportuna puede mejorar el pronóstico. Además para evitar errores que podrían ser fatales para el paciente es ne-

cesario pensar en la posibilidad de un absceso subfrénico, toda vez que una sintomatología vaga e indeterminada, llame en algún modo la atención sobre la región tóraco abdominal. «En el curso de una afección dolorosa de la base del torax, con estado general grave y con falta de tos y de expectoración, debe discutirse siempre el diagnóstico de pitorax o pionicomotorax subfrénico». (Paviot).

Ahora pueden presentarse dos eventualidades: 1.º aquella en que la enfermedad causal asuma tal importancia que llegue a encubrir al absceso subfrénico, y 2.º el caso en que los síntomas de aquella son muy vagos, que se encuentran con dificultad en los antecedentes del enfermo y no dan punto de apoyo para formular el diagnóstico. Por lo tanto debe tenerse presente que el absceso subfrénico es un proceso secundario, que su patogénesis es casi siempre abdominal, que toda vez que a fenómenos abdominales se agreguen síntomas que puedan ser interpretados como dependientes de derrames pleurales o afecciones torácicas, debe ponerse en tela de juicio el diagnóstico de absceso subfrénico.

De la misma manera, cuando se encuentra un derrame pleural, aun de poca importancia y en desproporción con el mal estado general del enfermo, en el caso de lesiones abdominales ma-

nifiestas, debe pensarse también en la existencia de una colección subdiafragmática, puesto que el pequeño derrame pleural puede ser el primer indicio de la infección de un espacio subfrénico. Esto será de gran importancia cuando la enfermedad se está iniciando y los datos clínicos faltan o son muy escasos; en este período, falta la tumefacción, puede faltar la inmovilidad respiratoria de la base del torax y el diagnóstico no puede basarse más que en los antecedentes (lesiones gástricas, duodenales, apendiculares, biliares, etc.), en el dolor agudo, en los puntos dolorosos diafragmáticos de Geneau de Mussy, que son precoces en su aparición y que se revela comprimiendo por debajo del reborde costal (Zagari), y en el derrame pleural seroso (Lepéyre).

Otro de los elementos del diagnóstico al cual Leyden y Jaccoud han dado gran importancia, es el modo como se inicia la enfermedad. En efecto, ellos consideraban que la afección va precedida por fenómenos abdominales que se presentan durante un tiempo más o menos largo antes que la colección subfrénica se ponga de manifiesto, (período abdominal de Jaccoud). Por lo tanto debe llamar la atención que una afección que se caracterice por síntomas de empiema o pioncumotorax, no haya sido precedida por síntomas pulmonares, sino por síntomas abdominales.

Al hablar de la sintomatología, hemos visto que los abscesos subfrénicos podían desarrollarse hacia el abdomen, hacia el torax o hacia la región lumbar y que a cada una de estas formas correspondían síntomas particulares; del mismo modo, los elementos del diagnóstico varían con la forma correspondiente.

*Abscesos subfrénicos a evolución abdominal.* —

En el diagnóstico del absceso subfrénico a evolución abdominal, debe considerarse el modo de iniciación del proceso, ya bajo la forma aguda de peritonitis, cuyos fenómenos se atenúan para circunscribirse a la región supra-umbilical donde el examen objetivo podrá descubrir los signos de un absceso subfrénico; ya bajo la forma subaguda que se caracteriza por la lentitud de la evolución.

Ahora en presencia de una tumefacción de la región epigástrica o hipocondrio-epigástrica deberá establecerse:

- 1.º Su naturaleza, neoplásica o inflamatoria.
- 2.º Su sitio; si siendo inflamatoria, que relación tiene con el diafragma y en que espacio se localiza.
- 3.º Su origen, es decir, de que órgano depende.

Respecto a la naturaleza de la tumefacción, ésta podrá ser considerada como neoplásica en caso de que el absceso fuera solo purulento y que las adherencias inflamatorias hayan llegado a infiltrar las paredes, dando gran dureza y difusión al

tumor; esto sucedió en un caso de Hilton Fagge y de Hartmann, relatado por Gely, en que se había diagnosticado carcinoma gástrico difuso y la autopsia reveló un absceso subfrénico consecutivo a una úlcera gástrica. El diagnóstico diferencial se basará sobre la evolución más rápida del absceso subfrénico, en la edad del sujeto, su estado general, la temperatura oscilante, el examen de sangre y en los resultados de una punción exploradora. Establecida la naturaleza inflamatoria de la lesión, se tratará de localizarla.

Si la tumefacción es netamente epigástrica mate o timpánica, habrá que establecer si el foco es pre o retrogástrico; la insuflación del estómago propuesta por el Guinard para el diagnóstico de las colecciones de la retrocavidad de los epiplones, es infiel sobre todo cuando se trata de una colección piogaseosa; por otra parte, la prominencia de un foco de la retrocavidad al través del epiplon gastro hepático puede simular un absceso del subhepático.

En presencia entonces de un tumor epigástrico hay que pensar en la posibilidad de una colección de la retrocavidad de los epiplones, donde puede acumularse pus, por perforación de la cara posterior del estómago o por una pancreatitis. En el primer caso, el absceso habrá aparecido en forma aguda, en el segundo, la evolución habrá sido su-

baguda y además podría aparecer el síndrome pancreático, (caquexia, esteatorrea, glicosuria) y el líquido de punción tener los caracteres del jugo pancreático.

Si la tumefacción es epigastrio hipocóndrica, esta podrá ser izquierda o derecha; en el primer caso, una vez establecido que se trata de una colección purulenta o piogaseosa (por los signos físicos, alteración del espacio de Traube, examen de sangre, punción exploradora) se puede deducir según su volumen que tenga relaciones con el diafragma y que su origen puede estar en el estómago, colon o bazo; en el segundo caso, las relaciones de la colección con la bóveda diafragmática, dependen de su extensión y según sea el espacio suprahepático o subhepático el ocupado, por más que no todos los autores admiten que una colección subhepática sea considerada como subfrénica. En efecto, una supuración iniciada en el espacio subhepático, por colecistitis, angiocolitis, perforación del duodeno, hasta que es de poco volumen, no puede tener grandes relaciones con la bóveda diafragmática y solo las tiene con la porción del diafragma que está por debajo del ligamento coronario; en tal caso si bien se puede determinar el área hepática por sobre el absceso, sobre todo si este es gaseoso, será difícil clasificar tal absceso como subfrénico y solo la interven-

ción o la autopsia podrán establecerlo (Piquand).

Los abscesos subfrénicos a evolución abdominal se pueden confundir con abscesos hepáticos de la cara convexa del órgano y con los quistes hidatídicos supurados de la misma región, sobre todo cuando estos son gaseosos, es decir, que se trata de pnoneumoquistes. (Devé).

Por lo que respecta a los abscesos intra-hepáticos, uno de los signos diferenciales es la ictericia, generalmente ausente en los subfrénicos, por más que esto tiene sus excepciones; los antecedentes de una enterocolitis disintérica, hablan en favor de un absceso del parénquima, lo mismo que la ausencia de gas en el tumor. La hiperleucocitosis de los abscesos del hígado ha sido propuesta como signo diferencial, pero como se comprende es bien difícil decir donde termina una hiperleucocitosis atribuida a un absceso subfrénico, y donde comienza una hiperleucocitosis que pueda hacer pensar en un absceso del hígado.

En cuanto a los quistes hidatídicos supurados, su diagnóstico con el absceso subfrénico es bien difícil, sobre todo cuando se acompañan de desarrollo gaseoso, es decir que se trata de pnoneumoquistes, siempre de naturaleza hidatídica. Las dos afecciones pueden empezar por los mismos accidentes abdominales: dolor agudo en el vientre, vómitos, fiebre, chuchos, sudores y después

los signos clínicos se superponen: tumor epigástrico, levantamiento del reborde costal, edema de la pared etc.

«La forma esférica y regular del tumor, irá en favor de colección intra-hepática; el exámen radioscópico podrá revelar una cavidad circular ahuecada en la sombra del hígado, con una napa líquida movable; y puesto que la bolsa gaseosa intra-hepática, es siempre de origen hidatídico, habrá que buscar en los antecedentes del sujeto, los signos de quistes cuando éste no era todavía supurado: disgusto por las grasas, epítasis, dolor en el hombro derecho, urticaria, etc» (Devé). Sin embargo, el diagnóstico no es tan sencillo según lo prueban las mismas observaciones de Devé, en que se ha intervenido con diagnóstico de absceso subfrénico gaseoso encontrándose un pioneuomocisto y viceversa.

Pero tanto los abscesos hepáticos como los quistes, pueden complicarse de colección extrahepáticas por abertura directa del absceso en un espacio subfrénico, o por difusión a través de la vía linfática; entonces el diagnóstico de sitio y etiología será aun más difícil y será sobre todo la intervención la que revelará la localización y el origen de la colección.

*Abscesos subfrénicos a evolución torácica.* — En el diagnóstico del absceso subfrénico a desarro-

llo torácico, diagnóstico diferencial con el pitorax y pnoneumotorax verdadero, hay que distinguir el caso en que el abceso se acompaña o no de complicaciones pleuro pulmonares, y también tener en cuenta si los síntomas de colección de la base del torax pueden ser relacionados con recientes trastornos abdominales que serían los productores de una peritonitis circunscripta, a lo cual Leyden y Jaccoud habían dado gran valor.

Se tendrá presente que la sintomatología, siempre que no existan complicaciones, está limitada a la región toraco abdominal; la ausencia de tos y de expectoración, la disnea, la respiración costal superior, la posición alta de la punta del corazón; el descenso del hígado perceptible a la palpación cuando no hay gran defensa muscular.

Sospechando ya con estos síntomas, que se está en presencia de un abceso subfrénico, se completará el exámen notando a la inspección, la inmovilidad de la base del tórax, circulación venosa superficial, disminución de la oblicuidad de las costillas (Geneau de Mussy), a la palpación, el dolor, edema de la pared, sensación de resistencia, pérdida de la elasticidad de la base del tórax y la presencia de vibraciones que indican que el pulmón está en contacto con la pared torácica.

La percusión y la auscultación revelarán el límite superior del tumor por la separación entre la

sonoridad normal del pulmón y la matitez del abceso, del timpanismo en caso de que éste sea gaseoso; la persistencia del ruido respiratorio normal en ambos pulmones, demostrando que a pesar de los signos de derrame pleural los pulmones están intactos. A estos signos diferenciales dieron gran valor Leyden, Pfühl y Jaccoud, el cual sin embargo hizo notar que cuando el diafragma está muy rechazado hacia arriba por el falso pionemotorax, el tejido pulmonar sufre una condensación lo cual a la auscultación se traduce por un soplo y solo cuando la compresión es ligera o mediana puede oírse el ruido pulmonar normal. Pero la parálisis precoz del diafragma y las complicaciones pleuropulmonares tan frecuentes, dificultan mucho la investigación de los signos de Leyden y Pfühl haciendo el diagnóstico más difícil. Un derrame pleural seroso o purulento modifican los síntomas precedentes poniendo grandes dificultades si la colección no contiene gas, más si se trata de un falso pionemotorax, los datos que derivan de la presencia del gas entre el líquido pleural y el pus del abceso y matitez hepática harían el diagnóstico menos complejo. Mayores serán las dificultades cuando se trate de diferenciar un abceso subfrénico gaseoso a evolución torácica, de un pioncumoquiste primitivo del hígado, desarrollado en la cara convexa del

órgano y en relaciones directas con la bóveda diafragmática; «en los casos de quistes ignorados que han sufrido la transformación gaseosa, el diagnóstico diferencial llega a ser imposible por los síntomas locales, sin embargo podría llegarse al diagnóstico del pionemoquiste, atendiendo a la gravedad de la sintomatología general y a las alteraciones miocárdicas que no son compañeras habituales de las perihepatitis supuradas. La fiebre, el dolor, el descenso y congestión del hígado, las alteraciones intestinales, pueden ser síntomas que a ambos procesos correspondan, pero el corazón no flaquea tan rápidamente, su musculatura no degenera ni cede como en los pionemoquistes. Por cierto que esto es debido a la acción séptico tóxica del proceso pútrido intraquistico» (Spangenberg).

*Abcesos subfrénicos a evolución lumbar.* — Los abcesos subfrénicos retroperitoneales de origen renal o apendicular, cuando han adquirido un gran volumen y un desarrollo aparentemente torácico, no podrán distinguirse siempre de los endoperitoneales, tanto más, cuanto que ellos dan rápidamente complicaciones pleurales por perforación diafragmática o al través del hiatus costo-lumbar de Henle. El edema y el dolor en la región lumbar podrán hacer pensar en una colección subperitoneal subfrénica; pero si el abceso es pequeño,

difícilmente será diferenciado de una pionefrosis o de un tumor renal y solo la intervención quirúrgica dará la clave del diagnóstico.

Ahora, en el estudio de un absceso subfrénico, no obstante un prolijo examen clínico, habrá que recurrir muchas veces a métodos complementarios de diagnóstico, entre los cuales están: la punción exploradora; los rayos X; y el exámen hematológico.

*Punción exploradora.* — Es un método de gran importancia, usado en el diagnóstico de los absesos subfrénicos por Pfühl desde el año 1880. Cuando del exámen del enfermo no resultan elementos seguros de diagnóstico, la punción puede dar grandes servicios; de manera que ella debe ser el complemento necesario de un exámen clínico que haga sospechar la presencia de una colección subfrénica. Por otra parte ella es inofensiva cuando se hace asepticamente y con aguja apropiada, munida de su correspondiente jeringa.

La punción debe hacerse en el lugar de mayor tumefacción y de mayor dolor a la presión, y siempre por debajo de una zona de timpanismo en caso de que el absceso sea gascoso; generalmente corresponde a los últimos espacios intercostales (9.º, 10.º, 11.º) y aun por debajo del reborde costal entre las líneas axilares anterior y posterior; pero si el absceso tiene un desarrollo abdo-

minal formando un abultamiento en el epigástrico, la punción se hará sobre el tumor.

La introducción de la aguja debe ser gradual y aspirando continuamente; si la punción diera resultado negativo no hay inconveniente en repetirla, más hacia adelante o hacia abajo, pues muchas veces después de varias tentativas infructuosas se logra dar con el pus (Lejars). Al retirar la aguja debe aspirarse con la jeringa para evitar una infección de la pleura y tejido celular.

Cuando la punción fuera positiva, podrían surgir dudas respecto si el pus es de origen supra o subdiafragmático; la posición de la aguja, como estando por debajo del diafragma, los caracteres del pus que hagan sopechar su origen abdominal, como también la investigación de los signos de Pfühl, de Jaffé, de Furbringer y de Schüllern, serán una ayuda para el cirujano.

El signo de Pfühl se funda en datos manométricos, según la presión a que está sometido el pus, sea que se encuentre por arriba o por debajo del diafragma; esta presión, está en relación directa de los movimientos respiratorios, pero está en razón inversa en el torax y en el abdomen. Durante la inspiración ensanchándose la caja torácica y bajando el diafragma, se tiene una disminución de la presión torácica y aumento de la presión abdominal; durante la expiración

se tiene, en cambio, aumento de presión torácica y disminución de presión abdominal, por el ascenso del diafragma. De esto se deduce, que aplicando un manómetro a la cánula de exploración, tendremos, que si la columna manométrica asciende en la inspiración y baja en la expiración, la colección estará por debajo del diafragma; en cambio, si asciende en expiración y baja en inspiración, la colección será torácica.

Tal signo fundado en un exacto fenómeno físico no responde siempre en la práctica, porque en los casos patológicos, el diafragma paresiado o paralizado, disminuye mucho su acción sobre la presión torácica y abdominal, de manera que las diferencias de presión son apenas apreciables.

El signo de Jaffé está fundado en el mismo principio que el precedente y no es más que una simplificación; en lugar de aplicar un manómetro, se juzga según la presión a que sale el pus, así si el absceso es subfrénico, la salida del pus aumenta en la inspiración y disminuye en la expiración, mientras que lo contrario sucedería si la colección fuera torácica.

El signo de Furbringer consiste, en que cuando la aguja ha atravesado el diafragma y siendo la punción positiva, su pabellón traduce exteriormente pero en sentido inverso, los movimientos que el músculo imprime a la punta; es decir, que

en la inspiración, descendiendo el diafragma y por lo tanto la punta de la aguja que la atraviesa, el pabellón se elevará proporcionalmente al descenso de la punta. Lo inverso pasaría en expiración.

La constatación de este signo es entonces de gran interés, pero su ausencia no permite deducir que el diafragma no está atravesado por la aguja y que el pus no es subfrénico, pues el músculo puede estar inmovilizado por parálisis funcional, por la compresión del abceso y por las adherencias freno-costales.

El signo de Schüllern está basado en que la punción hecha cuando hay concomitancia de derrame pleural, permitiría constatar la existencia de líquidos diferentes, según que ella sea superficial o profunda. Superficial, el líquido sería seroso, profunda, purulento. A todos estos signos se agrega el exámen del pus recojido, exámen sobre cuya importancia no hay necesidad de insistir.

*Radioscopia.* — Los rayos X son un complemento muy importante en el diagnóstico de los abscesos subfrénicos, sobre todo de los que se desarrollan hacia el torax.

En la imagen radioscópica tóraco-abdominal de los individuos sanos, se encuentra de arriba hacia abajo: una zona clara correspondiente al pulmón, una banda oscura que describe una curva a convexidad superior, más elevada a derecha que a

izquierda y que corresponde al diafragma móvil con los movimientos respiratorios; luego una zona oscura a la derecha, debida al hígado, y una zona clara a la izquierda correspondiente al estómago (Béclère).

En los casos de abscesos subfrénicos, se constata del lado de la colección, que la cúpula diafragmática está levantada más o menos hacia el torax, con un gran desnivel entre la mitad enferma y la mitad sana. Por otra parte, en el lado sano el diafragma se mueve normalmente con los movimientos respiratorios y el espacio costo-diafragmático está libre, mientras que en el lado enfermo el diafragma está casi inmóvil y el espacio costo-diafragmático correspondiente ha desaparecido por adosamiento del diafragma a la pared costal.

Si el absceso es piogaseoso, por debajo de la imagen diafragmática se tiene una zona transparente que cambia con los movimientos del enfermo, y por debajo de ella hay una opacidad que a la derecha se confunde con la sombra del hígado.

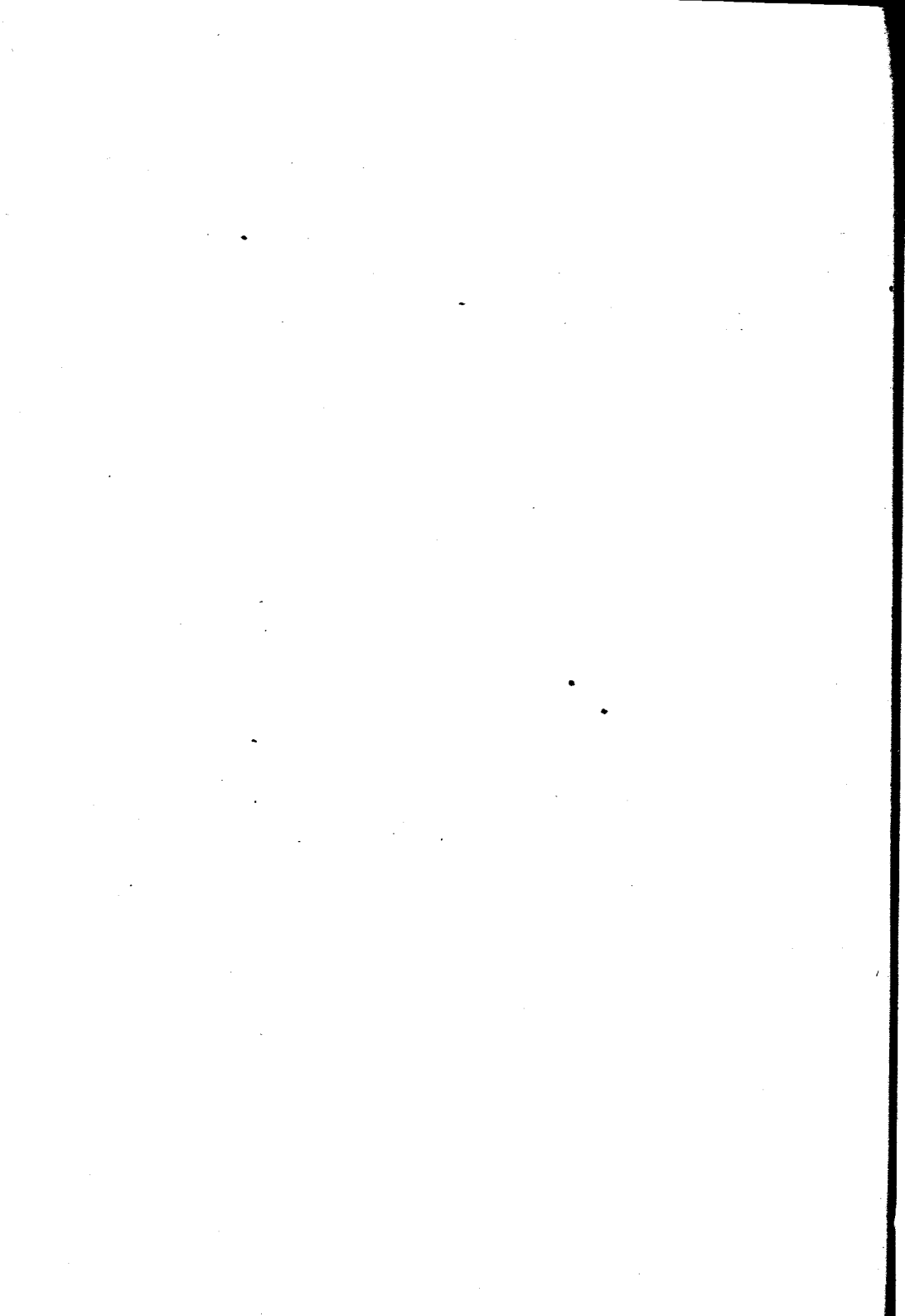
En los casos en que el colon transversal se insinúa entre el hígado y el diafragma, puede dar una imagen clara que haga pensar en la existencia de un absceso gaseoso (Béclère). Cuando el absceso es no gaseoso, por debajo del diafragma se tiene una zona oscura que se confunde con la del hígado, siendo entonces dificultoso establecer si la

tumefacción que levanta el diafragma, está en el hígado o por arriba de él. Aquí debe tenerse en cuenta que la inmovilidad del diafragma y la desaparición del seno costo diafragmático hablarán en favor de abceso subfrénico.

Hay que considerar después los casos en que se agrega un derrame pleural el cual se acumula en los contornos del diafragma y su límite superior es horizontal o cóncavo, mientras que el diafragma es convexo; además la sombra del derrame se confunde con la sombra del corazón, la cual está por arriba del arco diafragmático cuando el tórax está libre de derrame. Si el abceso fuera gaseoso, su zona transparente estaría entre la zona oscura del derrame pleural y la zona oscura del pus y del hígado, con lo cual se facilitaría el diagnóstico.

*Exámen hematológico.* — En el diagnóstico de los abscesos subfrénicos puede dar datos de interés el exámen de la sangre: Curshmann que ha estudiado la hiperleucocitosis en los abscesos intraabdominales, deduce que ella oscila desde la cifra normal hasta 20 o 25 mil en el momento de formación del abceso y que este signo se presenta con anterioridad a los otros síntomas; se constata también disminución de la talla de hemoglobina.

Si el abceso es evacuado quirúrgicamente o espontáneamente por perforación del intestino u otra vía, la leucocitosis baja rápidamente.



## VII.—Pronóstico

El pronóstico de los abscesos subfrénicos es siempre gravísimo y está bajo la dependencia de varios factores, entre los cuales tenemos los siguientes: causa del absceso, presencia o falta de complicaciones, tratamiento instituido y mayor o menor precocidad de éste.

Las cifras globales de mortalidad han ido disminuyendo de las estadísticas antiguas a las más recientes, así tenemos que del 72 % dado por Maydl en 1894 ha bajado gradualmente al 67 % según Filkenstein, al 40 % según Perutz y al 30 % dado por Piquand en 1909.

Desde el punto de vista quirúrgico, importa considerar el pronóstico, en los casos operados y en los casos no operados, puesto que la mejoría espontánea de los abscesos subfrénicos no ha sido constatada todavía, viéndolos en cambio termi-

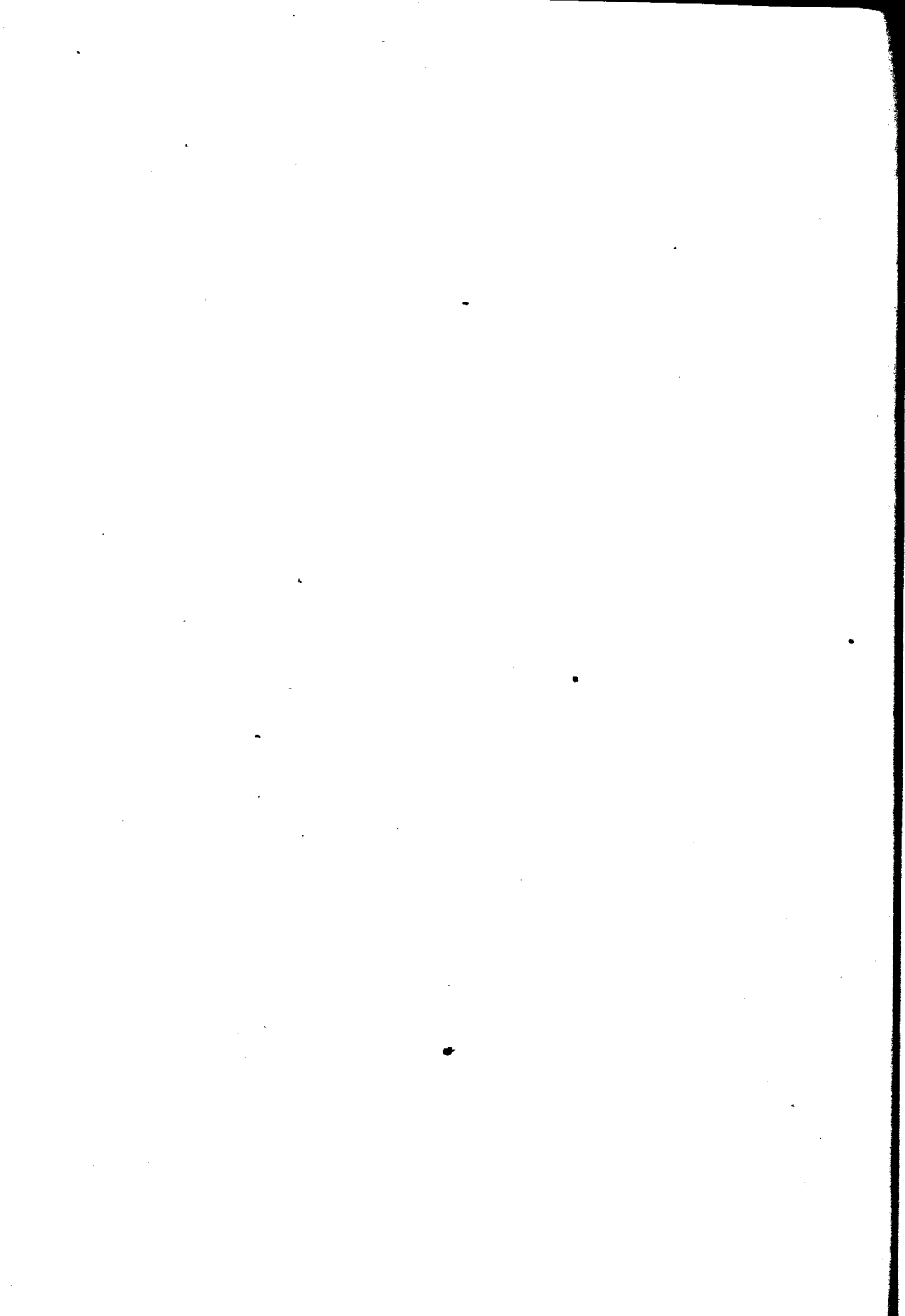
nar siempre por la muerte (Ramadan). Si bien Maydl cita 6 casos de mejoría espontánea en 103 y Perutz 8 en 53 casos, debe tenerse en cuenta que esto es muy excepcional y que cuando ello pasa, se debe en general a una vómica o a la abertura del absceso en el intestino.

Pero para el cirujano tiene mucho más importancia los casos de mejoría y de muerte después de la intervención quirúrgica, puesto que el pronóstico de los abscesos subfrénicos tratados quirúrgicamente, bien que menos sombrío es aun grave. Precocidad de diagnóstico y precocidad de intervención son dos elementos indispensables para el éxito, pues de esta manera se puede prevenir las complicaciones que son siempre muy graves, y evitar que el enfermo entre en un estado piohémico que es generalmente mortal.

Las estadísticas de mortalidad en los casos operados son: Piquand 30 %; Maydl 48 %; Finkelstein 44 %; Körte-Gruneisen 33 %; Perutz 26 %. Comparando las diversas variedades de abscesos subfrénicos se vé que los más graves son los consecutivos a una perforación del intestino, pues dan un 72 % de mortalidad; luego vienen los consecutivos a una perforación del estómago con 43 % de mortalidad operatoria y los abscesos de origen tuberculoso con 42 %; después están los de origen apendicular con 34 %; los de origen

renal y pancreático con 26 %, los de origen hepático, 25 %, y en fin los consecutivos a traumatismos con 23 % de mortalidad (Piquand).

De nuestras diez observaciones, cuatro abscesos subfrénicos llegaron a la muerte; dos eran producidos por apendicitis (obs. VI y VII); uno por absceso hepático (obs. IV) y uno por quiste hídrico supurado del hígado (obs. X).



## Tratamiento

Los raros casos de mejoría por vómica, por evacuación intestinal, por ulceración de la piel etc., no pueden ser invocados para justificar una terapéutica expectante, una vez que ha sido diagnosticado un absceso subfrénico, tanto más cuanto que las comunicaciones espontáneas con el exterior son causa de complicaciones que agravan las condiciones del paciente y que igualmente imponen la intervención quirúrgica. Dada entonces la gravedad del pronóstico de los absesos abandonados a su propia evolución, una vez hecho el diagnóstico, es necesario evacuar el pus antes que complicaciones pleuro-pulmonares y graves accidentes pihémicos disminuyan las probabilidades de éxito.

La preparación previa del enfermo con el objeto de levantar el estado general es de gran impor-

tancia y será regida por las exigencias de cada caso; ella se hará por medio de los tónicos cardíacos corrientes (cafenia, aceite alcanforado), y por inyecciones de suero fisiológico.

Otro punto muy importante es el que se refiere a la anestesia a que debe ser sometido el paciente; en los casos en que el estado general y del corazón no sean graves, no habrá inconveniente en usar la anestesia general con éter, cloroformo o combinada usando el aparato de Roth-Draeger que tiene la ventaja de administrar también oxígeno; pero si se trata de enfermos cuyo estado general está muy atacado, es indudable que la anestesia general será dañosa, debiendo emplearse más bien la anestesia local, hecha ya sea simplemente con compresas de éter y con cloruro de etilo, o sino por medio de inyecciones de novocaína-adrenalina con las cuales se podrá hacer una buena anestesia regional.

Por lo que se refiere a la elección de la región donde debe practicarse la intervención, hay que tener en cuenta que los abscesos subfrénicos pueden desarrollarse hacia adelante (evolución abdominal), hacia arriba (evolución torácica) y hacia atrás (evolución lumbar), siendo por lo tanto tres las vías que puede elegir el cirujano, adoptando el procedimiento operatorio a la situación especial del absceso y al lugar donde correspondan los

principales signos físicos: tumefacción, matitez, dolor etc.; de manera que se harán entonces incisiones de necesidad más bien que de elección.

Además de ser practicada en sitio adecuado, la incisión deberá ser amplia de manera que drenen fácilmente los productos de secreción del absceso, debiéndose por lo tanto, considerar intervención insuficiente la simple punción evacuadora; siendo esta tan útil en el diagnóstico como inútil e insuficiente en el tratamiento (Lejars). La intervención puede ser simple si la colección es abundante y toma amplio contacto con las paredes tóraco-abdominales; muy al contrario puede ser una operación dificultosa si el pus está profundamente situado, en cuyo caso el cirujano se prepara una vía al través de las paredes, para llegar al foco purulento.

Como ya hemos visto son tres las vías de acceso; no todas tienen el mismo valor terapéutico y más de una vez se deberá completar la intervención, recurriendo a contraaberturas hechas en sitio conveniente para el drenaje.

*Operaciones por vía abdominal.* — Las incisiones hechas por esta vía, no son verdaderas laparotomías sino incisiones laparotómicas, puesto que la cavidad peritoneal no debe ser abierta. Con estas incisiones se atacan los absesos a des-

arrollo anterior, epigástrico o epigastrio-hipocóndrico.

La insición será mediana supraumbilical, cuando en esta región se encuentre la parte más prominente del tumor; pero si este es más bien lateral, la insición será también lateralizada, sobre el borde del músculo recto o al través de él. Pero si el absceso tiene un desarrollo más bien hipocóndrico que epigástrico, con insinuación bajo el reborde costal se recurrirá a una insición paralela a este reborde, completada por operaciones secundarias dirigidas sobre el esqueleto torácico, constituyendo entonces la vía denominada abdominotorácica. En los abscesos muy extendidos y profundos, Picqué aconseja practicar una incisión curva a concavidad inferior o subcostal bilateral, por medio de la cual la cavidad queda ampliamente abierta y constituye una buena disposición para la curación de la profundidad a la superficie. En los mismos casos de grandes abscesos, la insición anterior puede constituir un escaso drenaje y entonces la operación deberá ser completada por una contraabertura hecha en el punto declive y correspondiendo a un espacio torácico o a la región lumbar.

Abierto el absceso y evacuado el pus, se limpiará bien la cavidad antes de drenarla, tratando de investigar la causa originaria, absteniéndose

como se comprende de toda maniobra visceral, y solo deberá tratarse la causa cuando ésta se encuentre en una perforación de un órgano hueco (estómago, intestino), perfectamente al alcance del cirujano (Obs. I), por más que no todos los autores están de acuerdo con esto, porque las suturas en campo séptico además de ser de difícil ejecución por tratarse de tejidos infiltrados, son de resultado dudoso y porque durante las maniobras se pueden desgarrar adherencias que están separando el absceso del resto de la cavidad peritoneal.

Por otra parte, las perforaciones pueden curar espontáneamente por granulación, contemporáneamente a la curación del absceso; sin embargo, la sutura de las perforaciones ha sido practicada con buen resultado por Page, Van Layr, Dunn y por Palma entre nosotros. Si el absceso, aun haciendo proeminencia en la región hipocóndrica, se insinúa profundamente bajo el diafragma, una insición vertical u oblicua puede ser insuficiente para la amplia abertura y el drenaje de la colección, por lo cual la insición laparotómica simple fué unida a una operación complementaria dirigida sobre el reborde costal con el objeto de suprimir el obstáculo.

Lannelongue fué el primero que pensó en utilizar la disposición anatómica recíproca del re-

borde costal y del fondo de saco pleural, para abrir una brecha a las lesiones hepáticas y perihépáticas al través de la pared toraco-abdominal.

En efecto, el límite de la pleura a partir del borde del esternón, sigue el 6.º espacio intercostal hasta cruzar el 7.º cartílago costal a 15 milímetros por adelante de la articulación condro costal correspondiente; luego el 8.º cartílago a 7 milímetros por adelante de la articulación condro-costal, el 9.º y 10.º a 1 centímetro por detrás de sus articulaciones condro-costales y la 11.ª costilla a 2 centímetros de su extremidad anterior. Resulta entonces que el borde costal cartilaginoso puede ser resecado sin peligro de abrir la pleura, en el espacio comprendido entre la 7.ª y la 10.ª costilla inclusive.

El método de Lannelongue utilizado sobre todo por Canniot, fué muy bien descripto por Monod y Vanverts y consta de los tiempos siguientes.

- 1.º Incisión de la piel y de las partes blandas subcutáneas, que partiendo del ángulo xifo-costal sigue el reborde costal y lo cruza al nivel de la línea axilar anterior donde termina;
- 2.º descubrimiento de la cara externa del reborde costal;
- 3.º corte de los cartilagos costales y de las costillas 9.ª y 10.ª al nivel de las articulaciones condro costales, y la 7.ª y 8.ª a un centímetro por delante de las mismas articulaciones;
- 4.º resección

del colgajo cartilaginoso por desinserción en su parte interna, de los músculos tranverso y diafragma; 5.º abertura del espacio subfrénico cortando el diafragma.

Auvray ha simplificado el método precedente y lo describe en la siguiente forma: «desinserción de los músculos de la cara externa y del borde inferior del torax; corte vertical en todo su espesor, del cartílago de la 9.ª costilla; levantamiento de los dos colgajos costales y desinserción de arriba hacia abajo de las fibras musculares de su cara profunda, al ras de los cartílagos para no herir la pleura; resección y ablación de los dos colgajos cartilaginosos; abertura del espacio subfrénico, previo rechazamiento hacia arriba, del fondo de saco pleural.»

A la resección definitiva del reborde costal, se ha querido sustituirla por la resección temporaria, según Mickulicz y Marwedel; hacen una insición paralela al reborde costal y a 3 centímetros por debajo de él, desde el apéndice xifoides a la 10.ª costilla; llegando al esqueleto, levantan un colgajo cutáneo muscular hasta abordar la extremidad esternal del 7.º cartílago costal el que se corta junto con el 8.º y 9.º cartílago, un poco por fuera de las articulaciones condro costales. Se desprenden las inserciones musculares de su cara profunda y se obtiene un colgajo que puede amplificarse

más aun, con la resección de la 10.<sup>a</sup> costilla, la cual pone al descubierto el fondo de saco pleural, por debajo del cual puede ser incindido el diafragma.

Estos procedimientos abdomino-torácicos han encontrado pocos partidarios, y los autores están de acuerdo en que cuando un absceso subfrénico no es fácilmente accesible por la vía abdominal, conviene atacarlo por el punto más declive entre los espacios intercostales del torax posterior.

*Operaciones por la vía transpleuro-diafragmática.* — Este método es el más importante de todos los propuestos para la abertura de los abscesos subfrénicos; y si se tiene en cuenta que la mayor parte de las veces, los abscesos se desarrollan hacia el torax, se comprende que la vía transpleural sea la que sigue más frecuentemente.

Rose en 1864 fué el primero en proponer esta vía para atacar los abscesos y quistes de la cara superior del hígado, pero el procedimiento operatorio no fué sistematizado sino después de los trabajos de Israel, Maydl y Segond.

La abertura del espacio subfrénico por vía transpleural puede ser practicada, ya sea sobre la región lateral o posterior del torax; la elección depende de los datos sacados de la exploración, y en general se practica la incisión donde los síntomas físicos son más manifiestos y donde la punción exploratriz ha dado resultados positivos.

Si los signos físicos y la punción exploradora, no dan una indicación exacta, se aconseja practicar la insición al nivel de la línea axilar posterior, paralelamente a las costillas y lo más bajo posible, siendo una práctica frecuentemente seguida, aquella de dejar la aguja exploradora para que sirva de guía, cuando la punción ha sido positiva.

En algunos casos el absceso subfrénico ha sido abierto al través de un espacio intercostal, pero se comprende facilmente que esto sea insuficiente, por lo cual se hace siempre la resección subperióstica de una o varias costillas, generalmente la 9.<sup>a</sup> en una extensión de 10 centímetros, siguiendo con la resección de la 8.<sup>a</sup> o la 10.<sup>a</sup> en caso necesario.

Resecada la costilla según la práctica corriente, para llegar al absceso habrá que incidir sucesivamente, periostio, músculos intercostales, pleura parietal, diafragmática y diafragma al través del espacio complementario costo-diafragmático, pudiendo presentarse tres eventualidades:

- 1.º Obliteración del espacio complementario.
- 2.º Integridad de la pleura.
- 3.º Derrame pleural seroso o purulento.

El primer caso es la disposición más favorable, porque con la soldadura de todos los planos, la insición irá a caer seguramente en el espacio sub-

frénico; el segundo caso, en que la pleura no participa del proceso inflamatorio (en el 30 por ciento de los casos según Körte), existen dos peligros: el neumotorax y la infección de la pleura, a pesar de que las condiciones anátomo-patológicas facilitan la intervención. En efecto, por el levantamiento del diafragma, el seno costo diafragmático aumenta su extensión vertical, el diafragma se adosa a la pared costal, el pulmón es rechazado hacia arriba y el seno costo diafragmático es completamente virtual; de ahí que se puede abrir el absceso, teniendo la precaución de incidir la pleura lo más bajo posible y hacer comprimir el borde superior de la incisión contra el diafragma.

Pero con el descenso del diafragma al evacuarse el pus, el saco pleural podría comunicar con el exterior y producirse el neumotorax o la infección, por lo cual debe tomarse la precaución aconsejada por la mayoría de los cirujanos, de practicar la sutura de la pleura parietal al diafragma, dejando un espacio libre para una insición amplia.

Beck practica la intervención en dos tiempos, con el objeto de esperar la formación de adherencias, pero esto como se comprende, está subordinado al estado del paciente. Loyson y Picqué aconsejan el taponamiento y el aislamiento de la pleu-

ra por medio de compresas insinuadas bajo el diafragma.

En el tercer caso, cuando existe un derrame pleural seroso o purulento, algunos cirujanos (Körte y Monod han aconsejado evacuar primero el derrame pleural, y otros (Picqué), aconsejan drenar los dos focos ya sea conjunta o separadamente.

Teniendo en cuenta los peligros de la abertura de la pleura, Lejars, Winkelmann, Lauenstein y Pacheco Méndes, han ideado el método parapleural transdiafragmático, que consiste en seccionar el diafragma, después de haber rechazado hacia arriba el fondo de saco pleural.

Lejars hace una amplia insición vertical que cruza oblicuamente la 9.<sup>a</sup> y 11.<sup>a</sup> costilla, que son resecaadas en una extensión de 10 centímetros; luego incinde el diafragma bien abajo y transversalmente, rechazándolo hacia arriba junto con el fondo de saco pleural y lo sostiene con un separador. Este método fué usado por Lejars y Körte en los abscesos del espacio periesplénico, pues da fácil acceso al bazo en la izquierda y a la cara posterior e inferior del hígado a la derecha.

Pacheco Méndes practica una insición de 12 centímetros sobre la 9.<sup>a</sup> costilla, agregándole dos pequeñas incisiones laterales de manera que resulta insición en I. Reseca la 8.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup> costilla, en una

extensión de 10 centímetros, luego desprende de las costillas, la hoja parietal de la pleura y levanta el fondo de saco pleural, descubre el diafragma y lo incinde lo más bajo posible. Este método parapleural, de grandes ventajas, pero de ejecución difícil no ha llegado a sustituir al método transpleural.

*Operaciones por vía lumbar.* — Cuando se trata de un absceso subfrénico retroperitoneal que hace saliencia en la región lumbar debajo del arco costal, debe elegirse la vía lumbar para drenarlo, por medio de insisiones hechas sobre el borde externo del cuadrado lumbar, verticales o dirigidas oblicuamente hacia afuera con el objeto de poder prolongarlas hacia la región cecal cuando haya que drenarla por absesos originados a ese nivel (Winkelmann).

Cuando el absceso está escondido bajo las últimas costillas, Lejars aconseja usar la misma insición del método parapleural prolongada hacia abajo en caso necesario; Körte e Israel modificaron esta insición haciéndola paralela a la 12.<sup>a</sup> costilla que resecan; rechazan hacia arriba el fondo de saco pleural y descubren el polo superior del riñón y cara posterior del hígado, teniendo así una guía segura para encontrar el absceso.

*Resultados.* — Según las estadísticas, se vé que la vía transpleural diafragmática, es la más co-

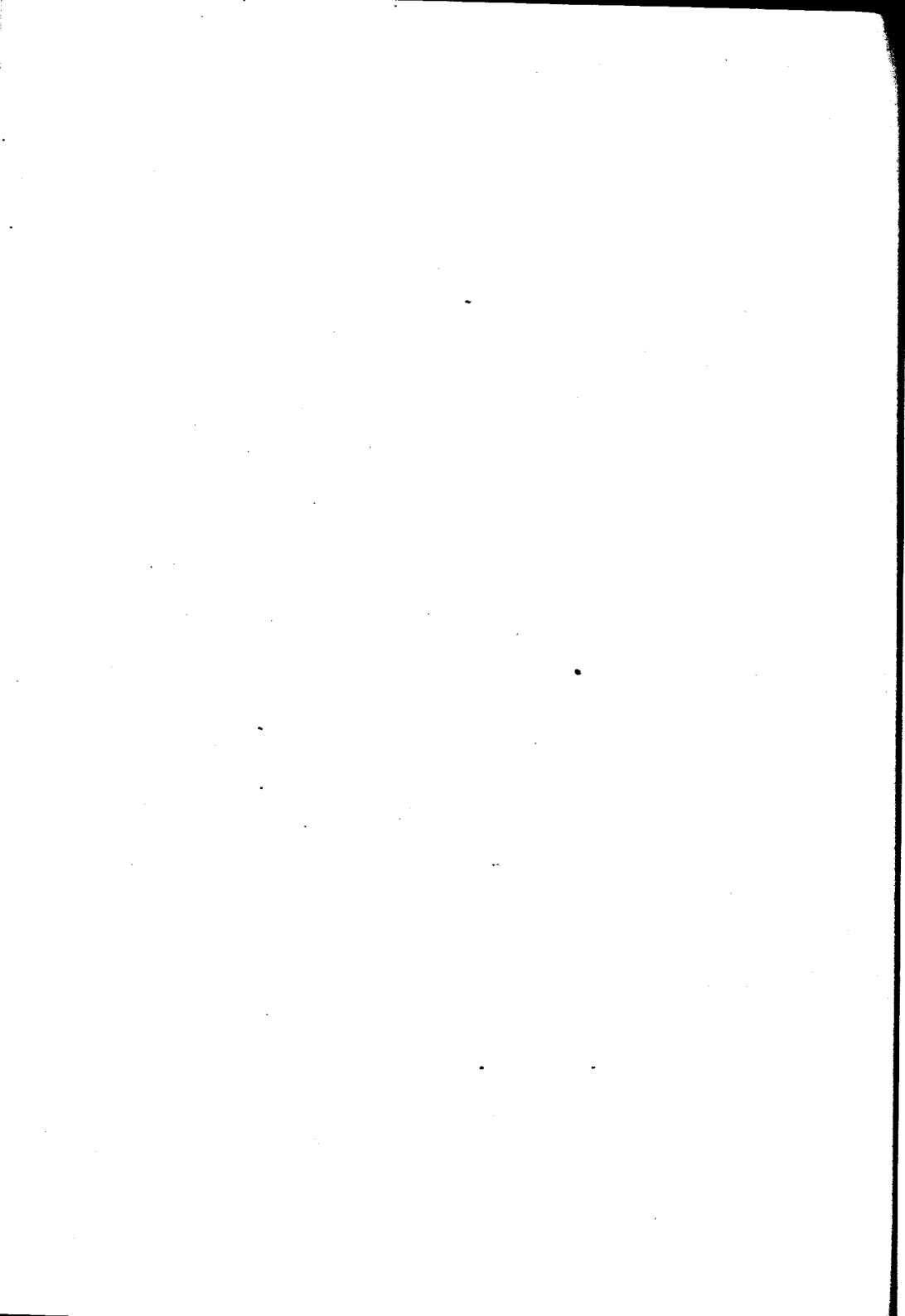
munmente seguida, y esto se comprende facilmente si se tiene en cuenta el desarrollo torácico de la mayor parte de los absesos subfrénicos, la facilidad de ejecución de la operación y sus ventajas para el drenaje.

La estadística de Körte y Gruneisen, que es una de las mejores por sus resultados, da las siguientes cifras: en 60 casos se siguió, 41 vez la vía transpleuro-diafragmática, 6 la vía abdominal y 16 la vía lumbar.

Las intervenciones secundarias, no son raras; primero, en lo que se refiere a operaciones complementarias dirigidas sobre la enfermedad causal; así vemos que Körte ha recurrido dos veces a la apendicectomía, dos veces a la gastro-enterectomía y otra vez a la nefrectomía para obtener la curación definitiva de sus enfermos, o sean 5 veces en 60 casos; y segundo, sea para obtener mejor drenaje haciendo contraberturas, sea a causa de empiema, o para curar trayectos fistulosos (31 veces en 154 casos operados según la estadística de Perutz).

En nuestras observaciones, se practicó: 5 veces la vía transpleuro-diafragmática; 4 veces la vía abdominal; 1 vez la vía lumbar y se hizo una apendicectomía (Obs. VI), como operación complementaria.

---



## Observaciones Clínicas

### OBSERVACION I

*Hospital J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Dr. Palma — Sala XIII*

G. C., español, 38 años; entrada: 8 de Abril de 1910.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Ha sido siempre sano hasta los 20 años en que tuvo un chancro acompañado de bubón supurado; hace un año tuvo neumonía. Desde hace ocho meses padece del estómago, sintiendo ardores y dolores tres a cuatro horas después de las comidas sin vómitos. Ultimamente el dolor era casi continuo; no es bebedor.

*Enfermedad actual.* — El día 7 de Abril sintió un fuerte dolor hacia el lado izquierdo del epigástrico, que no se acompañó ni de vómitos ni de

diarrea; ingresó al hospital donde se le calmó el dolor con una inyección de morfina.

*Estado actual.* — Sujeto en regulares condiciones de nutrición, piel y mucosa de tinte pálido, facies demacrada, grandes ojeras, nariz afilada, lengua muy saburral y seca. No se palpan ganglios superficiales.

*Torax.* — De forma normal; no se encuentra nada anormal en el aparato respiratorio, no hay tos ni expectoración, pero hay un poco de disnea.

*Corazón.* — Punta late en situación normal, tonos cardíacos normales, pulso 100 por minuto poco tenso, temperatura 37° 5 por la mañana y 38° 5 por la tarde.

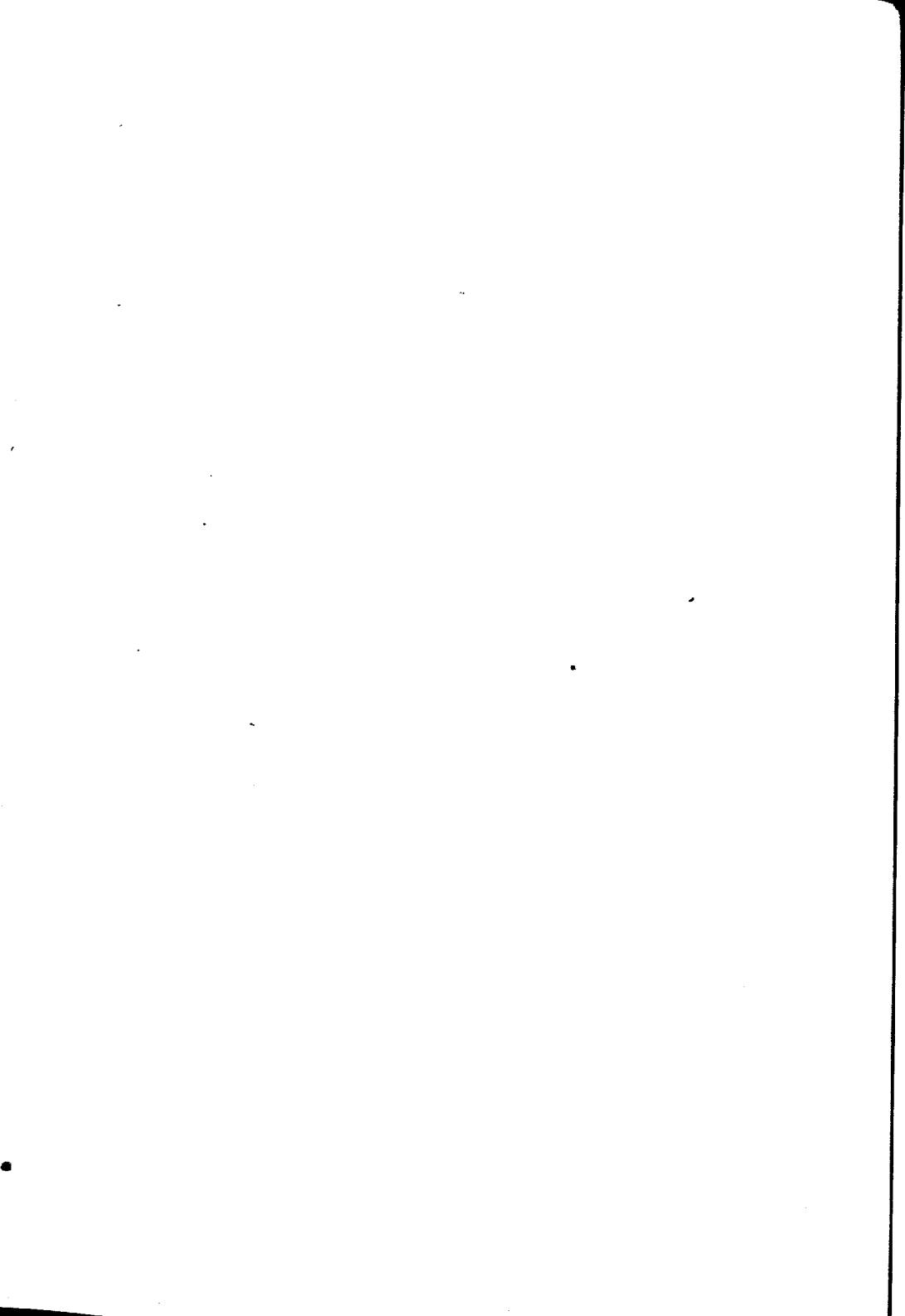
*Abdomen.* — Ligeramente abovedado en la región epigástrica, con contractura y timpanismo generalizado que llega hasta sustituir la matitez hepática. No hay edema de la pared ni circulación venosa superficial.

*Diagnóstico.* — Absceso subfrénico gaseoso del espacio interhepatogastrofrénico, de origen gástrico: úlcera perforada de la cara anterior.

*Operación.* — Anestesia general con éter; insición mediana supra-umbical por la cual salen enseguida, gases y pus fétido que viene de la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado y de entre este lóbulo y la cara anterior del estómago en la cual, cerca de la pequeña corvadura aparece

un orificio del tamaño de una moneda de cinco centavos. Este orificio es suturado con seda, con mucha dificultad y se drena.

Alta.—17 de Mayo de 1910.



## OBSERVACION II

*Hospital J. M. Ramos Mejía*

*Servicio del Dr. Cranwell -- Sala XIII*

J. R., español, 26 años, entrada: 27 de Junio de 1910.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Blenorragia y orquitis, después ha sido siempre sano; no es bebedor.

*Enfermedad actual.* — Hace ocho días, dice el enfermo haber tenido una indigestión, por lo cual tomó un purgante que no le hizo mover el vientre; como seguía con fuertes dolores abdominales, ingresa al hospital. No ha tenido vómitos.

*Estado actual.* — Regular estado general y de nutrición; ligera anemia de piel y mucosa, facies pálida y demacrada, órbitas algo hundidas, nariz afilada, lengua seca. Hay ligera disnea; no hay

tos ni expectoración, pulso regular, rítmico, 80 por minuto, depresible; temperatura 38° por la tarde y 37° por la mañana.

*Abdomen.* — Expontáneamente doloroso, hay diarrea. Es un vientre algo abovedado en el hipocondrio derecho, con defensa muscular y dolor a la presión, sin que se pueda apreciar tumefacción alguna; al comprimir el flanco derecho, el dolor repercute en la región lumbar.

Cuando el enfermo cambia de posición, del decúbito dorsal al decúbito lateral izquierdo, tiene la sensación de que los intestinos cambian de situación, y al mismo tiempo se nota que el flanco e hipocondrio derecho, se hacen más timpánicos. Palpando la región lumbar por debajo de la 12.<sup>a</sup> costilla, el enfermo se queja de dolor localizando en ese punto, su mayor dolencia. Los límites del hígado se encuentran normales a la percusión; el bazo no se palpa.

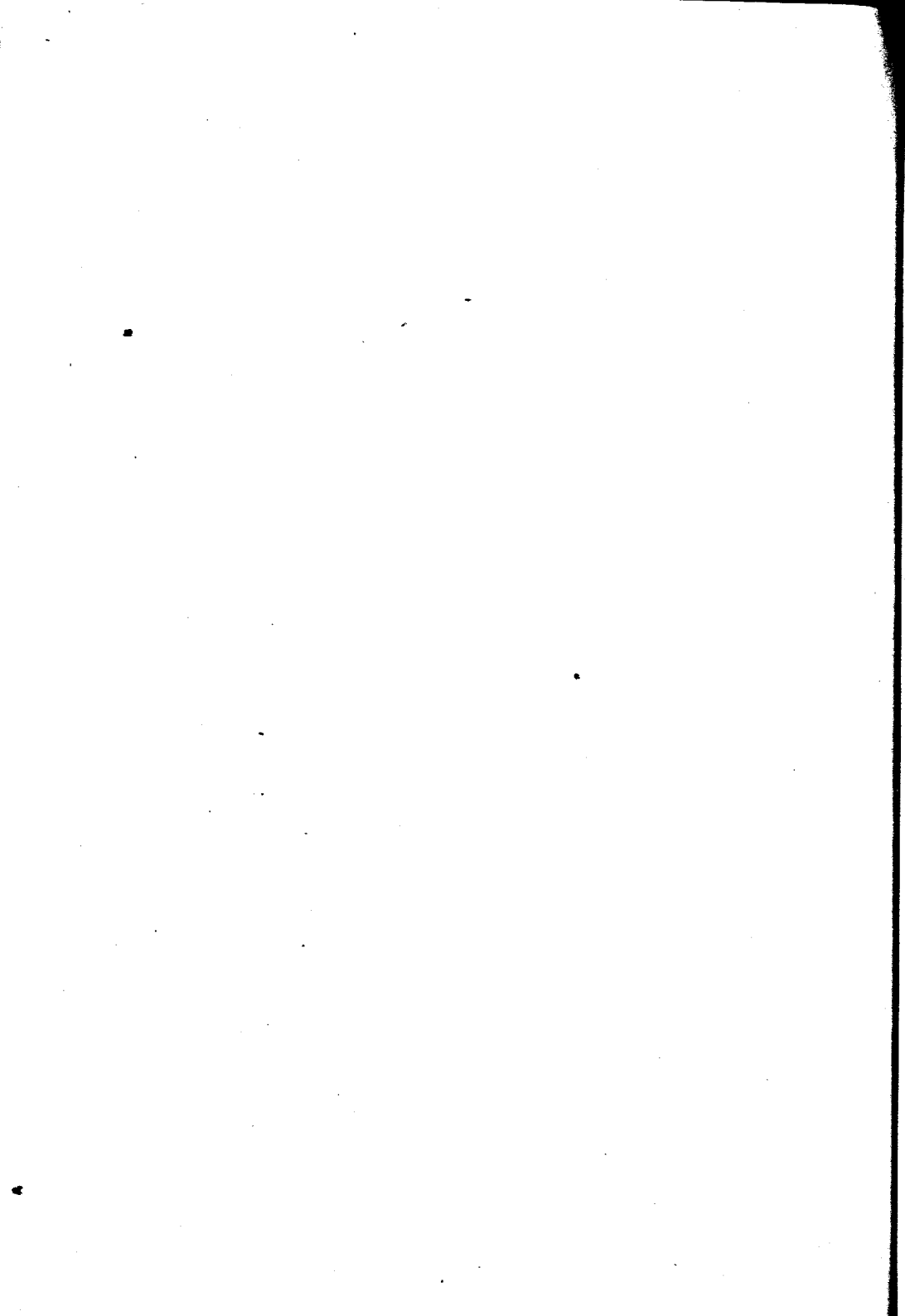
Agosto 2: El enfermo sigue con fuertes dolores en el abdomen, el cual presenta mayor defensa muscular; hay vómitos, temperatura 39°, pulso pulso 120 por minuto; no hay edema de la pared.

Diagnóstico.—Absceso subfrénico del espacio interhepatofrénico derecho; origen: indeterminado.

Operación. — Anestesia general con cloroformo; insición supra-umbilical lateral derecha; sale gran cantidad de pus amarillento, fétido, colec-

cionado entre la cara superior del hígado y el diafragma, a la derecha del ligamento suspensor.  
Drenaje.

Alta: 3 de Octubre de 1910.



## OBSERVACION III

*Hospital J. M. Ramos Mejía*

*Servicio del Dr. Cranwell — Sala XIII*

P. M.—Español. 33 años.—Entrada: 23 de Febrero de 1911.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—El día 20 de Febrero recibió tres heridas de arma blanca, situadas: una en la región supraclavicular derecha, otra al nivel de la cuarta costilla derecha sobre la línea axilar posterior, ambas no penetrantes. La tercera situada a la altura del 11° espacio intercostal izquierdo sobre la línea axilar media y penetrante.

*Estado actual.* — Buen estado general y de nutrición; sus aparatos respiratorios y circulatorio funcionan normalmente, pulso 100 por minuto, regular y de buena tensión.

*Abdomen.* — Algo abovedado, con dolores difusos e hiperestesia, defensa muscular acentuada, timpanismo y diarrea.

Marzo 14.—No hay diarrea ni vómitos, defensa muscular disminuida, hay hiperestesia, presentando una tumefacción en el flanco y región lumbar izquierda, muy dolorosa, sin edema de la pared. Pulso 115 por minuto; temperatura 38° 5.

*Diagnóstico.* — Absceso subfrénico retroperitoneal, de origen: traumático.

*Operación.* — Anestesia general con cloroformo; se interviene por vía lumbar, incindiendo sobre la tumefacción y dando salida a gran cantidad de pus. Drenaje.

Alta: 6 de Abril de 1911.

## OBSERVACION IV

*Hospital J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Dr Sicardi — Sala IX*

J. S., árabe, 28 años, entrada: 15 de Octubre de 1912.

El 15 de Octubre entra a la sala este enfermo y examinado rápidamente, se constata la presencia de un ligero derrame en la pleura derecha; en los pulmones no se encuentra lesión apreciable. Se hace una punción exploradora y el líquido que se obtiene es seroso y con los caracteres de líquido inflamatorio. La temperatura es de 36°.

A la mañana siguiente la temperatura está en 36° 7; más en la tarde anterior hubo 38° 7. Estas temperaturas con oscilaciones un poco extendidas, unidas a un estado general que parece grave y a dolores a la presión en el lado derecho del torax, hacen sospechar que no

se trate de una pleuresia banal, sino más bien de un estado inflamatorio de la pleura consecutivo a un proceso probablemente supurado que se localiza tal vez en el hígado.

Se averigua los antecedentes y se obtiene lo siguiente:

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — No ha aparecido enfermedades venéreas; no ha sido bebedor. Dice haber sido siempre sano; ha gozado siempre de buen apetito, sus digestiones han sido buenas y nunca ha observado en su salud nada anormal, hasta la enfermedad actual.

*Enfermedad actual.* — Empezó hace 3 meses con escalofríos y dolor en la espalda sobre todo a la altura del omóplato derecho; conservaba el apetito sin repugnancia para ninguna clase de alimentos y sus funciones intestinales eran normales. Tres días después del primer escalofrío, apareció un dolor en la región hepática, dolor lancinante sobre todo en el 8º espacio al nivel de la línea axilar anterior. El dolor duró ocho días, al cabo de los cuales desapareció, pero volvía de cuando en cuando y duraba de cuatro a cinco días. No recuerda si durante ese tiempo la coloración de las materias fecales era normal. Desde el 15 de Agosto el dolor se hizo continuo y más agudo, localizado en la misma parte.

*Estado actual.* —Sujeto enflaquecido y con fá-  
cies de sufrimiento, revela tener un padecimiento  
grave. La temperatura que se ha podido obser-  
var durante los días que lleva en la sala, por su  
carácter remitente unos días e intermitente otros,  
con exacerbaciones vesperales, y por los sudores y  
escalofríos que la acompañan, hace sospechar un  
proceso supurado en algún órgano. Hay anemia  
de las mucosas y de la piel, pero las mejillas pre-  
sentan un tinte rosado; la lengua es roja y un  
poco seca. Hay sed, apetito conservado; hay dia-  
rrea (varias deposiciones diarias).

*Aparato respiratorio.* —Hay disnea, la respira-  
ción es de tipo costal, no hay tos ni expectora-  
ción. En la pleura derecha se comprueba la exis-  
tencia de un derrame sero-fibrinoso, cuyos signos  
físicos sobre todo a la percusión se aprecian tam-  
bién en la región axilar. En el otro lado del torax,  
no se observa nada anormal, en ninguno de los  
dos pulmones se encuentra lesión apreciable.

*Corazón.* — La punta late en el 4.º espacio a un  
través de dedo por fuera del mamelón; la auscul-  
tación revela alguna taquicardia con tonos débi-  
les, pero no hay transtornos en el ritmo, ni lesión  
endocárdica o pericárdica.

*Hígado.* — La base del torax al nivel de la re-  
gión hepática parece ensanchada, no está edema-  
tosa ni presenta desarrollo de venas, es dolorosa

espontáneamente y también a la presión; cuando se palpa o se percute, se aprecian dos zonas dolorosas bien localizadas, una en el 8.º espacio sobre la línea axilar y otra en el epigástrico en la vecindad del reborde costal derecho. El borde superior del hígado aparece por la percusión, situado un poco más arriba que de ordinario. El borde inferior no es posible reconocerlo por la defensa muscular que provoca la palpación, pero la resistencia que se encuentra bajo la pared abdominal, hace suponer que el órgano llega hasta cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal. El bazo no se palpa; el examen de sangre no revela leucocitosis. La orina no contiene albumina, ni pigmentos biliares.

En presencia de estos resultados se piensa en un proceso supurado del hígado y se hace una punción exploradora en el 8.º espacio al nivel del punto más doloroso sin conseguir extraer pus, en los días siguientes se repiten las punciones, pero siempre con resultados negativos. A todo esto, el estado del enfermo sigue siendo grave; la temperatura continúa con su tipo oscilante, algunas tardes hay escalofríos y durante la noche los sudores son muy abundantes. La región hepática es siempre dolorosa, espontáneamente y a la presión.

Una mañana al examinar el enfermo, sorpren-

de encontrar por la percusión, una zona netamente timpánica en la parte anterior del hemitorax derecho, zona que empieza un poco por debajo del mamelón y llega casi hasta el reborde costal, y en el sentido transversal se extiende la línea esternal hasta la axilar anterior.

Haciendo la percusión estando el enfermo sentado no se encuentra modificación apreciable en el sonido obtenido.

Al nivel de la zona timpánica se percibe los signos auscultatorios de un pnoneumotorax; soplo anfórico y sucución hipocrática. Percutiendo de arriba hacia abajo, a partir de la clavícula, se obtiene hasta la altura del mamelón, la sonoridad normal del pulmón; hay conservación de las vibraciones vocales y de la respiración normal; donde terminan los signos físicos de pulmón normal, empieza el timpanismo con sus demás caracteres de colección gaseosa y por debajo de ésta, una zona reducida de matitez hepática. Teniendo en cuenta los signos observados y la falta de tos y de expectoración y de lesiones pulmonares, se hace diagnóstico de pnoneumotorax subfrénico del espacio interhepatofrénico derecho. Como no se encuentra en los antecedentes, nada que haga pensar en la posibilidad de una úlcera gástrica o duodenal que hubiera podido perforarse y ser la causa del absceso, se admite como probable, la

existencia de un absceso del parenquima hepático abierto secundariamente en el espacio subfrénico.

La intervención mostró la exactitud del diagnóstico en cuanto a la existencia del absceso gaseoso subfrénico y de su punto de partida.

*Operación.* — Anestesia general con éter; se interviene por vía transpleural después de haber hecho varias punciones exploradoras. Sale gran cantidad de pus y gases; drenaje. El enfermo fallece a los pocos días comprobándose en la autopsia el diagnóstico clínico.

## OBSERVACION V

*Hospital Durand. — Servicio del Dr. Escalier*

### *Sala IV*

V. V., austriaco, 34 años, entrada: Agosto 2 de 1913.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Tiene padre y tres hermanos sanos. Refiere el enfermo haber sido siempre sano, no recordando otra dolencia que la que le aqueja actualmente, la cual se inicia hace unas tres semanas con un dolor bastante intenso en el epigástrico, seguido de vómitos alimenticios. Estas perturbaciones gástricas las ha acusado hasta el día de su ingreso al hospital, pero siendo los dolores menos intensos y los vómitos que se producían de inmediato a las comidas, mucho más espaciados en su aparición. Tiene hábitos alcohólicos.

Desde el comienzo de su enfermedad actual, el enfermo ha acusado un dolor de carácter vago,

sin localización precisa, extendiéndose hacia el hipocondrio izquierdo-con irradiación hacia la región lumbar del mismo lado.

*Estado actual.* — Enfermo de regular estado de nutrición, piel pálida, ligeramente amarillenta, enflaquecido, habiendo perdido alrededor de 10 kilos de peso.

*Corazón.* — Area cardíaca normal; la punta late en el 5.º espacio sobre la línea mamaria, tonos cardíacos normales. Pulso pequeño, de poca tensión, 90 por minuto.

*Pulmones.* — Respiración algo ruda en el vértice izquierdo; el resto nada de anormal.

*Abdomen.* — Plano, depresible, algo doloroso en la mitad izquierda. En el espacio comprendido entre la línea media esternal por dentro, la 9.ª costilla por arriba y una línea que pasa a dos traveses de dedo sobre la línea transversal del ombligo, se nota un tumor que hace saliencia y que a la palpación es doloroso, liso y tenso, sigue los movimientos respiratorios pero sin mayor desplazamiento. La percusión da un sonido mate en todo el espacio de Traube, región bastante sensible a la presión, no hay edema de pared ni circulación venosa.

*Hígado* — En las inspiraciones profundas, su borde inferior, pasa ligeramente el reborde cos-

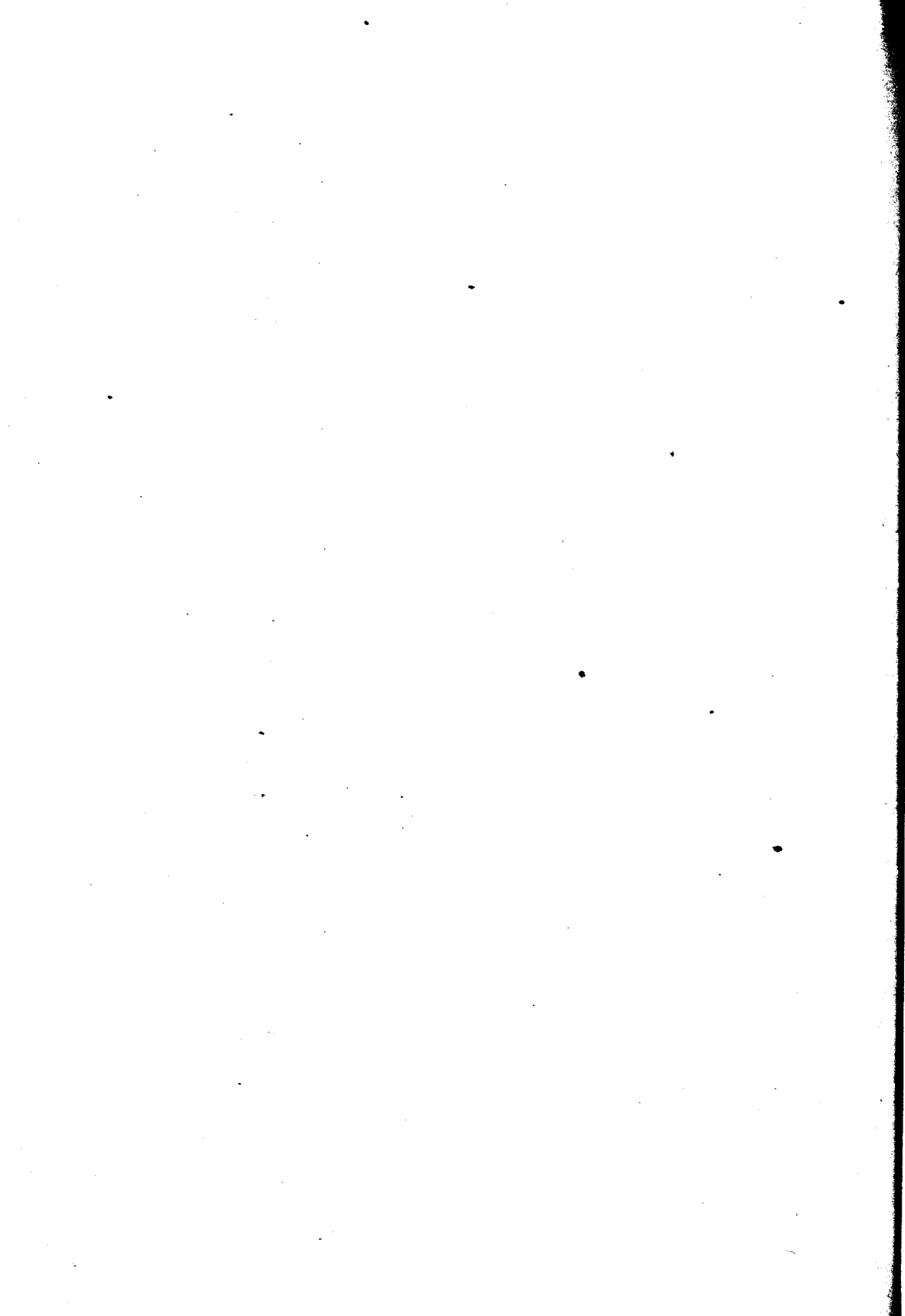
tal; su borde superior está al nivel del 5.º espacio intercostal. El bazo no se palpa.

La temperatura con variaciones de un grado, oscila entre 37°5 y 39°

Agosto 13.—Pasa al servicio de cirugía del doctor Palma con diagnóstico de absceso subfrénico del espacio interhepatofrénico izquierdo de origen gástrico: úlcera perforada.

*Operación.* — Anestesia general con cloroformo; insición supra-umbilical mediana que da salida a gran cantidad de pus espeso y fétido. Drenaje.

Alta: 30 de Agosto de 1913.



## OBSERVACION VI

*Hospital J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Dr. Viñas — Sala XIII*

L. C., español, 21 años, entrada: 29 de Abril de 1914.

*Antecedentes hereditarios.* — Madre muerta hace tres años; padre vivo y sano, tiene 4 hermanos sanos.

*Antecedentes personales.* — Sarampión en la infancia, tifoidea a los 11 años, a los 15 años peste bubónica en Río Janeiro, a los 17 años blenorragia. No es fumador ni bebedor.

*Enfermedad actual* — Empezó hace 11 días, con un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, vómitos y diarrea.

*Estado actual.* — Buen estado de nutrición, pero mal estado general, piel blanca de tinte normal,

mucosas ligeramente rosadas, facies demacrada, lengua roja y seca.

*Aparato respiratorio.* — No hay tos ni expectoración, hay disnea, respiración de tipo costo abdominal, con inmovilidad de la base torácica derecha; en el pulmón derecho las vibraciones existen hasta la altura de la 7.<sup>a</sup> vértebra dorsal, desde donde disminuyen hasta desaparecer; a partir del mismo sitio hay submatitez y disminución del murmullo vesicular.

*Corazón.* — La punta late en el 5.<sup>o</sup> espacio intercostal sobre la línea mamilar; tonos cardíacos normales; pulso 110 por minuto de poca tensión, temperatura 38° 5.

*Abdomen.* — Algo abovedado en el hipocondrio derecho, con resistencia muscular al mismo nivel y dolor a la presión a partir del 10.<sup>o</sup> espacio intercostal que se continúa por debajo del reborde costal hasta la fosa iliaca derecha, que también presenta defensa muscular.

El borde superior del hígado se percute en el borde superior de la 5.<sup>a</sup> costilla; el borde inferior está al nivel del reborde costal, notándose que la percusión de la región hepática es dolorosa. Bazo no se palpa. No hay edema de la pared ni circulación venosa superficial. Se hace una punción exploradora en el 10.<sup>o</sup> espacio intercostal derecho

sobre la línea axilar media y se obtiene pus amarillento oscuro muy fétido.

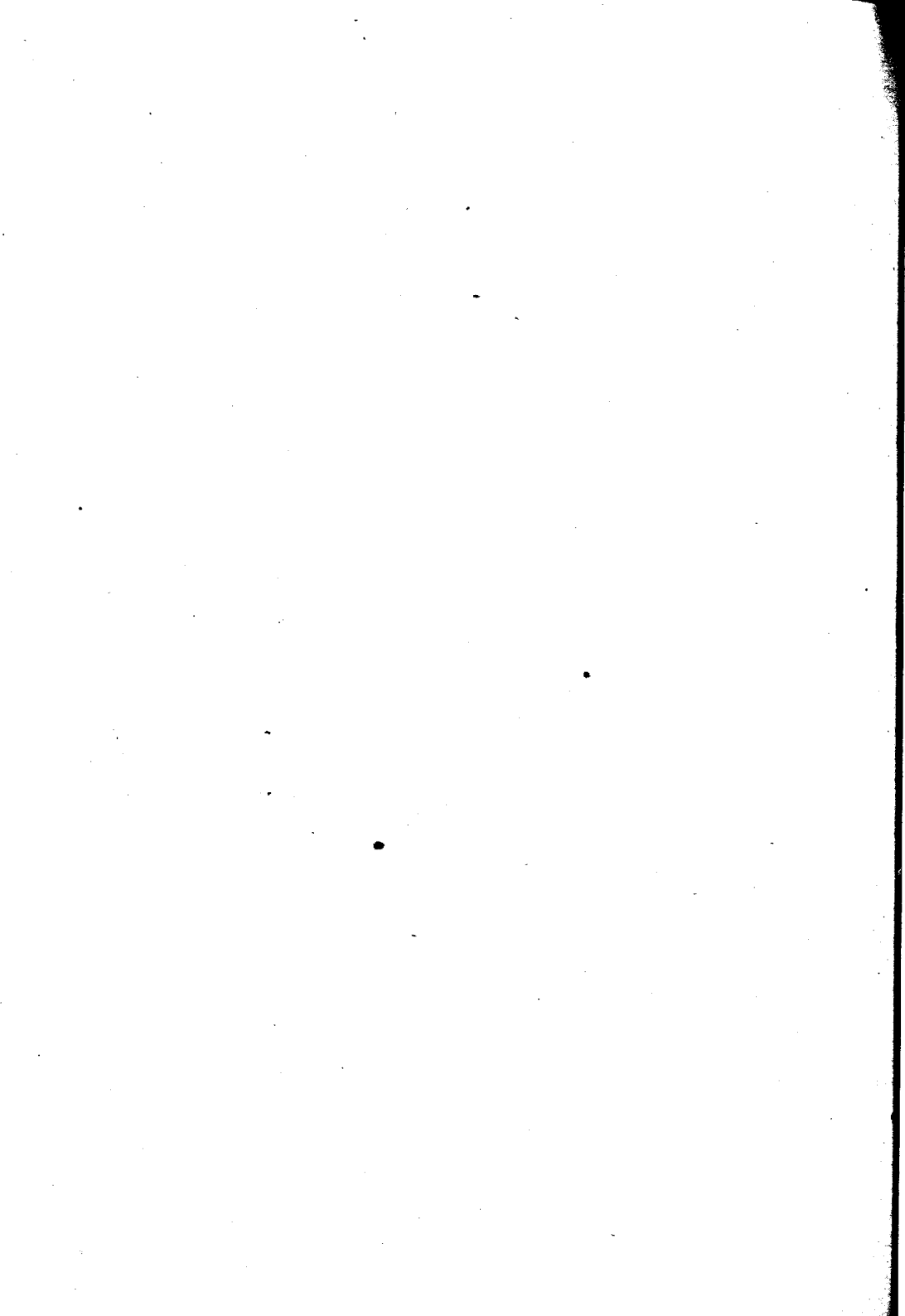
*Diagnóstico.*—Absceso subfrénico del espacio interhepatofrénico derecho, de origen: apendicular.

*Operación*—Anestesia general con cloroformo; resección de la 10.<sup>a</sup> costilla sobre la línea axilar media; se llega al diafragma, que abierto deja salir gran cantidad de pus del mismo aspecto que el obtenido por la punción; se constata un gran absceso que descende el hígado y limitado hacia arriba por el diafragma. Se fija el diafragma a los bordes de la herida y se deja drenaje.

Mayo 10. — El enfermo ha mejorado mucho su estado general, no hay temperatura.

Julio 5.—Se interviene sobre la región apendicular encontrándose un gran absceso que comunicaba con el de la parte superior, y además una perforación de ciego.

El enfermo fallece al día siguiente.



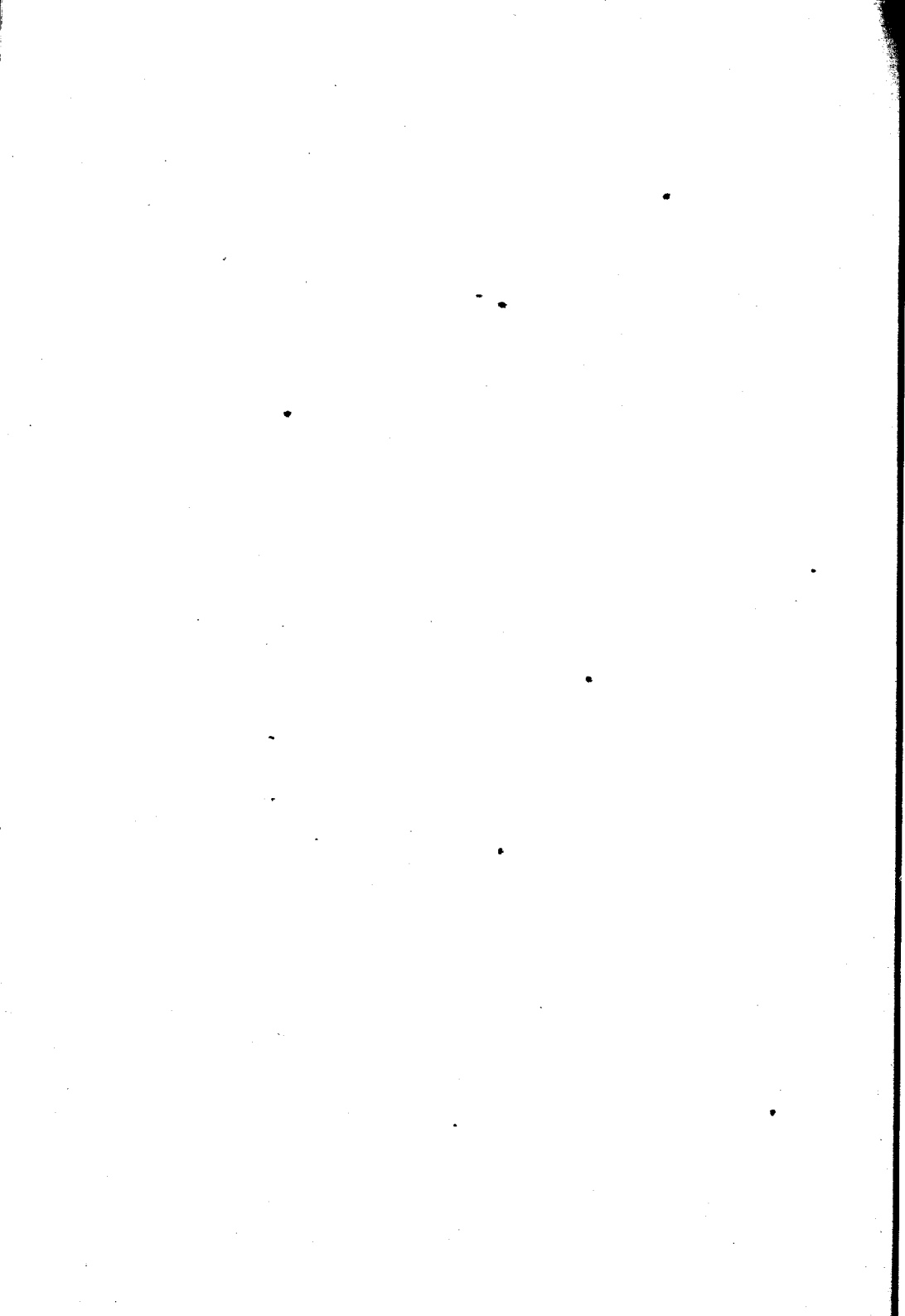
## OBSERVACION VII

*Hospital J. M. Ramos Mejia.—Servicio del Dr.  
Cranwell—Sala XI*

N. C. de P., argentina, 34 años. Entrada: 17 de Mayo de 1914.

*Antecedentes hereditarios*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Ha sido sana hasta los 26 años, en que padeció de una afección intestinal que le duró un año; en ese tiempo se adelgazó mucho y la operaron en la ingle derecha donde aún se nota la cicatriz. Quedó bien hasta hace 6 meses en que le aparecieron abundantes metrorragias, flujo y la orina era escasa; en esa época tuvo un fuerte dolor en la región epigástrica, acompañado de vómitos y malestar general, a lo cual siguieron chuchos y fiebre. Pasa del servicio de la Sala II donde ha tenido grandes escalofríos y temperaturas de 40°.



## OBSERVACION VIII

*Hospital: J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Doctor Nolting. — Sala I*

O. C., argentino, 20 años. Entrada: 18 de Diciembre de 1914.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Ha sido siempre sano, salvo ligeros resfríos. Blenorragia hace 6 meses.

*Enfermedad actual.*—Hace 6 meses que está enfermo, empezando con decaimiento, fiebre, pérdida de apetito, por lo cual guardó cama y estuvo a dieta láctea. Pasó varios días sin fiebre, pero con mal estado general; la temperatura volvió sobre todo por las tardes y le apareció un dolor en el lado derecho y parte inferior del tórax que a veces le llegaba hasta el hombro. No ha tenido tos ni expectoración.

*Estado actual.*—Hombre de piel pálida, terrosa,

muy enflaquecido, habiendo perdido 2 kilos de peso. Facies pálida. mucosas algo rosadas, lengua roja, limpia y húmeda. No se palpan gánglios.

*Tórax.*—Asimétrico, estando más aumentado el lado inferior derecho que el izquierdo, pero indoloro a la presión y con una circulación venosa bien visible; no hay edema. Respiración de tipo costo abdominal, disnea: 35 respiraciones por minuto. Pulmón izquierdo: nada de anormal; pulmón derecho: las vibraciones existen hasta un travez de dedo sobre el ángulo del omóplato, de donde disminuyen hasta desaparecer a la altura de la 8ª vértebra dorsal. Sonoridad normal hasta la zona donde disminuyen las vibraciones; luego hay submatitez y matitez absoluta por debajo. Respiración vesicular hacia arriba de la zona submate, alejada en esa zona y abolida en la zona mate. Percutiendo el pulmón derecho por delante se encuentra sonoridad normal hasta el 4º espacio intercostal, a cuyo nivel se nota un sonido timpánico que llega hasta el borde inferior de la 6ª costilla donde comienza la matitez hepática. Examinando el enfermo sentado, el timpanismo desaparece para dar lugar a una matitez que llega hasta el 4º espacio intercostal y que pasa en la línea axilar por el borde superior de la 6ª costilla hasta unirse con la matitez posterior.

*Corazón.*—Punta no se ve ni se siente. Se per-

cute a un través de dedo por debajo del mame-lón. Tonos cardíacos muy débiles, pulso pequeño, depresible, 140 por minuto.

*Hígado.*—Borde superior, en el borde inferior de la 6ª costilla; borde inferior, pasa tres traveses de dedo el reborde costal, doloroso a la percusión. En el epigastrio llega a dos traveses de dedo del ombligo, pero más arriba hay una zona timpánica que partiendo del apéndice xifoides se continúa hasta el borde inferior de la 6ª costilla. Sentado el enfermo, la matitez se eleva hasta el 4º espacio intercostal, desapareciendo el timpanismo; no hay dolor en los espacios intercostales; bazo no se palpa.

*Abdomen.* — Algo tenso, con dolor en el epigastrio donde hay defensa muscular.

En la orina hay vestigios de albúmina, no hay cilindros; Diazo-reacción de Erlich debilmente positiva. Sangre: Hemoglobina 77 %, Glóbulos rojos 4.250.000; Glóbulos blancos 13.333; Relación globular 1 x 315; Polinucleares 72.34 %; mononucleares 2.66 %; linfocitos 20.67 %; eosinófilos 1 %; transición 2.33 %, Escasas anomalías globulares; no hay parásitos intraglobulares.

Diciembre 21.—El enfermo está peor; hay disnea, estado ansioso y subdelirio; síntomas locales sin variación, temperatura 37°.5 por la mañana y

40° por la tarde. Pasa al servicio de cirugía, Sala XIII.

*Diagnóstico.*—Absceso subfrénico gaseoso del espacio interhepatofrénico derecho, de origen hepático: quiste hidatídico supurado.

*Operación.* — Anestesia general con cloroformo; resección de la 9ª costilla sobre la línea axilar media, abertura de la pleura que da salida a gran cantidad de líquido serofibrinoso. Sutura de la pleura al diafragma y abertura de éste; se exploran las caras laterales y se encuentra resistencia, se rompe con el dedo lo que se supone sean adherencias y sale gran cantidad de pus, gas y vesículas hidatídicas. Se consigue sacar la membrana quística y se drena.

Alta: Enero 30 de 1915.

## OBSERVACION IX

*Hospital: J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Dr. Decoud — Sala XIV*

L. V. argentino, 25 años, entrada: 25 de Septiembre de 1915.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Ha sido siempre sano: solo ha tenido blenorragia. No es bebedor.

*Enfermedad actual.*—El 23 de Agosto tuvo fuertes dolores en el abdomen sin vómitos ni diarrea, ingresa al Hospital de Clínicas donde sale de alta mejorado, hasta que el 10 de Septiembre, sintió un fuerte dolor en forma de puntada en la fosa ilíaca derecha e hipocondrio derecho, también sin vómitos, por lo cual vuelve a ingresar al Hospital de Clínicas, saliendo a los seis días para atenderse en su domicilio, pero como sigue mal, ingresa a este hospital.

*Estado actual.*—Sujeto en regular estado de nutrición, piel blanca -pálida, escaso panículo adiposo, facies pálida, mucosas anémicas, lengua muy saburral; no se palpan gánglios superficiales.

*Aparato respiratorio.*—No hay tos ni expectoración, pulmones nada de anormal; en la base derecha del toráx se encuentran los signos de un pequeño derrame pleural.

*Corazón.*—La punta late en el 5° espacio intercostal; tonos cardiacos normales, pulso 90 por minuto, regular, de buena tensión.

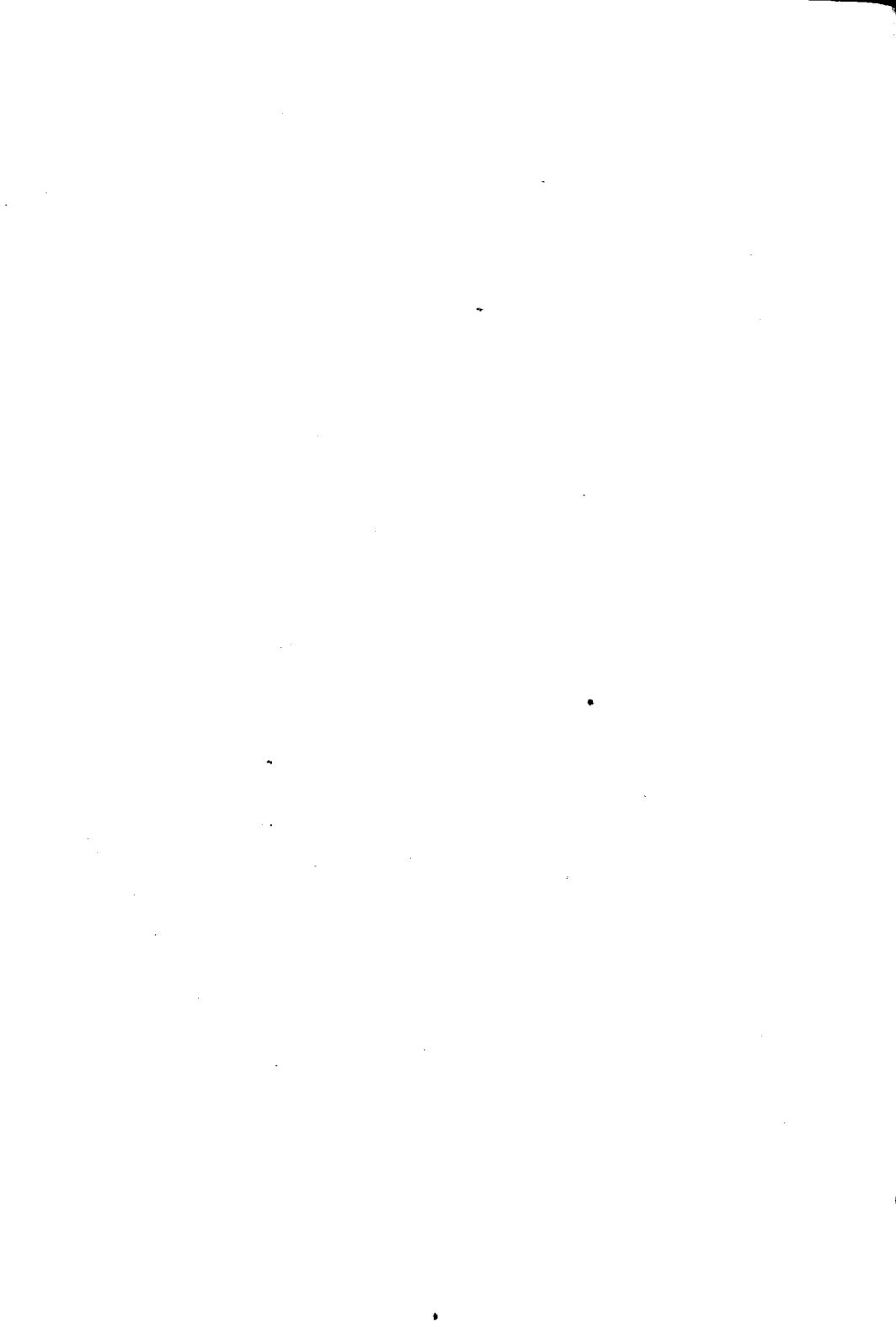
*Abdomen.*—A la inspección se nota ligeramente abovedado en toda su extensión; a la palpación hay resistencia que se exagera en la mitad derecha del abdomen sobre todo al nivel del hipocondrio derecho; la palpación profunda despierta dolor en la fosa ilíaca derecha, y por arriba de una línea que vá del ombligo a la espina ilíaca anterior y superior se palpa un tumor duro, poco doloroso, que llega hasta el hipocondrio derecho insinuándose por debajo del reborde costal y que hacia adentro llega hasta la línea media con poca movilidad respiratoria y peloteo a la palpación bimanual. No hay edema de la pared ni circulación venosa. El borde superior del hígado está en el 5° espacio intercostal y su matitez se continúa hacia abajo con la del tumor sin línea de demarcación. El bazo no se palpa.

La orina es turbia con abundante sedimento; el cateterismo ureteral revela un obstáculo a 15 centímetros del meato ureteral derecho y que es infranqueable. A la radiografía no se encuentran cálculos renales. La temperatura ha oscilado alrededor de 37° con ascensos a 38° el 27 de Septiembre, 38°. 5 el 2 de Octubre y 39° el 8 y 9 de Octubre.

*Diagnóstico.*—Absceso subfrénico del espacio subhepático, de origen duodenal?

*Operación.*—Anestesia general con éter. Se interviene por vía lumbar sin encontrar pus; se llega al riñon, se hace nefrotomía sin encontrar nada. Se cierra e interviene por vía abdominal, incisión supraumbilical lateral derecha, encontrándose un absceso del espacio subhepático. Drenaje.

Al día siguiente sale jugo entérico y bilis; el enfermo es dado de alta con un trayecto fistuloso el 15 de Diciembre de 1915.



## OBSERVACION X

*Hospital: J. M. Ramos Mejía.*

*Servicio del Dr. Araoz Alfaro. Sala III*

J. C. argentino, 12 años, entrada: 10 de Enero de 1916.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Este niño viene al consultorio externo de la Sala III en el mes de Agosto de 1915. La madre dice que el niño ha sido siempre sano; en Julio del mismo año tuvo un ataque de dolor en la fosa ilíaca derecha del cual mejoró, pero este ataque se le repite en Septiembre que es cuando viene a consultar médico. El niño presenta un grave estado general, palidez acentuada, temperatura 38°. pulso frecuente dolor y defensa muscular en la fosa ilíaca derecha, matidez hepática aumentada y una erupción de manchas purpúricas del tamaño de una cabeza de al-

filer. Es operado por el Dr. Ronchi quien hace apendicectomia, encontrándose en el apéndice numerosas sufuciones sanguineas subserosas. El enfermo mejora mucho al dia siguiente, su estado general se compone, siendo dado de alta perfectamente bien.

*Enfermedad actual.*—El enfermo vuelve al consultorio de la misma sala en Enero 10 de 1916; desde hace dos meses tiene tos y dos días antes de venir al hospital le aparece expectoración fétida, de color verdoso y la madre nota en los esputos unas perlitas blancas con el aspecto de clara de huevo. El estado general del enfermo se hizo malo al tiempo que apareció la expectoración.

*Estado actual.*—Estado general gravísimo, fácies demacrada de color térreo, mirada ansiosa, lengua seca y aleteo nasal.

*Tórax.*—Hay disnea acentuada, respiración de tipo costo abdominal; la base del hemitórax derecho está ensanchada, las vibraciones en el lado derecho existen hasta la altura del ángulo del omóplato, a partir del cual desminuyen para desaparecer en la base del pulmon; en la misma área hay matitez absoluta y desaparición del murmullo vesicular. En el lado izquierdo no se nota nada anormal.

La punción exploradora en el lado derecho, obtiene pus amarillento y fétido. Los tonos cardíacos

cos están debilitados, pulso hipotenso, incontable. La matitez hepática está muy aumentada; el borde inferior del hígado sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal; el bazo no se palpa; no hay edema de la pared ni circulación venosa superficial, los espacios intercostales no son dolorosos a la palpación. El abdomen está plano, no hay dolor ni defensa muscular.

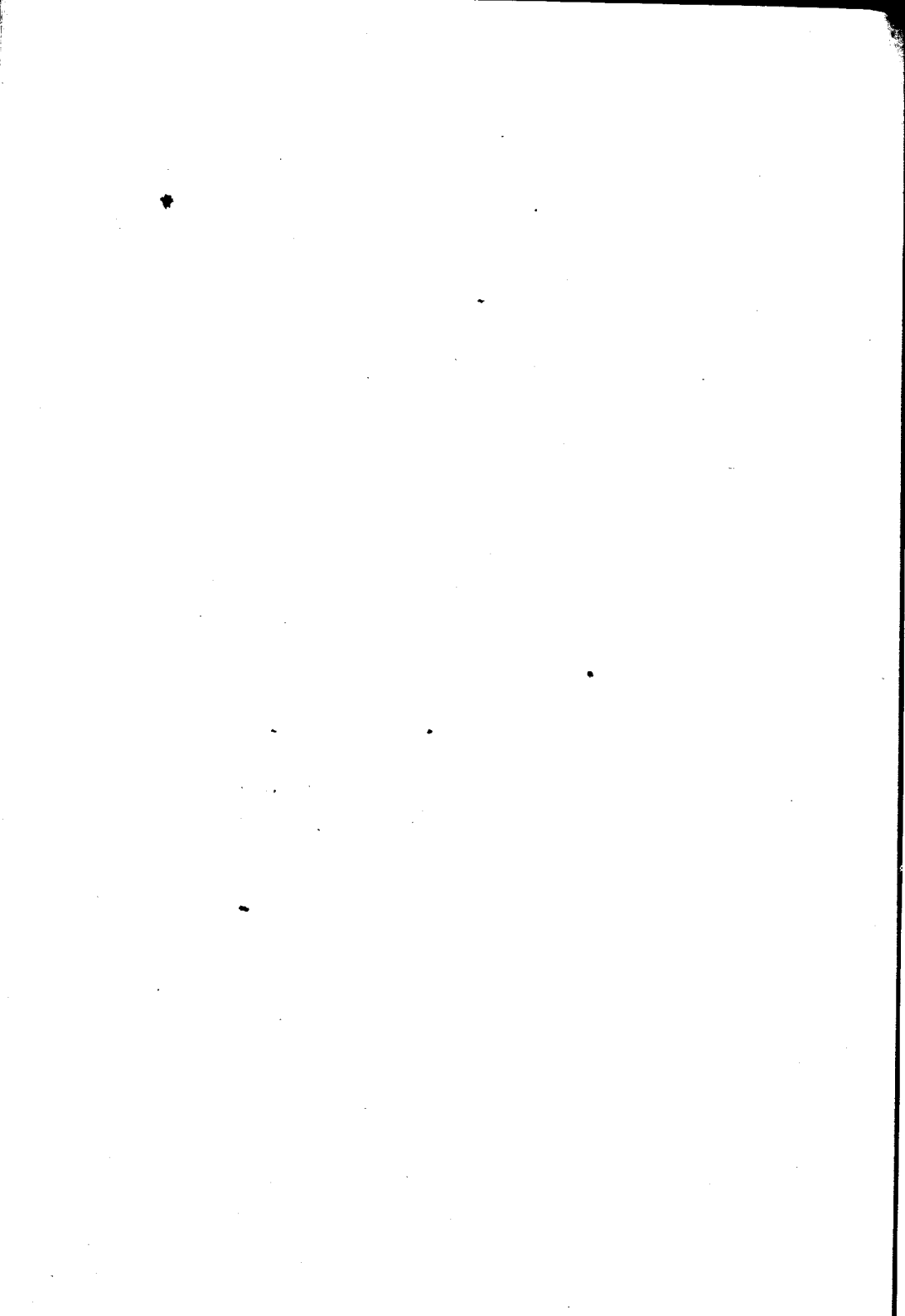
*Diagnóstico.*—Absceso subfrénico del espacio interhepato-frénico derecho, de origen hepático: quiste hidatídico supurado.

*Operación.*—Se interviene de urgencia, anestesia general con éter, incisión sobre la 9<sup>a</sup> costilla. la cual reseca y abierta la pleura, sale pus. Por la insición se ve un abombamiento, que punzado da pus; se incinde el diafragma y sale gran cantidad de pus fétido y algunas vesículas hidáticas. El enfermo falle al terminar la intervención.

*Autopsia.*—En el abdomen se encuentra un quiste hidatídico supurado que en medio de adherencias se había abierto en el espacio interhepatodiafragmático derecho; en el lobulo izquierdo del hígado hay otro quiste hidatídico no supurado. En el torax hay derrame purulento y la base pulmonar derecha está adherida al diafragma.

ALFREDO BUZZI.

Marzo 20 de 1916.



## Bibliografía

- Testut*.—Anatomía descriptiva.
- Testut y Jacob*.—Anatomía topográfica.
- Poirier y Charpy*.—Anatomía descriptiva.
- Martinet*.—Des variétés anatomiques de l'abcès souphrénique.—Tesis de Paris 1898.
- Dieulafoy*.—Clinique de l'Hotel Dieu. 1901-1902.
- Dieulafoy*. — Patología interna. Tomo II, página 315.
- Lejars*. — Abcès souphrénique. Semaine Médicale. 1902
- Carnot*. — Des abcès souphréniques. Semaine Médicale. 1906.
- Catz y Kendirdyj*.—Abcès souphréniques. Revue de ginecologie. 1908.
- Barnard*. — Subfrenic abcess. British Medical Journal. 1908.
- Edward*.—British Medical Journal. 1906.

*Devé.*—Pneumoquistes subfrénicos. Revue de Chirurgie. 1907.

*Lapeyre.* Revue de Chirurgie. 1901.

*Zugari.*—Malattie della regione diaframmatica. 1905.

*Maupas.*—Abscesos subfrénicos de origen gástrico. Tesis de Paris. 1909.

*Bilot.*—Abscesos subfrénicos de origen digestivo. Tesis de Paris 1908.

*Bérard.*—Abscesos subfrénicos de origen apendicular. Sociedad de cirugía de Lyon. 1912.

*Rolleston.*—British Medical Journal. 1908.

*Vandeput.*—Sociedad Clínica de los Hospitales de Bruselas. Semana Médica. 1910.

*Couderay.*—Abscesos subfrénicos. Tesis de Paris. 1902.

*Gely.*—Abscesos subfrénicos de origen biliar. Tesis de Paris. 1906.

*Ançel y Cavaillon.*—Journal d'Anatomie. 1907.

*Salomoni.*—Contributo alla Chirurgia del diaframma. Clínica Chirurgica Italiana. 1910.

*Duplay.*—Manuel de Diagnostic Chirurgical.

*Paviot.*—Précis de Diagnostic Médical.

*Bergmann-Bruns.*—Tratado de cirugía clínica y operatoria.

*Brouardel, Gilbert y Thoinot.*—Tratado de Medicina.

*Le Dentu y Delbet.*—Tratado de Cirujía.

*Willms y Wullstem.*—Tratado de Cirujía.

*Keen.*—Tratado de Cirujía.

*Guibal.*—Les Abscesses suppuratives. Revue de Chirurgie. 1909.

*Piquand.*—Les Abscesses suppuratives. Revue de Chirurgie. 1909.

*Piqué.*—Les Abscesses suppuratives. Revue de Chirurgie. 1910.

*Jaccoud.*—Clinique de la Pitié. 1883-1884.

*Piquet.*—Abscesses suppuratives. Semaine Médicale. 1897.

*Monod y Vanverts.*—Revue de Chirurgie et Gynécologie. 1897.

*Monod y Vanverts.*—Tratado de Medicina operatoria.

*Castaigne y Fiessinger.* Maladies du foie.

*Castaigne.*—Maladies de la plèvre.

*Leyden.*—Ueber Pneumotorax subphrenicus. Berl. Klin. Woch. 1879.

*Jaffé.*—Deutsche med. Woch. 1881.

*Israel.*—Unión libre de los cirujanos de Berlín. 1899-1904.

*Loison.*—Des suppurations intra et périhépatiques d'origine typhlo appendiculaire. Revue de Chirurgie. 1900.

*Dalton.*—Perforating Gastric Ulcer with Subdiaphragmatic Abscess. Brit. Med. Journ. 1901.

*Béclère.*— Le radiodiagnostic des affections du foie.

Tesis de Paris 1910.

*Jaugeas.*—Précis de Radiodiagnostic.

*Auvray.*—Rescction du bord cartilag. du torax. Presse Médicale. 1905.

*Ochlecker.*—Le «simptôme du phrénique à distance». Presse médicale. 1914.

*Mickulicz y Marwedel.* — Centrablatt für Chir. 1903.

*Körte.*—Semaine Médicale. 1902.

*Beck.*—Subphrenic Abscess. Medical Record. 1896

*Winkelmann.*—Brit. Med. Journ. 1895.

*Lauenstein.*—Brit. Med. Journ. 1896.

*Pacheco Mendes.*—Revue de Chirurgie. 1903.

*Viton Alfredo.*—Absceso subfrénico presentado por el prof. Widal. Revista C. E. M. Enero 1913.

*Bolo O.* — Absceso subfrénico gascoso. Semana Médica. 1910.

*Spangenberg J. J.*—Pioneumoquistes primitivos del hígado. 1915.

*Ceballos Alejandro.* —Complicaciones de las úlceras gástricas y duodenales. 1915.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1916.

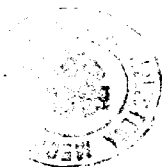
Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Armando Marotta para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

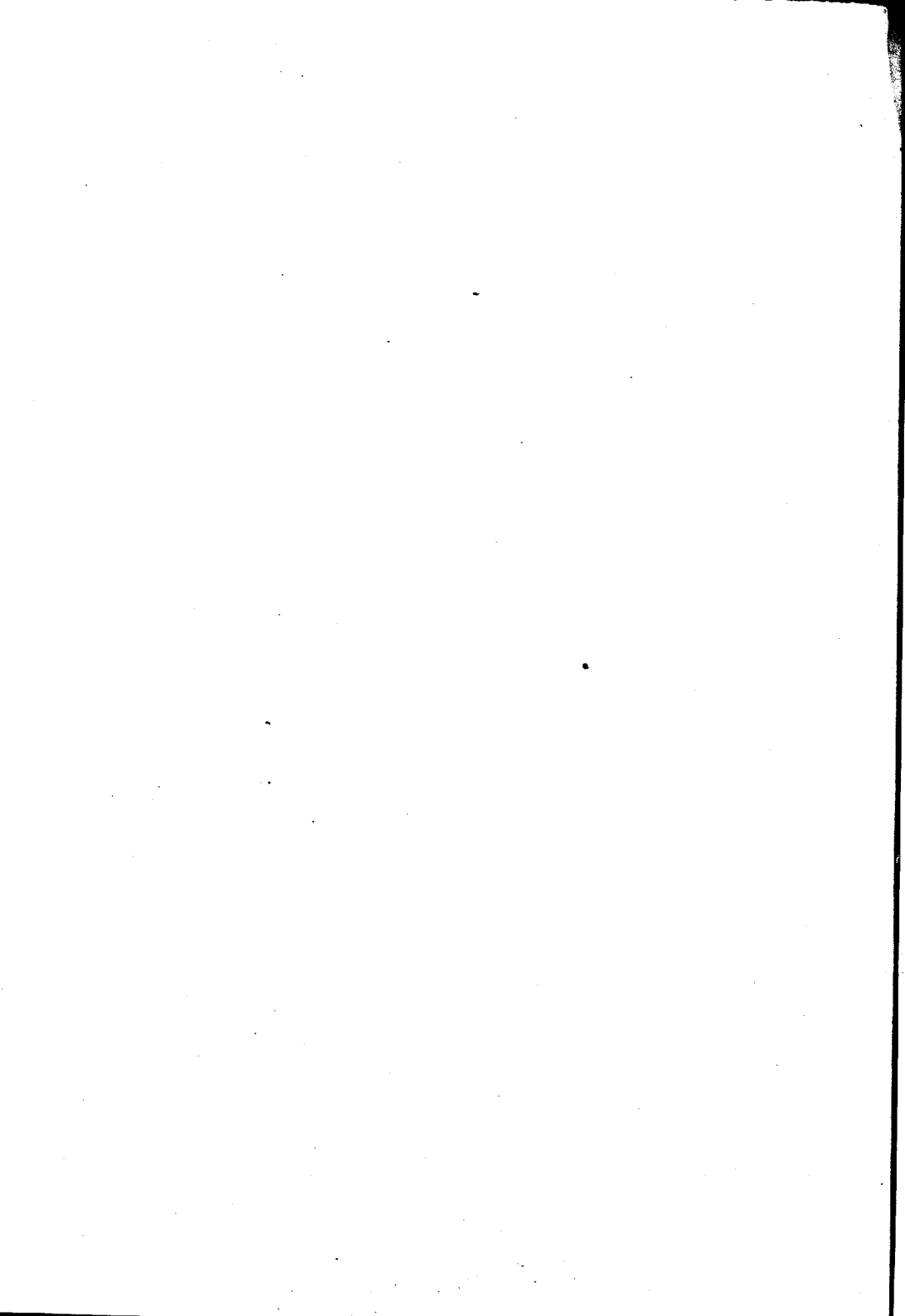
Buenos Aires, Abril 11 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3081 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*



30625



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Diagnóstico diferencial entre el absceso de la convexidad del hígado y el absceso subfrénico.

*Diógenes Decoud.*

### II

Quistes hidáticos supurados del hígado. Diagnóstico diferencial.

*Ricardo S. Gómez.*

### III

¿Hay absesos subfrénicos que se podrían tratar por medios médicos?

*Armando Marotta.*



