

# Caracteres clínico-radiológicos del absceso pulmonar

Por FEDERICO S. LOZANO

---

## INTRODUCCION

Dentro de los estudios realizados, en estos últimos años, de las bronconeumopatias, nada ha apasionado más a los distintos cultores de las diferentes disciplinas médicas, que los referentes a los abscesos pulmonares.

El problema en su aspecto integral es tan vasto y complejo, que parece difícil que el espíritu investigador, por grandes que sean las disposiciones y amplio el material a aprovechar, pudiera abarcar en una obra de conjunto, todo lo que las supuraciones pulmonares tienen de interesante y provechoso para su aplicación a la curación de esa tan complicada afección.

Es así, que conscientes de esta grande responsabilidad y convencidos de que esa ímproba tarea, sería superior a nuestras fuerzas y adquisiciones, y resueltos a tratar tan interesante tema, lo encaremos únicamente desde el punto de vista de los caracteres y modalidades clínico-radiológicas y también porque creemos, que, junto con el tratamiento, es sin duda alguna el aspecto de mayor aplicación práctica.

Y hemos querido que esta modalidad práctica y eficaz, fuera algo así como nuestra brújula directriz al presentar nuestro trabajo reglamentario del profesorado a la 1a. cátedra de Clínica Médica, cuyo titurinado ejerce tan brillantemente nuestro digno maestro, el profesor Dr. Rodolfo Rossi, para que valiera como un modesto homenaje a la brillante

orientación de ciencia pragmática, que él le imprimiera a la enseñanza impartida en la misma, desde su iniciación en 1934.

No dudamos de la importancia que asume en la solución del problema, los aspectos históricos, etiopatogénicos, bacteriológicos, anatomopatológicos y experimentales, de los cuales no nos ocuparemos en el transcurso de éste trabajo; pero las razones expuestas y el propósito de encarar así la cuestión bastarían para disimular la omisión y estaríamos aún apoyados por las enseñanzas recogidas en el servicio de la cátedra, donde colaboramos, desde su fundación.

Dada la sintomatología tan proteiforme y cambiante de las diversas formas clínicas del absceso del pulmón, creemos que, pese a lo mucho y bien tratado que esté el tema en la abundante y valiosa bibliografía extranjera y nacional, siempre puede tener algún interés el aporte personal de la experiencia individual, que aunque modesta, puede ser tenida en cuenta por aquellos que deseen recordar sus conocimientos sobre el tema.

## ESTUDIO CLINICO - RADIOLOGICO

La mayoría de los autores que se han ocupado del tema definen indistintamente el absceso o la supuración pulmonar como "la destrucción séptica del parénquima pulmonar". Analizada esta definición general, que comporta la exigencia de un estado anatómico, en sus elementos constitutivos, vemos que ellos consisten en: 1º.) agresión séptica del tejido pulmonar (causa) y 2º.) la destrucción del mismo (efecto). De ello es fácil deducir que para cumplirse estos requisitos esenciales que darán lugar a la enfermedad, desde la llegada de ese material séptico causante hasta la constitución del foco (absceso o supuración), deben mediar una serie de fenómenos reaccionales, locales o generales, que darán lugar a otra serie de síntomas, que variarán de un momento a otro, constituyendo di-

versas modalidades o períodos de la enfermedad en cuestión.

Esquemática y aun clínicamente el absceso de pulmón pasa sucesivamente por tres períodos distintos:

I.) Período de formación o constitución.

II.) Período de vómica. +

III.) Período de evacuación purulenta o de supuración abierta.

La fase de constitución o de formación, que puede pasar desapercibida o confundirse con el estado que determina cualquier neumopatía o infección, es seguida por la vómica que aparece en una época variable de la enfermedad, para continuarse con la tercera fase o sea de evacuación. El primer período que es en realidad el de "incertidumbre" o diagnóstico dudoso, es seguido por la vómica que orienta sobre la causa de la enfermedad, para terminar con la evacuación que ya da positividad asertiva al diagnóstico que luego corrobora la radiología con su cuadro típico en esta fase.

Esta clásica división, admitida por todos los que han estudiado la cuestión, examinada a la luz de la sana crítica, podría argüirse que en realidad no se trata sino de dos verdaderos períodos o fases de la enfermedad.

En realidad podría describirse un primer período de *invasión*, de constitución o de formación del absceso, y otro de *estado*. Este período de estado es en realidad el de exteriorización de la enfermedad, el que llama bien la atención del enfermo, del médico y del que lo rodea, respecto a que tiene en su aparato respiratorio un proceso supurante. Es el período de certidumbre de la supuración, en que ella va desde la intimidad del parénquima hacia el exterior. Este período de estado está en realidad constituido por una fase inicial "la vómica" que traduce el momento de la rotura o apertura de la colección en el bronquio, a la cual sigue la evacuación de sucesivas cantidades de material purulento; ambos en realidad no son sino el comienzo (vómica) y la continuación de la evacuación de la cavidad abscedada (supuración abierta). A mayor abundamiento en pro de nuestra manera de interpretar los hechos, está la situación, no muy rara por cierto, de abce-

sos que no tienen en realidad la gran vómica, la vómica a boca llena, la vómica dramática y llamativa y hacen su exteriorización en vómicas fraccionadas, que en realidad no son sino una modalidad de la "evacuación purulenta" o "supuración abierta", es decir un tercer período sin haber pasado por el segundo período clásico.

*La iniciación:* La enfermedad comienza la mayoría de las veces con una modalidad aguda, podría decirse, en que hay síntomas generales infecciosos y síntomas locales más o menos comunes a una neumopatía aguda. Munist, dice que puede presentarse en la fase inicial de la enfermedad, bien sea un síndrome pseudopleurítico, o un síndrome de bronquitis aguda o bien uno de reblandecimiento y no parece haber correlación o determinismo signológico entre tal tipo o forma clínica de absceso pulmonar y tal o cual tipo de pseudosíndrome que enmascara su iniciación.

Los abscesos gangrenosos parece, sin embargo, que tienen tendencia a dar precozmente sintomatología pleurítica.

La vómica que marca la terminación del período de formación del absceso y marca a la vez que la verdadera ruta diagnóstica, la iniciación del período de estado, puede ser precoz y presentarse a los 5 o 7 días de iniciado el proceso; como ser tardía y aparecer recién a las 7 y hasta 8 semanas.

El dolor, la tos y la fiebre en este período suelen no tener nada de características, pues son síntomas variables. Así el dolor puede ser intenso y difuso, disneizante, como en los grandes derrames agudos o ser localizado como en algunas neumonías o no existir; la tos seca o coqueluchoidea y la fiebre sostenida o con grandes variaciones durante el día. Suele haber leucocitosis de diversa intensidad con neutrofilia, como en la mayoría de las infecciones agudas piógenas.

Bernard, dá dos características radiológicas de esta época de la afección: I) la opacidad no homogénea de la sombra pulmonar y II) la variabilidad de la misma.

La primera circunstancia, se explica porque el proceso condensante que da la imagen del velo en el campo pulmo-

nar respectivo, en su intimidad anatómica tampoco es uniforme; pues es fácil deducir que en alguna parte el proceso ya está en plena fusión purulenta y en otra, en el mismo instante, se halla en los primeros pasos de la inflamación comenzante y así por gradaciones se llega a zonas del parénquima libre o perfectamente sano.

En segundo lugar, de un día a otro, el proceso se modifica en su esencia íntima, por lo que cambia, podríamos decir, su "estructura radiológica" y podremos hallar sucesivamente, dando imágenes variables, mayor extensión del foco, más condensación central, aumento de la fusión purulenta, mayor zona gangrenada; menor o mayor reacción perifocal, adición de nuevos focos vecinos metastáticos, aquí sombras lobares, allá redondeadas, unicíclicas o policíclicas, como en las bronconeumonías difusas o en las gangrenas.

Los síntomas generales pueden guardar o no relación con los síntomas focales o pulmonares. Es así que en los abscesos gangrenosos llama la atención ante todo la brusca y brutal agresión del estado general, con signos evidentes de intoxicación grave: fiebre alta, pulso frecuente, blando y depresible, hipotensión, color terreo, lengua seca, confusión mental, deshidratación tisular general, y luego compruébase signos pulmonares difusos que no encuadran, en el primer momento, en ninguno de los cuadros comunes y clásicos de la neumo-patías agudas y por último el olor del aliento del enfermo, nos encamina hacia la verdad de lo que ocurre, al par que el laboratorio puede informar, en estos casos, una leucopenia sanguínea en vez de la leucocitosis infecciosa, que testimonia la falta de defensa del organismo que se debate con la enfermedad.

En otros casos asistimos al proceso de formación del absceso pulmonar, totalmente ajenos a esa posibilidad, pues nos ha tocado cuidar a un enfermo que padece de una neumonía común, o una congestión pulmonar o una grippe con ligera repercusión pulmonar, pero que nos ha llamado la atención (y esto muchas veces se deduce a posteriori) por la atipia en algunos de sus síntomas cardinales o en su conjunto. Es

así que vemos que su evolución no es la lógica y habitual, la crisis no llega, la expectoración comienza a hacerse en cantidad y calidad sospechosas, o después de unos días de intervalo, pero en los que el enfermo *no estaba del todo bien*, aparece una vómica indicadora de la transformación purulenta del proceso. En otros casos la expectoración rojo grose-lla neumónica se ha ido agotando y pasando por su transformación habitual, para luego tomar el carácter purulento numular o en masa o mucopurulento, a la vez que el soplo tubario del vértice lesionado se ha ido transformando en una respiración soplante, anfórica, que indica luego el reblandecimiento y la cavidad supurante de un absceso agudo meta-neumónico que acaba de constituirse.

Es muy frecuente observar que la mayoría de los llama-dos abscesos agudos del pulmón, evolucionan durante su primer período o sea el de formación, con los caracteres clíni-cos de la neumopatías agudas, tipo neumónico, tipo bronco-neumónico, córtico pleuritis, o pseudo pleurítico, y aun con los caracteres especiales de una esplenoneumonía (como en un caso nuestro). Otras veces lo hacen con la apariencia de un estado infeccioso sin localización francamente pulmonar, estado gripal o tífico, en el cual recién después de varios días aparecen síntomas funcionales que denotan la agresión del aparato respiratorio, tos, puntada de costado, disnea, que lue-go se concretan en signos de localización o focales que orien-tan. Otras veces hay razones para pensar que se está frente a un episodio de impregnación tuberculosa, o de revisvicencia y el laboratorio interrogado dará los hemocultivos para el Eberth negativos y acusará generalmente, estando el absceso en formación, una leucocitosis de 20 a 30.000 blancos, con neutrofilia relativa y absoluta, síntoma que, por otra parte, puede encontrarse en otras neumopatías agudas no supura-torias.

A veces, delante de un cuadro pleurítico doloroso, disnei-zante, resolvemos hacer una punción diagnóstica y terapéu-tica, que resulta reiteradamente negativa (dos casos nues-tros) en el sentido del derrame buscado; pero que puede lle-

varnos a punzar, sin haberlo sospechado, el propio foco del absceso, lo que nos aclarará el diagnóstico y aun de su germen productor, extraído así en estado de pureza; pero nos adelantamos a decir, que la punción no debe intentarse si se sospecha la existencia de un absceso de pulmón.

Otras veces la fase de formación es casi inexistente como realidad clínica, pues cuando acude o repara el enfermo, está ya en franca fase de supuración abierta o de expectoración purulenta sostenida que lo lleva a consultar. Es entonces que el estudio atento de los antecedentes del enfermo, pueden jugar un rol decisivo en el diagnóstico, y por ello se investigarán los síntomas que caracterizan el padecimiento con antelación a ese hecho, de una neumopatía aguda, que con o sin período intermediario de aparente salud, ha pasado a ese período de supuración, o el haber sufrido una operación quirúrgica días antes, máxime si ella ha gravitado sobre el abdomen inferior, por proceso agudo "de urgencia", o sobre las cavidades bucofauciales, y capaz de haber dado origen a la supuración pulmonar por un mecanismo embólico o broncogénico.

Otras veces la aparición durante estos padecimientos, de una fetidez particular en el aliento, es como un aviso que antecede al período de vómica o de apertura de un absceso pútrido, desde su iniciación que se está labrando su lecho en un pulmón.

Durante la etapa inicial del absceso la radiología tampoco puede dar elementos de diagnóstico diferencial, con las otras neumopatías agudas y es a este respecto que Trincas y Zanetti dicen: "Las razones son obvias, cualesquiera que fuese el proceso infeccioso agudo del pulmón provoca al principio las mismas alteraciones anatomopatológicas fundamentales, consistentes en la invasión de los exudados en la parte aérea de un determinado territorio pulmonar, exudados que sustituyendo al aire determinan la hepatización".

Las sombras variarán en consecuencia según su tendencia a localizarse o a hacerse invasoras, su mayor o menor intensidad, su contorno neto o esfumado. Puede presentarse una difusa lobar o tipo de infiltración neumónica, o múltiple

tipo bronconeumónica, a estar una parte de un campo pulmonar oculto por un velo uniforme pleural, que corresponderá a una reacción de esta serosa que puede acompañar con un derrame de vecindad, desde el comienzo, al proceso de abscesación que siendo muy cortical, ha producido la complicación del cuadro clínico y radiológico. Nosotros hemos tenido ocasión de controlar una imagen perfectamente redondeada, a borde neto, del tipo hidático, que después de una vómica abundante, cura en pocos días sin dejar secuela clínica ni radiológica.

Miranda Gallino y Maisa, entre nosotros, manifestaban a la Asociación Médica Argentina en 1934 que: "El diagnóstico radiológico del absceso del pulmón en el primer período de la enfermedad, *es, puede decirse imposible*. . . los exámenes radiológicos suelen no dar signo alguno que permita sospechar la iniciación de un proceso de tal naturaleza"; y luego de abundar en consideraciones, dicen que: "los tipos de sombras (de abscesos) pueden ser dados por otros procesos condensantes que nada tienen que ver con el absceso de pulmón".

† *La vómica:* La vómica es el hecho más saliente y fundamental en el diagnóstico de absceso pulmonar. Significa el toque de alarma que aclara el diagnóstico que había permanecido incierto hasta ese momento y demuestra que existía una colección pulmonar o mejor dicho intratorácica que se pone en evidencia o en comunicación con el exterior, a través de los bronquios y es seguida o continuada por otro hecho muy importante: la perseveración de la vómica a través de la repetición en forma de vómica fraccionada o constituyendo la evacuación purulenta o "supuración abierta", como se ha dado en llamarla. Esta evacuación podrá tener caracteres tales en intensidad y manera, o mejor dicho, en cantidad y calidad (olor, aspecto, color, contenido macro y microscópico, relación con los signos generales, etc.) que constituyen en muchas ocasiones elementos suficientes de



juicio, para la consideración y clasificación de los diferentes tipos de supuración pulmonar.

La vómica es pues el primer episodio de la evacuación de la colección purulenta, formada en el seno del tejido pulmonar y es por ello la manifestación más saliente, más importante y más característica de los procesos pulmonares que nos ocupan.

La época de su presentación en el curso evolutivo de la afección es variable en grado sumo. Hay *vómicas precoces*, entre el 6º y 7º día y aún antes, y hay *vómicas tardías* que se concretan a los dos meses.

En algunas ocasiones es precedida de pródromos, consistentes en la agravación del estado general del enfermo, repunte térmico, discretas o medianas hemoptisis, aparición de olor especial o pútrido del aliento, dolores torácicos, etc.

En unos enfermos hace su aparición bruscamente, dramáticamente una gran vómica, a *boca llena* como se la ha designado y que parece podría corresponder a los grandes abscesos para o yuxtahiliares, que suelen regirse por la circunstancia bienhechora de abrirse en un grueso bronquio, suficientemente calibrado y ubicado para un drenaje completo y resultar así un *bronquio eficiente*. Estas grandes o copiosas vómicas, que llegan en ocasiones a cantidades de 400 a 600 c. c., dejan una sensación de bienestar luego de terminadas, que bien justifican el apelativo de *liberatrices*, con que se les suele llamar. Corresponde en gran número de casos a abscesos agudos que pueden curar espontáneamente luego de producido este accidente. Significan ellas, desde el punto de vista clínico, sobre todo si el práctico, no ha podido contar con el valioso auxilio de la radiología después de producidas; una serie de circunstancias cumplidas en su evolución entre las cuales podrían contarse: gran cavidad abscedal bien colectada, apertura brusca y amplia de la bolsa, en bronquio de calibre suficiente e implantado en lugar conveniente para el drenaje eficaz y esperanza de curación clínica y espontánea bien fundada. Tal eventualidad suele ocurrir en el absceso agudo yuxtahiliar, bien delimitado en la parte superior del campo pulmonar.

Luego de la vómica inicial, siguen las pequeñas vómicas, verdaderas fracciones que decrecen paulatinamente en cantidad hasta hacerse esputos, pequeños, numulares o ligados, que insensiblemente terminan por una expectoración mucopurulenta primero y finalmente mucosa aereada. Otros enfermos tienen verdaderas *recaídas* en las evacuaciones, en lo que a cantidad y calidad se refiere, lo que da a este síntoma de la supuración un verdadero carácter clínico como el cuadro clínico general de la enfermedad.

Después de la vómica inicial o grande, ya evidenciada de este modo la supuración pulmonar, se asiste a la mejora subjetiva y objetiva del paciente. La fiebre puede llegar a la normal o por lo menos acercarse a ella, cayendo en algunos casos en crisis y ese caso que podría haber sido clasificado como una neumonía, que la vómica ha aclarado su verdadera naturaleza, cura en realidad en una crisis, pero crisis retardada por lo general y seguida de evacuación purulenta. La tos luego disminuye o es menos penosa, se regulariza la respiración del enfermo, el apetito renace conjuntamente con las fuerzas que se recuperan y en una palabra se asiste a un cambio total de la situación que representa en sí una *curación clínica*.

Sin embargo, la reunión de tales caracteres objetivos y subjetivos en un enfermo que ha evacuado o mejor dicho que ha exteriorizado una supuración pulmonar, no debe hacernos nunca fundar un pronóstico de curación completa y definitiva; cosa que solo debe hacerse después de observar por mucho tiempo la *curación clínica* controlada por la *curación radiológica*.

Parece ser, que se está más cerca de la certidumbre de curación radical y absoluta cuando menor haya sido la evolución total del proceso supurado (período de formación y evacuación muy cercanos y breves) pues cuanto más aguda o aceleradamente han sucedido las fases, menos probabilidad hay de la aparición en escena del enemigo de la curación de las supuraciones pulmonares: la esclerosis; proceso reac-

cional que se opone a la cicatrización y a la restauración total del parénquima afectado.

Los abscesos que drenan con intermitencias y diferencias apreciables de cantidad o caracteres físicos, pueden patentizar la existencia de abscesos multiloculares o difusos, muy distintos en su pronóstico al absceso agudo simple que no dudamos en calificar de *benigno*.

El profesor Sergent, en una conferencia publicada en El Día Médico N. 13 del año 1937, dice que son necesarias, para afirmar definitivamente la curación total y completa del absceso pulmonar, tres condiciones reunidas:

1) Que todos los signos funcionales (tos, expectoración, disnea, puntada de costado, etc.) hayan desaparecido completamente.

2) Que las imágenes radiológicas hayan desaparecido por completo y

3) Que un cierto lapso de tiempo, por supuesto prolongado, haya transcurrido sin ninguna manifestación de actividad. (Ni clínica ni radiológicamente).

✧ Cuando en un enfermo, se hallan reunidas estas elementales condiciones de seguridad, se puede estar a cubierto de nuevos brotes evolutivos, que cuando reaparecen son debidos sin duda a la persistencia de nidos microbianos en el seno del parénquima. Débese tener en cuenta que en casos aparentemente sanos ante la investigación clínico-radiológica, lo que ha desaparecido es en realidad la reacción del parénquima, congestiva o exudativa, que impide su caracterización por esos medios; cuando en realidad persisten en esos nidos que podrían representar "microabscesos" que eternizan la enfermedad. Esto explicaría el porque de las recidivas en el mismo sitio del proceso, donde se van haciendo o repitiendo los sucesivos brotes agudos o subagudos del absceso y entre etapa y etapa suele no verse nada en las buenas radiografías o acaso un leve velo o una débil marca en forma de trazo más opaco y nada más.

Es necesario pues, saber estudiar, saber pensar y sobre todo saber desconfiar de estas *calmas engañosas* y exigir la *triada de seguridad de Sargent*, como mínimo, para no correr el riesgo de dar por curado un absceso que no lo está y perder así una buena oportunidad para intentar una curación radical, por medios quirúrgicos; los que aplicados en la debida oportunidad son de eficacia máxima.

#### *La fase de evacuación o periodo de supuración abierta*

Este período clásico o fase de la exteriorización del absceso pulmonar, está caracterizado por la expectoración purulenta o pútrida, que sigue una modalidad especial en cada caso, mostrando diversas formas clínicas de la enfermedad, que involucran en sí, también diversos pronósticos e imponen distintas conductas terapéuticas en consecuencia.

La expectoración, signo funcional y fundamental, es de capital importancia en el estudio del proceso que nos ocupa, y ha sido desde hace mucho estudiado con la atención que se merece. Ultimamente, entre nosotros Munist, le ha dedicado particular atención en su obra y considera su estudio bajo cuatro puntos de vista diferentes:

- 1) Su ritmo de evacuación.
- 2) Sus caracteres macroscópicos.
- 3) Sus caracteres microscópicos.
- 4) Sus caracteres bacteriológicos.

Después de presentada la expectoración en la escena clínica del absceso, ella sigue un ritmo que variará en función de varias circunstancias de orden generalmente mecánico. Ellas pueden ser: el tamaño del bronquio de avenamiento, su forma y su implantación con respecto a la bolsa del absceso y aún de la consistencia y del contenido del material purulento a evacuarse.

Por ello la expectoración es irregular y no *procede con método* la mayoría de las veces; hoy se evacua mucho, mañana poco, otro día nada; el ritmo diario varía también o se expectora más a la mañana o bien el aumento es vespéral; ya

se trata de pus fluído y blanco o de material espeso bien ligado o conteniendo detritus de esfacelo (abscesos gangrenosos) que hasta pueden obturar el orificio bronco-abscedual. Todo esto explica porque en la generalidad de los abscesos el lipiodol (diagnóstico) no penetra en la cavidad del absceso, pues el orificio puede estar cortado en pico de flauta y la embocadura ser como el embudo, lo ancho para el absceso y lo angosto para el bronquio de drenaje; con lo que se tiene pasaje de corriente en el sentido absceso-bronquio (pus) pero no admite lo contrario en el sentido bronquio-cavidad (lipiodol).

Ya hemos dicho que algunos abscesos agudos benignos se abren amplia y francamente, exteriorizándose por una gran vómica única o seguida de pequeña expectoración decreciente, que revela una amplia y adecuada comunicación con el bronquio que los lleva a una curación espontánea a corto plazo.

El estudio macroscópico de las expectoraciones purulentas sostenidas se ha hecho desde muy antiguo en las bronco-reas y bronquiectasias; en ellas era clásico distinguir tres capas:

- 1) Superior, aereada y espumosa.
- 2) Media, mucopurulenta.
- 3) Inferior, puriforme verdosa.

En el absceso agudo, donde es muy frecuente no poder estudiar los caracteres físicos del expectorado, pues la vómica no se espera dado el diagnóstico incierto de la enfermedad y al hecho de que el accidente es brusco en su aparición y casi total en su evacuación, se puede comprobar que el material tiene color blanco amarillento o verdoso, aspecto uniforme bien ligado, y consistencia mediana. En los días siguientes puede ser del tipo *numular*.

El olor en este tipo de forma clínica, es escaso, sobre todo en el principio. Este elemento puede tener su importancia en el estudio y evolución del absceso pulmonar. Tiene el olor grados y características diversas que corresponden, se-

gún Cordier, a una progresión significativa que puede ser: el esputo mal oliente, el fétido, el pútrido y el gangrenoso.

El primer tipo se comprueba al tomar cuidadosamente el olor a la salivadera, el segundo al aproximarse al enfermo o al recipiente; el tercero al llegar a la cama del enfermo y el último al abrir la puerta de la habitación del enfermo. Y a menudo el esputo que solamente es maloliente es calificado de pútrido, siendo el “empleo del superlativo solo una frecuente impropiedad del lenguaje” (Cordier).

En el tipo pútrido, que ya describimos, el esputo puede tener olor a cloaca y ser rojizo, puriforme o verdoso.

A las características y propiedades del expectorado de la cavidad o foco supurante, se agregan muchas veces lo segregado por la reacción inflamatoria bronquial, secundaria al absceso, secreciones que en ciertas personas por causas aun no aclaradas, tienen la propiedad de emanar un olor particular desagradable y fuerte; de la misma manera que hay personas que confieren a sus secreciones nasales, vaginales o uretrales, ese particular olor que otros enfermos de las mismas mucosas y por causas iguales no tienen nunca. Y es así que debe tenerse en cuenta ese *olor agregado* para no calificar de pútrido un absceso que en realidad no tiene esa característica.

En las gangrenas agudas, la expectoración es de gran fetidez y se dispone por lo general en cuatro capas:

- 1º) Superior, espumosa.
- 2º) Espesa, verdosa con estrias de sangre.
- 3º) Líquida, verdosa clara.
- 4º) Inferior, espesa, grumosa, conteniendo a veces trozos pulmonares de esfacelo. La fetidez es nauseabunda; olor característico a *carroña*.

En todos los casos conviene recoger la expectoración en un vaso cónico, graduado a los fines de perfecta observación y medición.

La cantidad puede ser muy variable según los casos, pero aun en los grandes abscesos no suele pasar de 300 a 500 c. c.

diarios, correspondiendo a las bronquiectasias supurantes las más grandes cantidades de expectorado, que en ocasiones pueden llegar a 1200 y 1500 c. c., con su característico ritmo matinal clásico del llamado "*Toilete bronquial*". Esta modalidad de mayor evacuación en las primeras horas de la mañana, también puede tenerla el absceso pulmonar, que siendo de regular tamaño, lógico es que colecte, durante la noche y el sueño, mayor cantidad de pus, que será expulsado en los primeros accesos de tos.

El material purulento, tiene más fácil y mayor salida en determinadas posiciones, que el mismo enfermo se encarga de notar y llamar la atención del médico; lo que sirve de base para la *cura de drenaje postural*, tan eficaz en ciertos casos. A veces las evacuaciones o vómicas fraccionadas, suelen anunciarse por accesos de tos; sensación de picor en la garganta o un sabor dulzaino o aliento fétido; en cambio puede ocurrir lo mismo sin ningún aviso, es decir, evacuaciones silenciosas o mudas.

El estudio de los caracteres microscópicos del pus expelido, nos puede informar sobre la presencia de células de diverso origen, presencia de sangre, restos de tejido pulmonar esfacelado, leucocitos en degeneración, y en ciertos abscesos secundarios a procesos ya existentes en pulmón que se han abscedado, podemos encontrar células de caracteres blastomatoso, ganchos hidáticos, y el grado de destrucción podrá, en otras ocasiones, estar dado por la mayor o menor cantidad de fibras elásticas encontradas.

El estudio de los caracteres bacteriológicos, puede dar informaciones interesantes con miras al diagnóstico etiológico, base de una posible y futura terapéutica más eficaz.

Una expectoración espesa, achocolatada y estéril (por punción) en un enfermo con antecedentes disentéricos puede guiarnos en el diagnóstico de absceso amebiano de pulmón o hepático abierto en bronquios, pues es sabido lo difícil y casi imposible que es caracterizar a la ameba histoiática en el expectorado.

Los abscesos agudos de pulmón, son determinados, en muchas ocasiones, por los piógenos comunes; los pútridos son causados por las sobreinfecciones por anaerobios y en muchos casos se puede encontrar espiroquetas, y los gangrenosos, por lo común, son debidos a anaerobios.

Algunos autores se han expresado en el sentido de que el absceso pútrido es causado por las espiroquetas. Esto parece estar en contra de un hecho común observado en la clínica y por cuanto muchos procesos a esa etiología (angina de Vincent, lesiones ulceradas sifilíticas) carecen de fetidez. Trincas, admite que la espiroqueta, determinando el esfacelo del pulmón, facilita el crecimiento y multiplicación de los anaerobios, de los cuales depende la putrefacción.

Comprobada la espiroqueta en el material examinado, se nos plantea el diagnóstico de gangrena crónica a recidivas.

Para la búsqueda y caracterización de las mismas hay que agotar las precauciones a fin de no contaminar los preparados; es así que se dispondrá hacer antisepsia y limpieza reiterada de la cavidad bucal y fauces del paciente o mejor aun si se puede hacer la broncoaspiración del material por broncoscopia previa. Pero lo ideal, para estar a cubierto de error, sería la punción directa del foco, operación que hoy es desechada por todos por peligrosa, pues compromete la integridad de la serosa pleural y del parénquima vecino sano que rodea al absceso y debe atravesar la aguja en busca del material. Luego deben hacerse coloraciones al Fontana-Tribondeau y tratar de descubrir la espiroqueta que ha descrito nuestro compatriota Etchegoin, colaborador de Bezançon. Estos autores sostienen que la gangrena pu'monar debe ser considerada como una espiroquetosis, siendo este agente el principal determinante del proceso y es a su vez el que prepara el terreno, para que los anaerobios den luego el *golpe de gracia* a los tejidos por ellos ya mortificados.

El espiroquete hallado por Etchegoin es morfológicamente distinto del de Vincent y de los demás banales de la cavidad bucal y, según Ceballos, se ha podido encontrar en 11 casos sobre 15 de gangrenas pulmonares. Todo esto, agrega-



do al hecho de que Etchegoin ha podido en 1932 reproducir la gangrena pulmonar en el cobayo, confiere gran valor a las investigaciones del mencionado autor y da caracteres de especificidad al mencionado agente, por él descrito.

La presencia de espirocetas en el esputo no nos obliga a formular un pronóstico fatal, pues algunos casos han curado mediante operaciones quirúrgicas. (Ceballos — pág. 38 — Supuraciones no tuberculosas del pulmón).

El estudio bacteriológico del esputo puede dar como resultado un monomicrobismo o más frecuentemente un polimicrobismo. Es necesario destacar la circunstancia de que todos los gérmenes, que han sido hallados habitualmente en la boca, se encuentran también en la cavidad del absceso o en el parénquima gangrenado pulmonar.

En diferentes casos ha podido hallarse el neumococo, tipos I-II-III-IV, el estreptococo hemolítico, el estafilococo albo o dorado, el bacilo de la grippe (?) y el neumobacilo de Friedlander, cuya presencia puede sospecharse macroscópicamente al examinar un esputo viscoso, filante, rojizo, en un sujeto en estado grave, que ha hecho decir a Kindberg, "que toda neumopatía aguda grave que no es gangrena y lleva en pocos días al reblandecimiento y excavación pulmonar, es una neumopatía a Friedlander".

No encontrándose casi nunca la ameba en los abscesos disintéricos, es más fácil orientarse, en estos casos, por el color y aspecto del pus, los antecedentes del enfermo y la prueba del tratamiento específico con emetina; pero esto con dos reservas: 1<sup>a</sup>, la emetina es muy eficaz y curativa, instituida con rapidez, antes que la cavidad sea contaminada por gérmenes bucales que lo transforman en un absceso común que puede resistir a la emetina y 2<sup>a</sup>, hay abscesos no amebianos que se benefician y aun curan por la emetina.

Los abscesos por micosis colectadas del pulmón que pueden, clínica y radiológicamente, ser confundidos con otras formas etiológicas y más aun con las tuberculosas supuradas, pueden ser identificados gracias a las nuevas técnicas micológicas actuales y los medios de cultivo especiales y pue-

den ser sospechados, según Sergent y Mamou, por la comprobación de otras lesiones cutáneas tipos micosis, por el aspecto gomoso de las mismas, la esplenomegalia y a veces la ocupación del enfermo (peluqueros, escardadores de lana, cuidadores de palomas, etc., etc.).

Cabe agregar que el conocimiento de la flora microbiana en sus amplios detalles, no es un recurso de muy grande aplicación terapéutica, pues estamos aun muy lejos de haber alcanzado la terapéutica específica etiológica de estos procesos, ya sea por stock-vacunas, autovacunas, seroterapia aun antigangrenosa y sobre la cual tantas esperanzas habíanse cifrado en los primeros momentos.

*Examen somático:* El examen físico del enfermo en este período de *enfermedad abierta*, es capaz de darnos signos de certeza para el diagnóstico, que en el período de formación eran inciertos, cambiantes o difusos.

Estos signos físicos serán, como es de imaginarse, sumamente variados en sus caracteres, por las lesiones producidas o en vías de producirse que ellos representan. Es así que unos dependen de la lesión misma y otros de las *relaciones de vecindad* de esta lesión o foco de absceso. Podrán variar pues según una serie de factores: 1°) la situación del absceso 2°) su tamaño, 3°) la reacción perifocal, 4°) el compromiso pleural, 5°) la comunicación mayor o menor con el bronquio, y de este con el exterior.

Un absceso agudo de la base ubicado cerca de la corteza, puede darnos un síndrome pleurítico, que luego puede concretarse en un derrame pleural de variada naturaleza e intensidad, por abertura directa o por reacción de vecindad. Si la situación fuera realmente en la última porción de la extrema base podría haber reacción diafragmática, con hemiparesia de ese músculo o aun pleuresía de ese sector, con su característica sintomatología ruidosa.

Si el proceso se sitúa en las vecindades del mediastino, puede dar lugar a la reacción de la serosa mediastinal.

Si el tamaño del absceso es pequeño y la situación central o retrocardíaca (caso de la radiografía N°. 26) puede pasar desapercibido al examen físico y solo la evolución habida, cuadro general, fiebre y vómica, hacen sospechar la enfermedad, que una radiografía en frontal tampoco descubre y solo las placas en posición lateral, bien sacadas, son capaces de comprobarla debidamente.

Si la colección no es de gran tamaño y sobre todo de situación muy *central* en el lóbulo afectado, y no ha producido aun reacción pulmonar, perifocal o pleural dada su situación, reacciones que, por lo general, *agrandan el foco*, desde el punto de vista físico y signológico, y lo exteriorizan y denuncian, ante el dedo que percute o el oído que ausculta, puede permanecer como *foco mudo* ante la más minuciosa semiología torácica, y es entonces que el estudio radiológico asume toda la responsabilidad y eficacia para el diagnóstico positivo.

En otras ocasiones, un absceso sospechoso clínicamente, pero solo comprobado radiológicamente, ha permanecido sin dar signos físicos válidos, hasta que evoluciona aumentando de tamaño en sí o su reacción perifocal, se acerca, por decirlo así, a una de las paredes torácicas y se hace pasible de su comprobación física.

La reacción perifocal, que muchas veces puede enmascarar ciertos signos físicos puede ser en cambio factor ponderable en la producción de otra clase de ellos. Es así que una colección vaciada en gran parte, de las que radiológicamente dan imágenes hidroaereadas, con su nivel líquido, en ciertos momentos puede dar signos contrarios. La condensación operada en el parénquima circunvecino, por la perserveración de la inflamación perifocal, puede dar lugar a ruidos de soplo tubario y rales húmedos y aun más tarde, llegando a la pleura, que a su vez reacciona con exudación, velamiento del soplo, pectoriloquia áfona, matitez y abolición de las vibraciones vocales. La reacción de la pleura vecina pues, enmascara los signos del parénquima abscedado excavado o condensado en su derredor y pueden dar todo el síndrome

•

pleurítico de la gran cavidad o de la pleuresía tabicada o aun del tipo esplenoneumonía como ocurrió en el caso de la radiografías números 29 y 30.

Los caracteres de la comunicación saco abscedual-bronquiodrenaje, puede dar lugar a diversos aspectos cambiantes de la sintomatología física de la supuración pulmonar.

Dará distintos caracteres percutorios o auscultatorios la cavidad, según se haya evacuado, total o parcialmente, por una vómica total o parcial o según que un día el avenamiento bronquial sea o no suficiente a vaciarla y a la vez que la relación de la cavidad a la pared torácica, por donde se investiga, no esté alterada por reacciones parenquimatosas o pleurales de jerarquía suficiente para alterar la fenomenología física. En el absceso agudo, evacuado con gran vómica, puede ocurrir por diversas circunstancias, que enseguida analizaremos; que se ocluya total o parcialmente el bronquio de drenaje y entonces readquiera acuidad el proceso general, nueva elevación térmica, dolores, caída del estado general, anorexia, y en el orden local o focal, nueva reacción y tendencia a la cronicidad.

El abocamiento bronquial en la cavidad abscedual, puede obstruirse por diversas causas, entre las cuales cuentan: forma, tamaño y sitio de la implantación, reacción de la mucosa del primer tramo bronquial, y los caracteres físicos del contenido del foco. El pus puede ser espeso, tipo neumococo o Friedlander, o bien mal ligado o acuoso. El bronquio puede aún obstruirse por sus propias secreciones mucosas de reacciones distintas a las de la bolsa del absceso, o por tener su desembocadura forma de bisel o pico de flauta o por no desembocar en un punto estratégico para que en el avenamiento se cumplan las leyes de la gravedad o también por sufrir una compresión de vecindad por un proceso tumoral o atelectásico que ocluya la luz del bronquio. Todo esto se explica, y tiene un principio de comprobación objetiva, cuando se hace la investigación con el aceite iodado, que generalmente no alcanza a penetrar en la cavidad del absceso pulmonar debido a la serie de circunstancias que acabamos de examinar.

*La radiología:* Llegado el momento en que el absceso se ha puesto en comunicación con el exterior, por medio de una o varias vómicar, el estudio radiológico adquiere mucha mayor importancia que durante el período de formación del mismo.

En efecto, si durante el período de constitución del foco purulento, la investigación radiológica se realizaba con fines verdaderamente aclaratorios de un diagnóstico muy dudoso, por ese entonces, puede decirse que ya en el tercer período de evacuación, la indagación radiológica se efectúa con el fin de *confirmar* un diagnóstico clínico, ya fundado de supuración pulmonar y también con vistas al diagnóstico etiológico y topográfico, al pronóstico y al tratamiento, deducciones éstas dos últimas que son las lógicas consecuencias de las primeras.

La radiocospía podrá hacerse en aquellos enfermos cuyo estado general lo permita y sus informaciones deben siempre ser controladas y completadas por las diversas radiografías. Deben darse variadas incidencias al tubo, para poder visualizar ciertas sombras que de otra manera no se hacen accesibles al ojo que explora en la pantalla. Por otra parte, en casos de complicaciones de vecindad, en los procesos cercanos a las bases, ella nos informará sobre la motilidad diafragmática y su relación con el absceso que estudiamos.

Luego, deben obtenerse las radiografías en varias posiciones, las suficientes para que no se oculte nada en la placa y ver sus relaciones con las diferentes paredes costales. En la imagen de condensación del parénquima que suele encontrarse y que ya podría verse radiografiada en el período anterior puede aparecer después de la vómica, una imagen o sombra semilunar clara que indica la formación de aire en la cavidad supurante, y separando esta parte clara y la sombra densa obscura se puede ver un nivel horizontal líquido que configura y completa el cuadro radiográfico de la clásica *imagen hidroaérea cavitaria*, la que involucra en sí sus tres elementos constitutivos: (radiografía N° 12).

1º) Una parte clara superior.

2º) Una parte oscura inferior.

3º) Un nivel líquido horizontal en la posición de pié (móvil en radioscopia) que reunidos tipifican, podríamos decirlo, el período de supuración abierta, o evacuación o exteriorización de una supuración pulmonar.

Esta imagen hidroaérea, como la hemos caracterizado, que en el absceso pulmonar es a *mayor eje vertical*, contrasta con la tonalidad radiográfica de la reacción de los tejidos vecinos que puede ser de grado diverso, según el tiempo de evolución que lleve el proceso y el tipo clínico del mismo. Las imágenes radiográficas pueden apartarse de la clásica imagen hidroaérea descrita, y es así que podemos encontrar sombras nodulares perfectamente redondeadas (radiografía N.º 21) que pueden simular algunos tipos de neoplasias o quistes hidáticos pulmonares. Estas sombras las hemos visto, a veces, en las fases iniciales de algunas supuraciones pulmonares, habiendo realizado tipos verdaderamente neumónicos, dada su semejanza clínica con esta enfermedad.

Pueden verse también imágenes oscuras centradas o alterada su opacidad por una imagen clara, que significa necrosis del tejido pulmonar en esa parte que ha de llegar luego a la excavación, o bien en una imagen hidroaérea ya vista, aparece un obscurecimiento de la parte clara o una modificación del nivel líquido, todo lo que puede significar que un trozo de esfacelo se ha desprendido de la vecindad (absceso gangrenoso), o bien que el drenaje del material no se hace en condiciones satisfactorias. Podemos hallar sombras difusas no focales, como ocurre en los abscesos gangrenosos extensivos, que suelen acompañarse de un velo pleural que oculta y no deja ver bien lo que ocurre en pleno parénquima, sitio inicial del proceso. Debe tenerse en cuenta que la nitidez del contorno del *sombreado* de la placa, depende de la intensidad de la reacción perifocal. El borde del mismo podrá ser muy neto en los abscesos crónicos viejos y ser *flou* o impreciso en las colecciones agudas. Las reacciones variables del tejido que circunda el foco, pueden ser cambiantes

en un mismo sujeto, de un día para otro, según sea, por ejemplo, la vecindad del absceso y según sea mayor o menor la inflamación, exudación o condensación de ese tejido vecino. A veces en la periferia del foco se hacen pequeños abscesitos metastáticos del principal que dan un aspecto particular, con tonalidades indecisas de difícil interpretación y que pueden corresponder al tipo de absceso aerolar, con imágenes otras veces pequeñas, claras y múltiples que corresponden a otras tantas cavidades de esas características. Hay abscesos difusos y disecantes, siempre graves, que no se pueden individualizar en las radiografías y solo han sido hallados y descritos en las autopsias. En enfermos, que han tenido expectoración sospechosa y signos generales, y presentan una imagen a primera vista uniforme, es necesario saber buscar, en las placas radiográficas con detención y paciencia, una pequeña claridad o pequeño nivel líquido que denuncia el absceso evacuado. Esta dificultad se acrecienta cuando la queremos investigar en una sombra de situación yuxta-mediastinal, parahiliar o retrocardiaca (radiografía N° 26) y aplicaremos todos los recursos y artificios de la radiología moderna para poder hallar ese que muy bien podríamos llamar *signo de seguridad* de las supuraciones pulmonares, ya que no es exclusivo del absceso, pues lo puede presentar cualquier proceso supurativo del pulmón.

Y debe plantearse, en muchas ocasiones, como nos ha ocurrido a nosotros, ante imágenes lobares o pseudolobares, el diagnóstico diferencial con las lobitis tbc, las neumonías; en otras, ante una sombra redondeada, con una neoplasia o un hidátide y ante imágenes hidroaéreas de moderado nivel líquido, con cavidades tuberculosas; y en general con todos aquellos procesos capaces de dar una excavación y supuración pulmonar.

La tomografía nos puede informar sobre el aspecto de los bordes de la cavidad y la importancia de la reacción perifocal y nos permitirá seguir de cerca la evolución que se opera en la región vecina al absceso, la que cuando está en regresión franca, indica el paso hacia la curación.

Otro auxilio importante nos presta el estudio del árbol bronquial con medio opaco, con aceite iodado, la broncografía lipiodolada. Este medio radiográfico, nos orienta en el diagnóstico diferencial de las sombras de origen bronquial, pulmonar y aun pleural y nos una idea muy exacta de la topografía de la lesión y su diagnóstico con las neoplasias pulmonares abscedadas.

Conviene también, con el lipiodol, hacer radiografía lateral y frontal, para precisar bien la topografía de la lesión y el territorio bronquial que ha recibido el aceite opaco. También el lipiodol ayuda en el pronóstico, pues nos da elementos semiológicos para sospechar la recidiva o deducir la cronicidad del absceso agudo o subagudo que creemos curado. Piaggio Blanco y García Capurro, clasificaron en cuatro grupos las imágenes simples o primarias con que se caracterizan las supuraciones pulmonares:

- 1º) Imágenes con alteraciones bronquiales predominantes.
- 2º) Imágenes con alteraciones parenquimatosas predominantes.
- 3º) Imágenes con alteraciones pleurales predominantes.
- 4º) Imágenes con alteraciones parietales predominantes.

1º) Se visualizan las bronquiectasias y en ellas penetra el lipiodol rellenoando el árbol bronquial, dando imágenes diversas, ya sea por detenerse en los trozos estrechados, ya llenando las cavidades de bronquios ensanchados.

2º) En este grupo de imágenes se estudian las partes del parénquima enfermo permeables o no permeables al lipiodol. Cuando el proceso no se acompaña de dilataciones bronquiales, solo raramente se rellena la cavidad del absceso, pues el estado habitual de inflamación y secreción de la mucosa bronquial conspira para ello, conjuntamente con la situación, forma y tamaño del orificio del bronquio que drena, cosa que ya anteriormente explicamos con el detalle debido. Algunas veces el lipiodol, que ha penetrado en bronquios indemnes que rodean el absceso, forma un marco de contraste más obscuro en forma de arcada superior o lateral o inferior, pero difícilmente



un marco completo, sino como un segmento de arco. En otras placas se puede ver un salpicado de lipiodol, delante de la sombra del absceso que responde a una pequeña parte del árbol opacificado con el aceite, pero que no pertenece a la cavidad, sino que la acompaña en la placa, porque se antepone o pospone a la sombra del foco purulento y que se destaca más neto por su mayor opacidad a los rayos. Cuando el proceso lleva mucho tiempo de evolución (crónico) ya hay retracciones fibrosas por piosclerosis de ciertos territorios pulmonares, lo que lleva a la desviación de gruesos troncos bronquiales que aparecen oscuros en la imagen lipiodolada, desviaciones que *no se hacen con orden ni método*; hecho que contrasta muy bien con la *diástasis regular* de los bronquios, tan típica de los procesos tumorales que separan los bronquios excéntricamente, como podrían separarse las ramas de un árbol tupido para intercalar entre ellos un cuerpo inerte y denso.

3º) Las imágenes con predominio de lesión pleural, suelen corresponder a colecciones cisurales, o de la gran cavidad, ellas presentan, sobre todo en el primer caso, la diástasis del bronquio paracisural que es una diástasis simétrica, arriba y abajo, con arcos de convexidad superior e inferior a la cisura, que abrazan así la cavidad a gran eje transversal u oblicuo, como clásicamente se había ya admitido. Además los bronquios carecen del follaje, hay pues árbol o árboles de invierno rechazados, pues la compresión del parénquima que es total y de fuera hacia adentro, impide el relleno del bronquio y oculta su follaje.

4º) Las imágenes con alteración predominante de las paredes, *desplazan in-toto al pulmón*, por lo que se comprende que las ramas lipiodoladas y su follaje no desaparecen en realidad; sino que se rechazan, deformadas en parte, hacia el sentido contrario al desplazamiento debido a la alteración de la pared; el árbol es como si se hubiera *transplantado* con pérdida del derecho del domicilio con respecto al bronquiograma normal.

En general debe retenerse, y es universalmente reconocido, que el lipiodol no rellena, sino por excepción la cavidad del absceso pulmonar, y para que ello pudiera ocurrir, deben encontrarse en el enfermo reunidas las siguientes condiciones:

- 1º) Amplia comunicación bronquio-absceso.
- 2º) Vacuidad parcial por lo menos de la cavidad.
- 3º) Bronquio libre, limpio y con mucosa sana.

Tales circunstancias pueden a veces conseguirse artificialmente mediante la broncoscopia, la bronco-aspiración, la limpieza bronquial previa a la inyección de lipiodol. De los demás elementos de juicio que nos puede dar el estudio del lipiodoldiagnóstico, volveremos a ocuparnos cuando estudiemos el diagnóstico diferencial de los abscesos del pulmón.

*La broncoscopia.* — La broncoscopia puede ayudar en el diagnóstico de certidumbre del absceso pulmonar y tiene su estudio proyecciones en el sentido del diagnóstico etiológico, pues permite un más severo estudio bacteriológico del pus, y también proyecciones terapéuticas, ya que permite a determinado agente curativo ser puesto en contacto directo con la lesión.

La broncoscopia, en manos expertas, es un método de examen y tratamiento desprovisto de peligro. Esta operación comporta algunos riesgos y no debe por lo tanto hacerse en personas que tienen un mal estado general o en caquéticos, cardiopatas orgánicos descompensados, o en los que recientemente han padecido hemoptisis o pasan un período muy agudo del proceso.

En el absceso pulmonar puede verse directamente el estado de la mucosa bronquial muy inflamada o edematosa, estrechando la luz bronquial e impidiendo la observación y drenaje, lo que puede solucionarse, por lo menos en parte, durante la operación con la aspiración o el toque de la mucosa con soluciones de novocaína-adrenalina, etc.

El pronóstico es en general más favorable cuando se ven bronquios poco inflamados, aptos pues para el escurrimiento

y pasaje del pus y cuando se logra ver el orificio del bronquio, que emerge del absceso de buen tamaño, como para un eficaz y completo vaciamiento. En los casos crónicos se podrá comprobar la cavidad con ectasias brónquicas o cavidades en forma de colmena mal drenadas, canales bronquiales estenosados y cavidades pulmonares y bronquiales sucesivamente alternando ante el ojo experto que explora.

La broncoscopía, permite a veces determinar la presencia y aun extraer cuerpos extraños, que puedan haber sido los agentes determinantes de la supuración y en otros casos, gracias a la broncoaspiración, se puede extraer cantidades variables de pus, hecho lo cual puede sobrevenir un curso favorable en la evolución del proceso y aun el cambio de la fisonomía radiológica ante la placa sacada posteriormente. En otros casos puede ser llevado mediante la broncoscopía el lipiodol in situ, para obtener una ayuda en el diagnóstico topográfico exacto, con miras hacia un tratamiento quirúrgico próximo.

## CLASIFICACION DE LAS SUPURACIONES PULMONARES

Pocas enfermedades, en estos últimos años, han sido objeto de más intentos de clasificación, que las llamadas supuraciones pulmonares. En algunos casos se ha contemplado para hacer la clasificación el aspecto clínico de la enfermedad, en otros el punto de vista bacteriológico, en otros el problema patogénico, el anatomopatológico, el radiográfico y aun el evolutivo. No siempre las cuestiones por debatidas o repetidas ganan en claridad; el hecho real es que la mejor clasificación sería aquella que solucionara rápidamente la cuestión principalmente desde el punto de vista terapéutico, que es el punto de mira final del médico y del enfermo.

Debe pues buscarse una clasificación mixta desde ya, que permita al práctico, casi desde los primeros momentos, que

estudia un caso, encuadrarlo rápidamente en la clasificación, desde el punto de vista de sus más salientes perfiles clínicos-radiológicos y considerando sus principales caracteres evolutivos que lo llevarán hacia una definida y eficaz terapéutica.

La clasificación de Lilienthal es, ante todo, una clasificación etiopatogénica, pues distingue: abscesos broncogenéticos, metastáticos, bronconeumonía supurativa, bronconeumonía gangrenosa, neumonitis intersticial, linfangitis supurativa y bronquiectasia supurativa.

La clasificación de Kourilsky y Kindberg, que distingue los abscesos simples o pútridos o fétidos y los subdivide luego según un criterio evolutivo, etiológico o bacteriológico; es una clasificación que tiene un carácter clínico, por la presencia o no de fetidez, y se completa luego con la subdivisión según la evolución de la enfermedad que le dió origen, o los agentes patógenos que parecen determinarla.

Picaud, los divide, con un criterio anatómico y a la vez clínico, en absceso simple aislado, con gangrena pulmonar o con dilatación bronquial. Como se ve es una clasificación simplista, con relativa fácil aplicación en la clínica diaria.

Bezançon y De Yong, hacen su clasificación con un criterio puramente etiológico, distinguiendo en consecuencia, los abscesos amebianos, los micóticos y las supuraciones por anaerobios y espiroquetas.

Ascoli, excluye la gangrena del grupo de las supuraciones no tuberculosas del pulmón y distingue los abscesos agudos y los crónicos; excluyendo de la clasificación las bronquiectasias, las supuraciones debidas a hongos, amebas y las secundarias que ocurren en quistes hidáticos y cánceres del pulmón.

La escuela francesa, que tanto ha contribuido al estudio de este apasionante tema, divide los abscesos pulmonares en: simples a piógenos, gangrena localizada y abscesos pútridos y todavía abscesos crónicos, con lo cual Sergent y Baumgarten, que son sus principales sostenedores, siguen un criterio evolutivo y etiológico a la vez; como son la gran mayoría de las clasificaciones que hemos rápidamente examinado. Estos

comentarios nos sirven de fundamento razonado para proclamar nuestra adhesión a la reciente clasificación de la escuela italiana, que iniciara con buen criterio Ascoli y continuara luego Trincas, Zanetti y Paolucci.

Coquelet, el creador del feliz término *píoesclerosis*, que tanta fortuna ha hecho en patología pulmonar, divide las supuraciones pulmonares de acuerdo con un criterio mixto: 1º) anatómico, según su distribución lobular o lobulillar; 2º) de forma y 3º) evolutivo; según sea el proceso licuante o fibroso, vale decir sobreagudo, agudo o crónico.

Ceballos, en su magnífica obra sobre el tema, de 1934, dice que la clasificación debe tener un sólido fundamento terapéutico y especialmente en relación con el tratamiento quirúrgico y manifiesta que “no podemos adoptar como base las alteraciones que la enfermedad determina en el tejido pulmonar pues durante su evolución se presentan alteraciones que no son consecuencias del o de los agentes causales de la enfermedad, sino de las condiciones que ésta crea para el drenaje de los productos sépticos, y para la aereación del parénquima pulmonar”. “Tampoco podemos adoptar como base las dos guías de propagación más empleadas: la hematógena o la broncógena, porque ambas pueden ser localizadas como el caso de un solo pequeño infarto que supure o generalizadas con la infección de varios infartos simultáneamente o la propagación por embolias bronquiales”. Y finaliza la cuestión diciendo que la clasificación más práctica desde el punto de vista de la actitud quirúrgica a asumir frente a los abscesos crónicos, sería aquella que contemplara, el modo evolutivo de cada caso; por lo que el ilustre profesor argentino lo divide en I) supuraciones pulmonares que tienen tendencia a localizarse y II) supuraciones con tendencia invasora y progresiva. Ambas pueden ser gangrenosas y la primera clase puede luego transformarse en la segunda. Es una clasificación mixta, como puede deducirse de su enunciado, pues a la vez que se fundamenta en un criterio de terapéutica quirúrgica, lo hace en la modalidad evolutiva que determina esa conducta y si se quiere involucrando también un aspecto anatómico por

lo menos cuantitativo y aun bacteriológico, ya que el profesor Ceballos admite que la presencia o ausencia de espiroquetas en el esputo, indicaría el predominio del proceso de gangrena sobre el de supuración; esto reportará como consecuencia una distinta conducta terapéutica, que siempre quirúrgica, podrá en unos casos ser radical, enérgica, amplia y precoz, como las neumectomías y en otros bastará con una simple neumotomía y drenaje o contemplar aún la posibilidad de la broncoscopia y sus aplicaciones.

De las divisiones o clasificaciones que hemos pasado rápidamente en revista y comentado brevemente, sin pretender mencionarlas y examinar a todas las existentes, fluye, al espíritu crítico, a la luz de su lectura y fundamentos y de la pequeña experiencia que podemos tener sobre el tema, varias cuestiones, que consignamos a continuación:

1°.) Es fundamental tener en cuenta siempre, esto sin perder el punto de vista práctico del problema (diagnóstico, pronóstico y tratamiento), el *aspecto evolutivo* de la cuestión, pues esencialmente diferente es estar frente a un absceso que se inició y se termina en forma aguda, un post-neumónico por ejemplo —absceso simple sin fetidez— que ante ese mismo caso, que pasado un período de imprecisión o complicación, se transforma en un absceso fétido. Hay grandes diferencias entre un absceso inicialmente fétido y un absceso crónico primitivo. No es semejante la situación clínica radiológica y terapéutica ante un absceso crónico secundario que ante un absceso gangrenoso grave, invasor, destructor y que altera rápidamente el estado general.

2°.) En segundo lugar debe también tenerse muy en cuenta el aspecto anatómico o mejor dicho *anatómico y topográfico* del caso observado.

Surge a la vista, por poco que se piense, la diferencia que debe haber desde todos los puntos que se contemple la cuestión, entre una supuración que afecte todo un lóbulo superior, por ejemplo, y una supuración difusa de la base y entre ésta y una pequeña bolsa yuxtahiliar casi invisible.

3º.) Debe también contemplarse el *aspecto etiológico* de la supuración, pues no son las mismas dudas diagnósticas y de conducta terapéutica, que nos plantearemos frente a un absceso simple monomicrobiano metaneumónico leve por un lado y un absceso gangrenoso difuso y grave por otro lado, que contiene abundantes espiroquetas y anaerobios.

4º.) Otro punto de vista será, sin duda, el *aspecto patogénico* del caso, pues las cosas se aclaran al tener la noción exacta de la marcha seguida por el proceso en los principales accidentes que lo determinaron. Es así que muchas veces se puede plantear rápidamente un diagnóstico ante el cuadro pulmonar que presenta un operado de abdomen o del cavum faríngeo y el que se puede plantear ante un enfermo que creemos padece de una corticopleuritis o ante una sombra difusa persistente que tiene la radiografía obtenida de un enfermo que sabemos expectora desde hace tiempo abundantemente y que padeció reiteradas neumopatías en su infancia y juventud.

5º.) Por último, nos parece que no es ajeno por completo al estudio de la cuestión que tratamos, el *aspecto constitucional o del terreno*.

No se aplicará el mismo criterio diagnóstico ante un absceso no tuberculoso, que puede padecer un baciloso curado o fibroso, o en el que se presenta en un paciente diabético, o en un anciano arterioescleroso o en un joven cardiópata. Este último aspecto del problema nos ha de llevar a diario, sin duda, a interesantes planteos de cuestiones de diagnóstico diferencial etiológico y aún a dilucidar cuestiones pronósticas y de posibilidades de éxitos con tratamiento quirúrgico, ya que no debemos nunca perder de vista el factor *resistencia individual* para resolver en definitiva la oportunidad y conveniencia del mismo.

Una clasificación pues, que se conduzca pura y exclusivamente por los *aspectos clínicos* de las supuraciones pulmonares, no condice con la práctica corriente, pues es de observación frecuente que diversos abscesos iniciados bajo los mismos signos clínicos, hasta efectuar la vómica comprobatoria,

toman luego rumbos evolutivos tan diferentes que sancionan conductas terapéuticas diametralmente opuestas.

Clasificando, como lo hacen otros, las supuraciones por su *aspecto radiológico*, la cuestión tampoco se solucionaría satisfactoriamente, pues por todos es conocido el hecho de cuan fugaz y cambiante es el perfil radiológico de los diferentes tipos de supuración y a cuantos factores se deben estos caracteres inseguros de los mismos, que hacen que sea, probablemente, ésta una de las enfermedades de la nosología actual de más proteiforme sintomatología radiológica. Pero por ello no debemos tampoco olvidar que el *aspecto radiológico* sumado al *aspecto evolutivo* de las lesiones será lo que *principalmente* nos decidirán en determinado momento por un tratamiento quirúrgico heroico, cuestión esta sobre la que hemos de volver. También la investigación sistemática, seria y reiterada en el tiempo, es cuestión *sine-qua-non* para decidir un pronóstico fundado de curación completa; por todo lo que creemos que en el estado actual de la cuestión, la radiología de los abscesos pulmonares es, a la vez, la llave que abre las puertas de un tratamiento quirúrgico oportuno y también la llave de seguridad del criterio de curación completa, total y absoluta del proceso pasado.

### CLASIFICACION ITALIANA

Por todas las razones que llevamos expuestas, y examinando las diferentes clasificaciones que están a nuestro alcance y ponderados sus aciertos por una parte y sus defectos de aplicación a los casos clínicos prácticos por otra, es que pensamos que, por ahora, la que más se acerca a la realidad clínica, radiológica y evolutiva (que es talvez la parte álgida del problema, para definir una acertada terapéutica) es la clasificación que exponen Trincas y Zanetti en su obra "L'Ascesso pulmonare" y que llamamos clasificación Italia-



na, en homenaje a sus autores y a su distinguido maestro el profesor Rafael Paolucci.

Ellos hacen tres grandes divisiones:

- a) Abscesos agudos
- b) Supuraciones crónicas
- c) Bronquiectasias abscedadas

“En su líneas fundamentales — dice Zanetti, en la obra de Paolucci ‘Suppurazioni polmonari’ — la clasificación clínica encuentra un suficiente apoyo en el estudio radiológico”; por lo que al estudiar las diversas cuestiones de índole radiológica, siguen los autores los rumbos que clínicamente han establecido. El mencionado autor parece querer significar, que estudiadas las supuraciones pulmonares en los clichés radiográficos es posible encuadrar la fisonomía radiológica de cada caso en las divisiones de su clasificación clínica, y que si hay casos que se presentan dudosos en su interpretación radiológica, se podrá salvar la dificultad si se piensa que es posible sorprender un enfermo ante la pantalla en un verdadero período de transformación de estado, o sea realizando una verdadera forma híbrida o de pasaje de uno a otro; tal un absceso simple que se hace fétido o uno simple que se hace crónico. Y si en algún momento de la observación no tiene las características radiológicas definidas consignadas en la clasificación, estudiada y proseguida su evolución en placas seriadas, no hay duda que en los extremos de esa observación, ha de poderse clasificar en el respectivo lugar de la nosología.

*Clasificación de Trincas:*

Absceso pulmonar	{	I) Agudas	{	A) Absceso simple
				B) Absceso inicialmente fétido
				C) Absceso gangrenoso
	{	II) Supuraciones Crónicas	{	A) Primitiva (rara)
			B) Secundaria (frecuente)	
	{	III) Bronquiectasias abscedadas.		

El primer grupo de la clasificación comprende los abscesos agudos y ellos son, podría decirse, prácticamente, casi todos, tributarios del tratamiento médico (excepto el gangrenoso y algunos fétidos) y los simples curan casi todos espontáneamente o bajo la acción de medicaciones conocidas.

En cambio los crónicos o las supuraciones crónicas, como las llaman los citados autores, y las bronquiectasias abscedadas, son casi siempre tributarias del tratamiento quirúrgico, salvo los casos en que, por razones especiales el práctico que los trata, debe conformarse con un tratamiento médico, casi nunca curativo, sino paliativo, para no sobrepasar con otra conducta los respetabilísimos límites del "*Primum non nocere*".

En esta clasificación, como podrá observarse, quedan excluidas todas las supuraciones debidas a tuberculosis, micosis o amebiasis y aquellas que se asientan o se injertan en tumores o formaciones quísticas preformadas o preexistentes en el seno del pulmón (cáncer abscedado, quistes supurados etc.)

En nuestro sentir, este criterio de exclusión de ciertos procesos en la clasificación es justo; pues la cuestión en los últimos años se ha complicado y extendido mucho. También se ha difundido el concepto del absceso del pulmón y se ha llegado a confundirlo con la supuración pulmonar, que, en nuestro concepto, es fundamentalmente diferente.

Debemos pues tratar de fijar conceptos: Según la clásica y vieja definición de Forgue debe tenerse por *absceso pulmonar* la "colección circunscripta de pus en el perénquima pulmonar". Analizada esta definición en sus elementos constitutivos vemos que encierra:

a) Un elemento de relación o forma: *circunscripción*; b) un elemento de calidad: *purulenta* y c) un elemento negativo: al decir sencillamente *pus* no se admitiría otro elemento (es decir esfacelo pulmonar, material hidático, tejido neoplásico, etc.).

Para Sergent, el absceso pulmonar, "es un foco de supuración colectada en una cavidad neoformada, excavada en el pulmón por una inflamación aguda".

Ella encerraría en sí sucesivamente: un concepto de calidad de material (pus) otro de relación y forma (colección) otro de sitio o emplazamiento (cavidad neoformada) y por último de patogenia (inflamación aguda). Esto podría excluir de la verdadera definición una serie de procesos que tuvieran algunas de estas características, pero que no las reunieran todas. Tal sería la situación de quistes o cánceres supurados, pero podrían encuadrar, en la definición de Sergent, algunos tipos de supuraciones específicas del pulmón, como la amebiasis, micosis y aun ciertas formas supurantes de tuberculosis. Con las supuraciones de origen tuberculoso, la mayoría de los autores, hacen grupo aparte y por eso se habla de supuraciones no tuberculosas del pulmón.

Debería definirse, ante todo, la supuración pulmonar que englobaría "toda colección de pus intrapulmonar cualesquiera fuera su origen situación y agente productor", y dentro de ellas unas estarían representadas por los abscesos, en el sentido de la definición de Sergent, y otros grupos por las supuraciones debidas a tuberculosis, cánceres, amebiasis, dilataciones bronquiales, etc., etc.

Excluidas estas formaciones cabría considerar como absceso pulmonar: *las colecciones de pus circunscriptas en el tejido pulmonar y resultantes de la reacción de ese tejido, frente a los gérmenes comunes de la inflamación y no debida a agentes específicos bien determinados, ni injertadas en procesos preexistentes, en el mismo pulmón.*

Entenderíase así por *agentes específicos bien determinados*: la espiroqueta pálida de Schaudin, el bacilo de Koch, la ameba histolítica, hongos patógenos y aun el neumobacilo de Friedlander, y por *procesos preexistentes*, a la bronquiectasia, el cáncer y los quistes diversos del pulmón.

En esta situación estamos ya pues en condiciones de estudiar los caracteres clínicos y radiológicos de cada una de las formas clínicas, que hemos considerado en la clasificación adoptada, que nos serviría de guía y luego de analizadas bajo ese aspecto, podremos entrar a considerar el problema del diagnóstico positivo y diferencial, para luego de

una breve sereña sobre su evolución y complicaciones terminar con el pronóstico de los procesos que ocupan hoy nuestra atención.

*Abscesos agudos.* — El tipo de absceso agudo del pulmón, generalmente evoluciona en un enfermo joven, que presenta por una parte los signos generales de un estado infeccioso indeterminado y por otra parte, localmente, en el aparato respiratorio, algunos signos, inciertos, la mayoría de las veces, que no permiten sino deducir que hay una neumopatía en evolución, pero de la cual en los primeros días, por lo general, no se pueden apreciar los caracteres. Sucesivamente el diagnóstico fluctúa entre un estado infeccioso gripal, luego gripe de tipo pulmonar, luego se arraiga en el espíritu la sospecha de la neumopatía aguda hasta que se llega al diagnóstico. Es así que es necesario vigilar el estado general, fiebre, pulso y el estado broncopulmonar, dolor, tos, expectoración y signos físicos para ir jalonando el diagnóstico que por lo general es aclarado cuando aparece la vómica a “boca llena” o fraccionada o una expectoración purulenta abundante y luego comprobada al obtener, después de abierta la cavidad, un film radiográfico típico de absceso.

*El absceso agudo simple,* llamado por otros autores, absceso no fétido o benigno, es frecuentemente de comienzo post-neumónico o en otras ocasiones pseudo-neumónico.

Se configura clínicamente, con relativa frecuencia, después de cumplido en su casi totalidad el ciclo evolutivo de una neumonía, en la cual la crisis no se presenta o solo ha habido una pseudocrisis, prosigue la fiebre, el malestar general o bien la temperatura reaparece después de haber faltado en un período variable de días, por lo común no muchos, o bien aparece una expectoración que no está de acuerdo con el momento evolutivo de la enfermedad; en una palabra, es una neumonía que en su evolución o convalecencia “no anda bien” o no es o no ha sido típica en su expresión clínica, hasta que una vómica, muchas veces inesperada, o

una franca y abundante expectoración purulenta nos lleva a la verdadera ruta diagnóstica.

Otras veces, estamos creyendo asistir al desarrollo de una "corticopleuritis" que o bien tiene reacción pleural, con lo que clínicamente puede simular un derrame de la gran cavidad, que hasta nos lleva a punzarlo una o varias veces con resultado absolutamente negativo, o bien extrayendo escasas gotas de material que suelen quedar en el interior de la jeringa y aguja.

Otras veces, estas cortipleuritis tienen más reacción de parénquima y hasta exudación alveolar, con expectoración rosada y hemoptoica, lo que acerca dicho cuadro al tipo de las congestiones pulmonares de modalidad neumónica. En otras ocasiones estos abscesos se inician a la manera de una esplenoneumonía (caso de las radiografías Nos. 29 y 30) y aun en estos casos suele abrir la escena, un síndrome pleurítico iniciado cerca de la cisura, que tiene la particularidad de doler demasiado y de tardar en dar los signos evidentes del gran derrame clásico.

Todas estas modalidades de iniciación son frecuentes y comunes a los abscesos que tienen apariencia o génesis primitivamente pulmonar, aunque también pueden corresponder a los originados por vía sanguínea o metastáticos. Pero cuando tienen este origen el diagnóstico puede ser sospechado antes; al tener presente que en los antecedentes del enfermo, figura una reciente investigación quirúrgica abdominal o un parto o un legrado uterino. También puede ser sospechado por aspiración de material séptico después de intervenciones en el cavum nasofaríngeo, máxime si se ha utilizado la anestesia local o la general sin aspiración continua coetánea al acto quirúrgico.

Otras veces es posible despistar en los antecedentes o aun en el examen somático un foco séptico de suficiente jerarquía o responsabilidad para originar una embolia que al asentarse en un territorio pulmonar determinado, puede ocasionar el infarto séptico, capaz de abscedarse y originar el cuadro.

En tal problema clínico es necesario aclarar sus tres incógnitas elementales:

- 1º) Existencia del foco séptico primario.
- 2º) Momento del accidente embólico.
- 3º) Existencia del foco abscedado de pulmón.

El primero puede ser un forúnculo, un quiste apical, una amigdalitis crónica, una anexitis, etc.

El segundo hecho puede ser silencioso e inaparente y en ese caso es difícil o imposible discriminarlo, o bien ruidoso con signos clásicos, focales o pulmonares o ruidosos con signos extrafocales que pueden desorientar por la vaguedad; tal la angustia precordial, epigastralgia, vómitos, lipotimias, colapso periférico, como hemos tenido ocasión de observarlo, en varias ocasiones, en una enferma con flebitis; conjunto de síntomas que son bien distintos de los clásicos del infarto pulmonar: dolor de costado, escalofrío, fiebre, tos y expectoración hemoptoica.

El tercero se dilucida al comprobar el foco pulmonar, con sus signos clásicos generales o locales o los signos radiológicos.

Los síntomas generales, con que evoluciona un absceso pulmonar en el período de formación y aun de estado, pueden ser los de una infección seria, con sus facies plomiza, gripal o neumónica, fiebre alta que no reviste un tipo especial.

La tos, la expectoración y la vómica no tienen nada de especial en este tipo clínico de absceso agudo y a veces la evacuación tiene características posturales; como por otra parte puede ocurrir en cualquier tipo de abscedación pulmonar.

La cantidad puede ser variable, hay abscesos agudos que se vacían casi totalmente en una sola vómica inicial o vómica a "boca llena", única y que podría decirse comienza y termina con el período de evacuación. Otros drenan cotidiano y continuamente pus, otros alteran su ritmo durante el día o lo hacen unos días si y otros no y así sucesivamente. El olor en el expectorado es casi inexistente, pero en cualquier mo-

mento puede tomar las características del hedor pútrido, lo que no basta para que se pueda cambiar la clasificación del tipo del absceso, si ese hecho es transitorio y no dura sino algunas horas. Pero si esa putridez persiste, más de dos días inalterable, basta, según Cordier, para conferir al absceso carácter de gravedad.

Los síntomas de orden físico son proteiformes y variables, a veces puede localizarse el absceso por el examen físico; lo que puede ocurrir en colecciones de tamaño regular y de situación cercana a la pared torácica por donde se hace la exploración.

Es así que se puede denunciar la presencia de un síndrome cavitario con o sin su correspondiente condensación parénquimal pericavitaria; pero en otros casos los signos físicos no tienen ninguna significación de certeza y solo la vómica o la película radiográfica aclaran la cuestión.

No existen, a decir verdad, signos radiológicos típicos de absceso pulmonar agudo simple en el período de invasión del

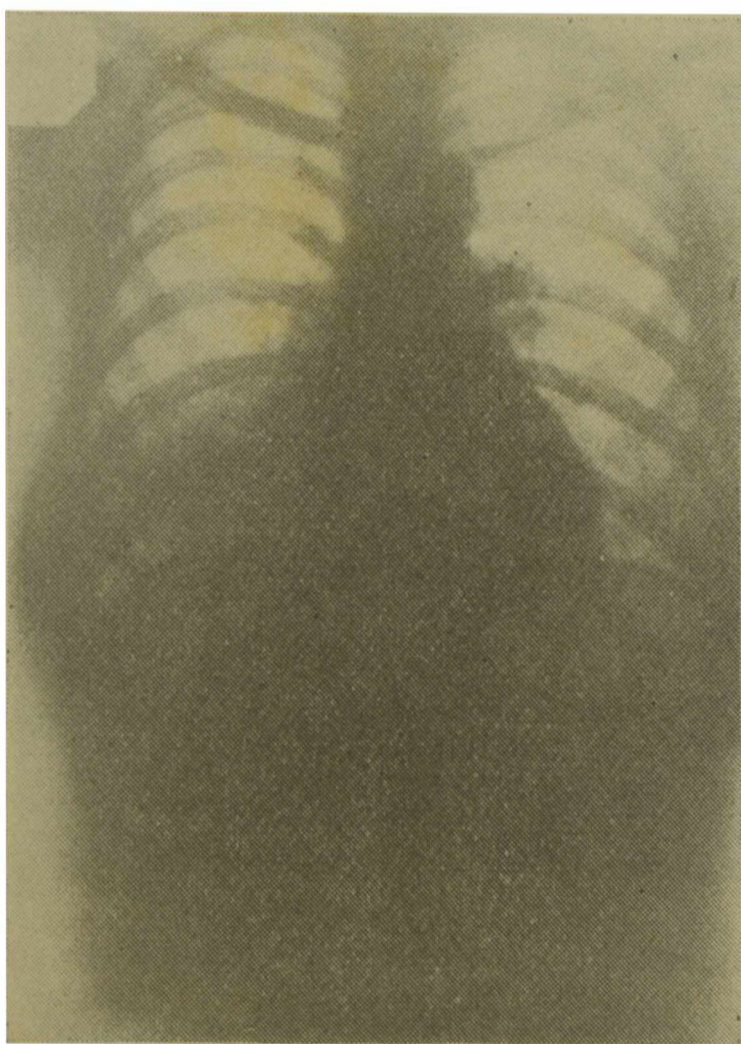


Figura 1

Absceso agudo de la base derecha, sombra paramediastinal en la que no se aprecia cavidad ni nivel líquido (casos que frecuentemente pasan a la cronicidad).

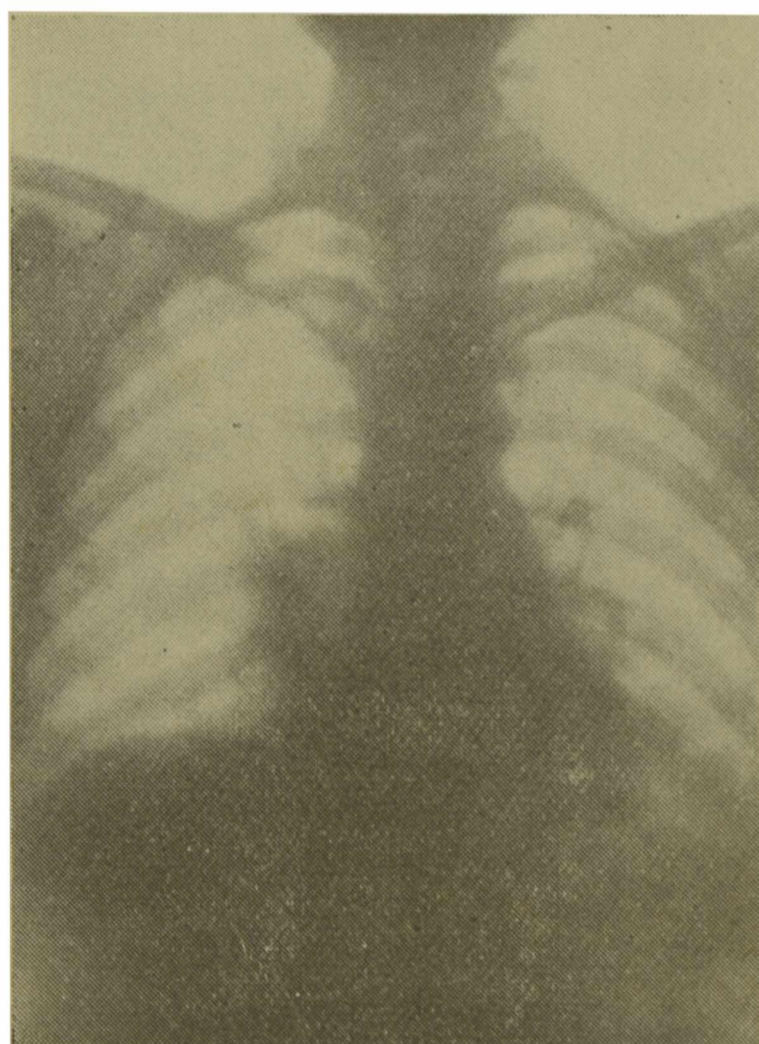


Figura 2

Absceso agudo simple yuxtahilar derecho, que curó clínicamente. Sombra sin contornos precisos. (La enferma no ha vuelto para poder ser controlada su curación).

parénquima o formación del mismo. Es así que ellos pueden ser iguales a los de cualquier proceso de condensación neumónica o bronconeumónica común. Después de la vómica, se puede poner en evidencia la clásica imagen hidroaérea descrita anteriormente, con su gran eje vertical y que puede destacarse nítida en medio de la zona opaca de la condensación del parénquima pulmonar. Esto representa en la placa radiográfica a la cavidad del absceso, con su nivel líquido dado por el material purulento a medio evacuar y la reacción perifocal del parénquima que circunda la lesión, reacción que, por otra parte, es muy variable en cada caso y aun en un mismo enfermo de un día para otro.

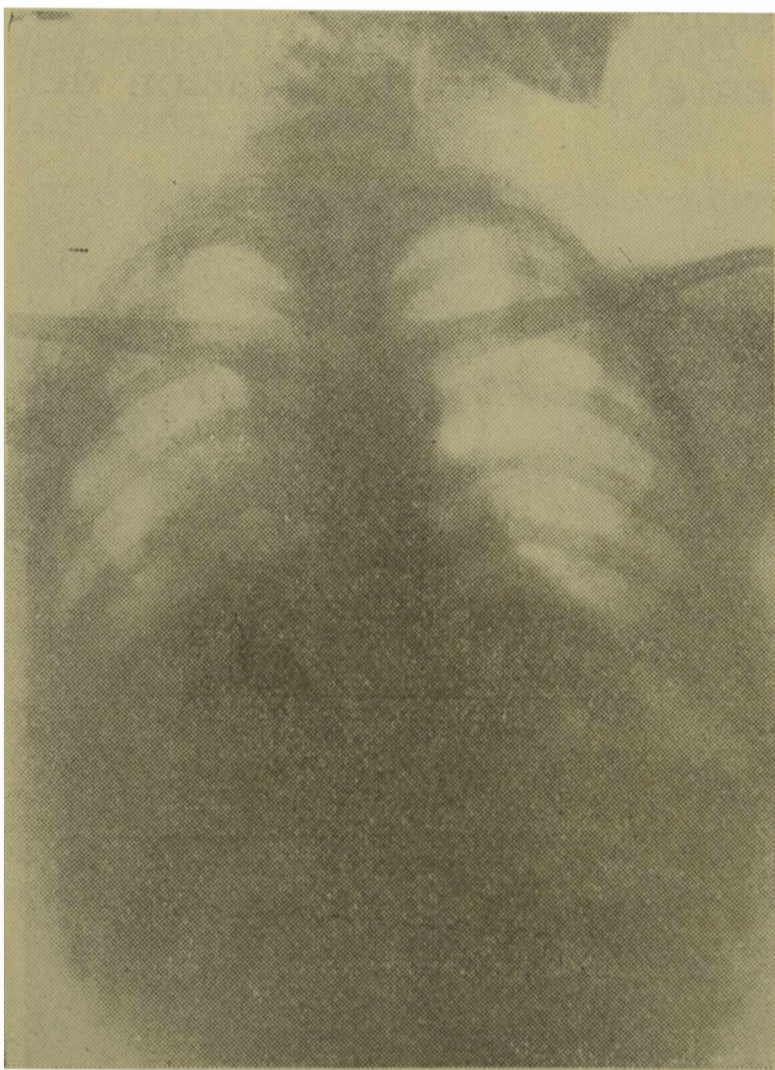


Figura 3

Absceso agudo a forma redondeada paramediastinal derecho, sombreado casi uniforme. (30 enero 1939).

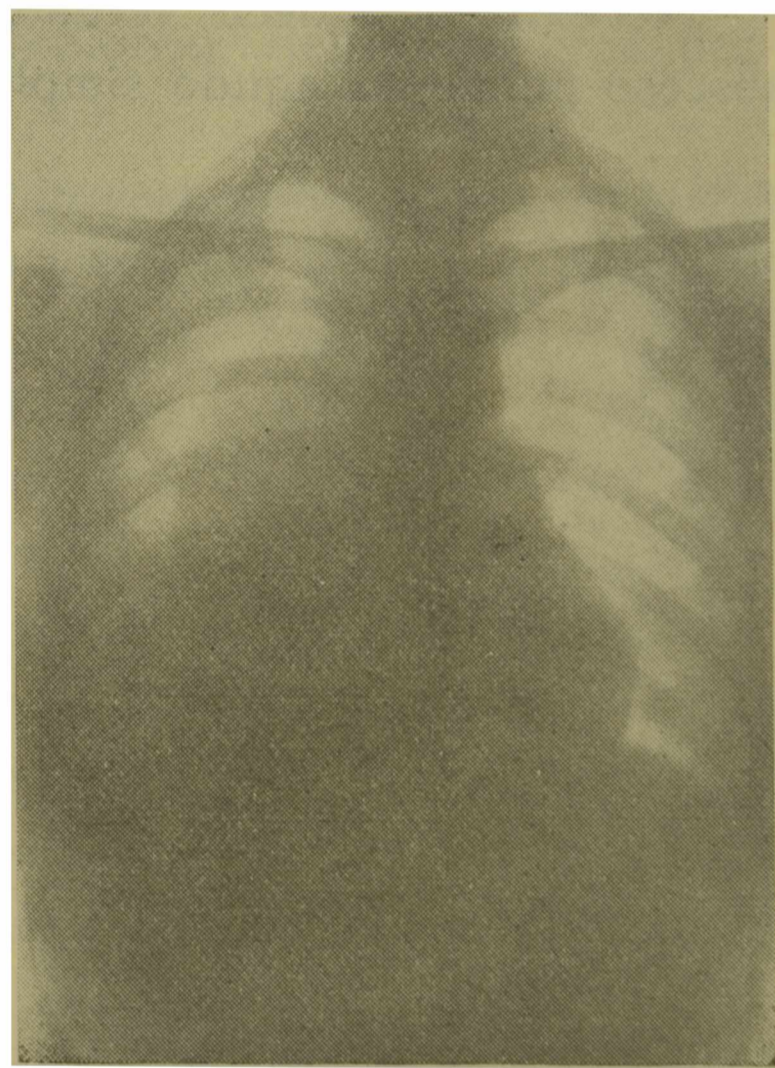


Figura 4

El mismo caso 8 días después, persisten los signos del tipo "neumónico". Caracteres radiológicos poco diferentes a la Figura 3.



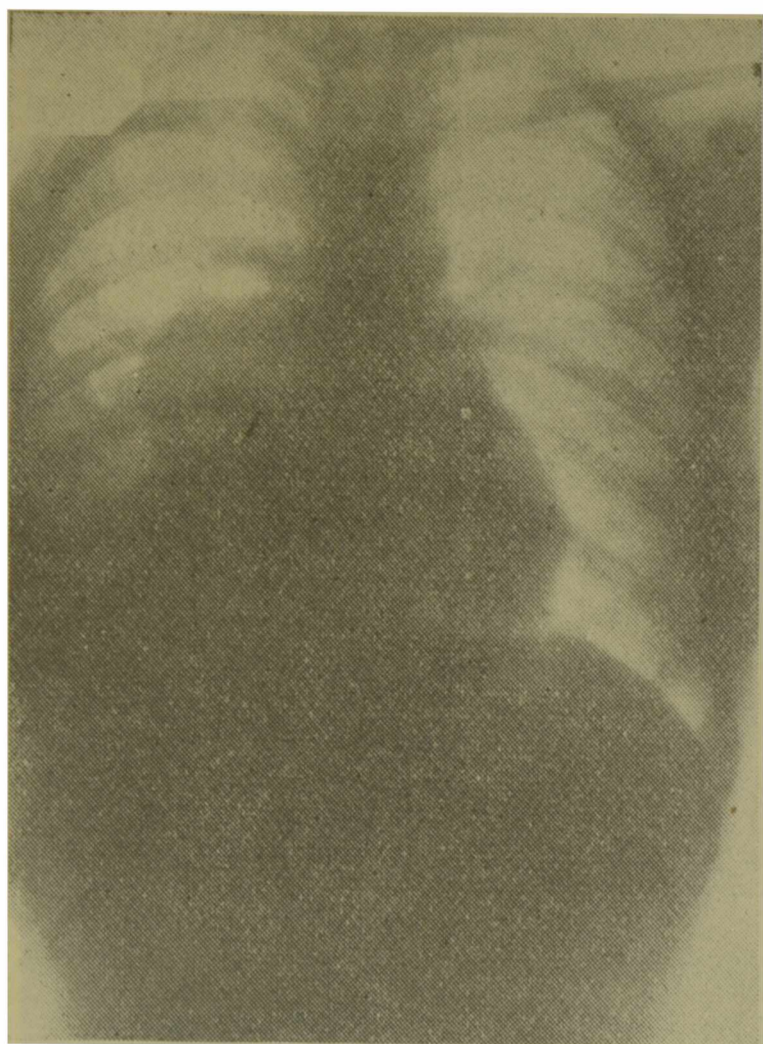


Figura 5

El mismo caso de las figuras anteriores. la vómica se ha producido. típica imagen hidroaérea en el vértice de la sombra (nivel líquido) obtenida dos semanas después de la figura Nº 4.

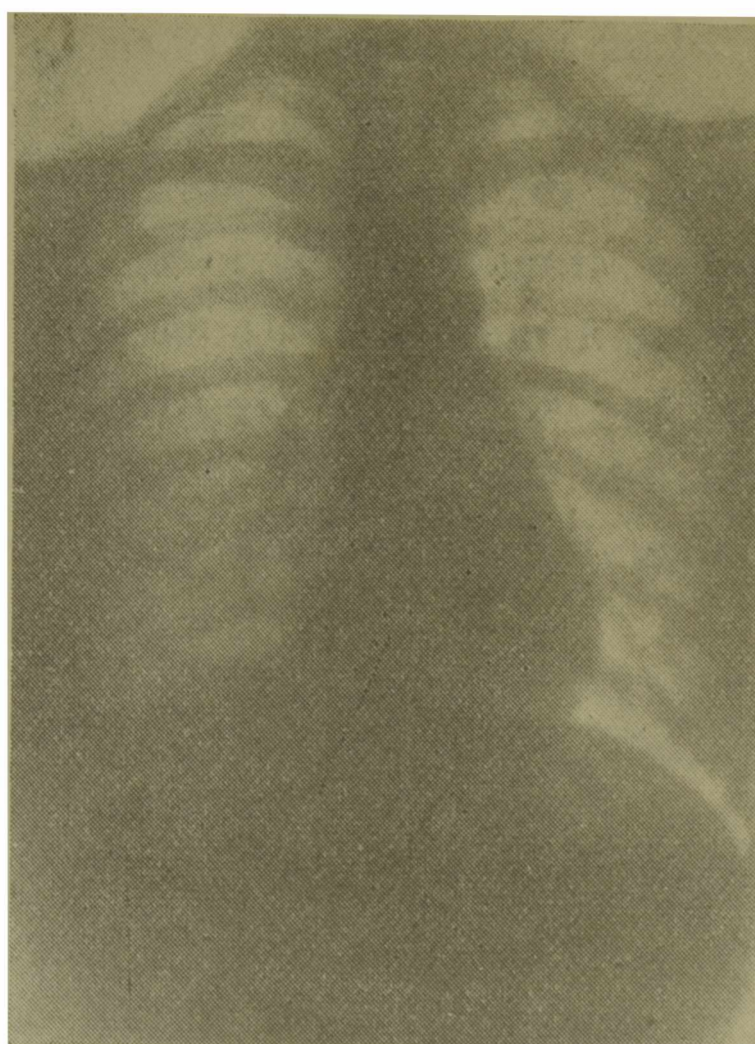


Figura 6

La misma enferma.  
Radiografía obtenida cinco meses después de su curación clínica, campos pulmonares libres (curación radiológica).

La vómica, que es signo de certeza casi siempre, aparece en este tipo de absceso, bastante precozmente, es decir, antes del fin de la segunda semana de evolución del proceso, y en varios de los casos que hemos observado, en el transcurso de la segunda semana; nunca la expectoración es inicialmente fétida.

Este carácter lo distingue de otro tipo de absceso también a evolución aguda, pero en el cual siempre hay fetidez desde la iniciación del absceso.

El absceso simple puede adquirir fetidez temporaria, ya dijimos que sólo tenía valor si se hacía permanente. Al comprobarse este cambio, en el material expulsado al exterior, es necesario pensar en modificar el pronóstico de benignidad y también recurrir a una terapéutica más activa o quirúrgica, pues ello generalmente significa sobreinfección del absceso, debida a insuficiencia en el drenaje, nuevas reacciones parenquimatosas perifocales, todo lo cual constituyen factores ponderables de cronicidad.

Los autores uruguayos, García Otero, Barcia y Caubarre, al referirse al absceso agudo común dicen: "se trata en general de procesos supurados provocados por microbios piógenos comunes, realizados en pulmones, anteriormente sanos, frecuentemente en niños o sujetos jóvenes, sin taras generales que se *inician en forma franca rápidamente en vómicar, dejando ver una imagen cavitaria que regresa en poco tiempo reintegrándose totalmente el parénquima pulmonar.*

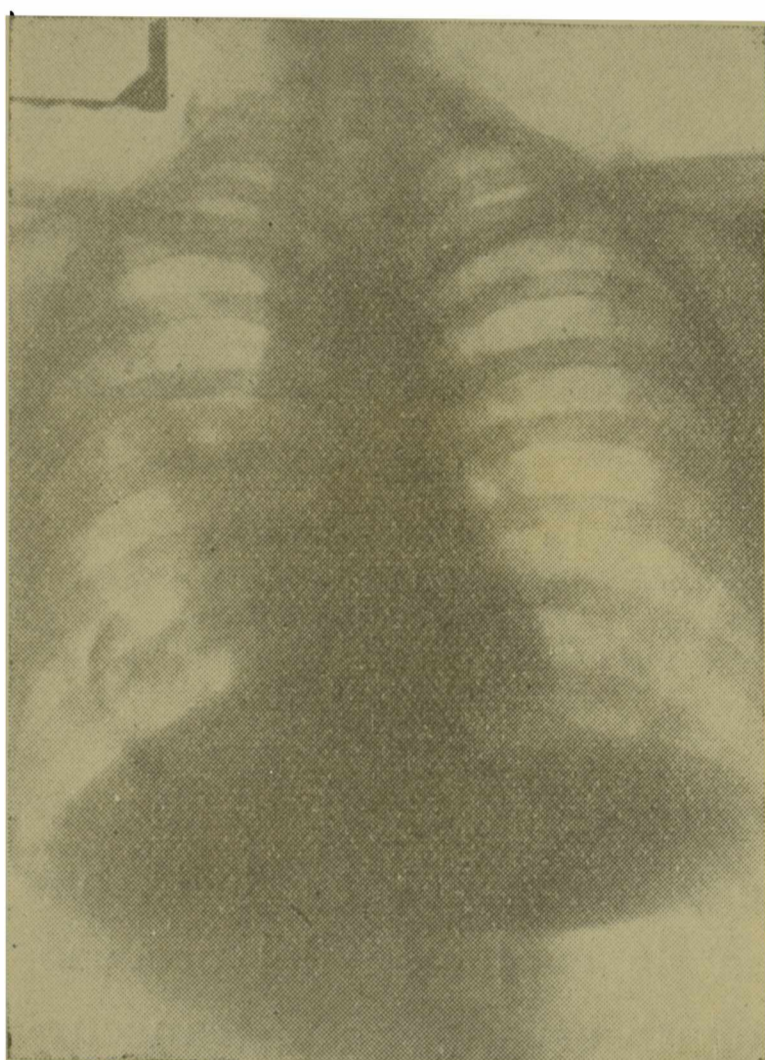


Figura 7

Absceso agudo parahiliar, se observa ligera atracción del mediastino, y una claridad en la sombra abscedual y que responde a una excavación del proceso ya abierto.



Figura 8

Absceso agudo con niveles múltiples, la cavidad excavada en varias partes produce **niveles en escalones** que parten del hilio hacia la axila, denotando otras tantas cavidades hidroaéreas.

En un alto porcentaje, 40 a 50 o|o, según los autores italianos, hasta el 60 o|o, según Savy, estos abscesos curan espontáneamente o con tratamiento médico común.

El lipiodol diagnóstico no está indicado en el estudio del absceso agudo simple y más bien correspondería hacer *tal investigación a posteriori*, al dar de alta definitivamente a un enfermo que lo ha padecido, con el fin de comprobar la curación total y sin secuelas del mismo.

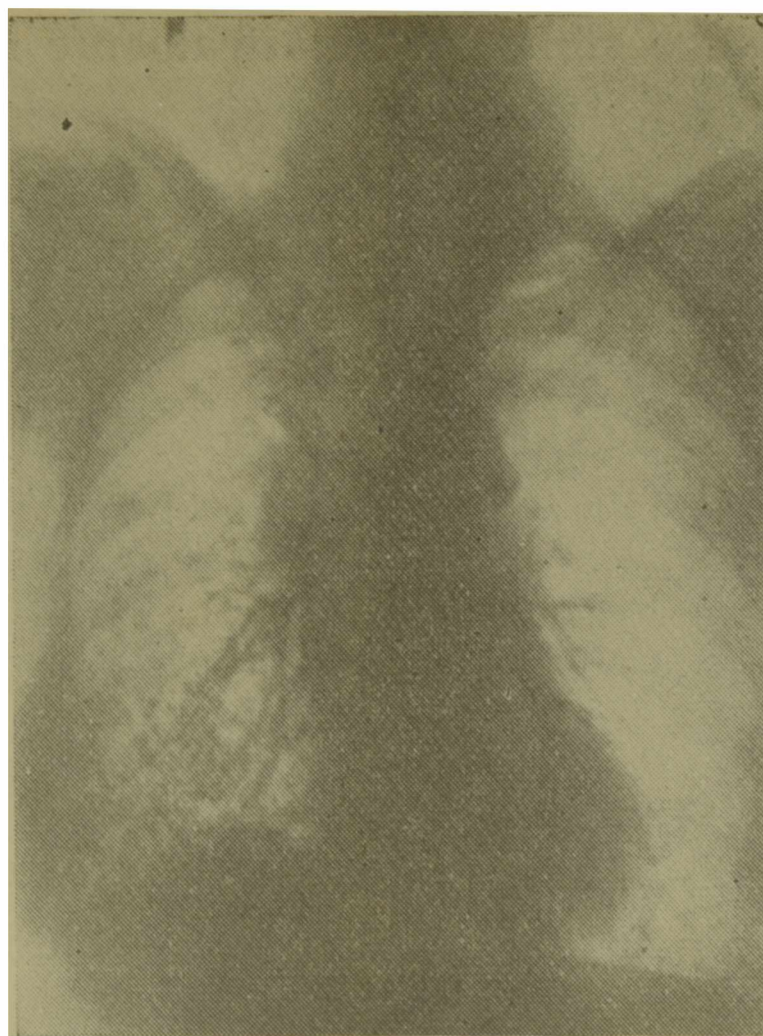


Figura 9

El mismo caso de la figura 8 con lipiodol en frontal, el aceite opaco no entra en la cavidad del absceso, empaña la imagen hidroaerea pero **no forma niveles**. En base **árbol de verano**.

Volvemos a insistir que al dar por curado un absceso agudo simple debe exigirse, como en todo absceso, no sólo la *curación clínica* o desaparición de tos, expectoración, fiebre, etc., sino la *curación radiológica*, es decir, el restitutio ad-integrum en la placa radiográfica obtenida en última instancia y ambas curaciones sostenidas y respaldadas con la garantía de su silencio durante un *largo período de tiempo*, cumpliéndose así los tres postulados de la curación real, tan juiciosamente enunciados por Sergent.

#### *Absceso agudo inicialmente fétido.*

Corresponde a los designados, por otros autores, abscesos graves fétidos o pútridos d'emblée. Están dados por la asociación de gérmenes comunes piógenos con anaerobios facultativos del grupo de los no telúricos, espirilos y aun bacilos fusiformes, vale decir, abscesos a flora polimorfa. Comun-

mente su diagnóstico clínico es relativamente más fácil o precoz que la forma aguda anteriormente descrita y ello ocurre debido a la existencia de tres factores determinantes de esa situación:

1°) La mayor gravedad del estado general, 2°) el aliento fétido precoz y 3°) la vómica más temprana.

Las causas más comunes de los abscesos inicialmente fétidos, suelen ser las neumopatías agudas, los infartos sépticos de pulmón, los cuerpos extraños, la deglución de líquidos (inmersión con esbozo de asfixia) y en un alto porcentaje de casos el origen permanece desconocido.

Los síntomas clínicos son generalmente más marcados en el orden general o en el aspecto infeccioso o tóxico, por así decirlo, que en el absceso simple; pero no correspondiendo siempre esa mayor agudeza en el estado general con la agudeza mayor de los síntomas locales o pulmonares. La fiebre en estos casos es de un tipo completamente irregular o anárquico, que contrasta con el tipo de curva febril que tiene en su evolución los abscesos agudos simples que por lo general nunca asumen esa irregular gravedad y que por otra parte cae en picada o crisis, una vez vomitado al absceso.

También suele caracterizar este especial tipo evolutivo de abscedación aguda pulmonar, la extrema variabilidad de la expectoración y sus sucesivas vómicas pequeñas parciales e irregulares, que son bien distintas a las grandes vómicas, seguidos de un ritmo descendente regular de evacuación que caracteriza, por lo general, al tipo simple de absceso agudo. Y por sobre todo los caracteres el olor pútrido constante del expectorado, que a veces aparece en el aliento una hora o un día antes de iniciarse la evacuación, circunstancia que suele ser advertida por el médico que trata al enfermo o los familiares que lo rodean. La vómica inicial suele producirse entre el 7° y el 8° día de la enfermedad.



Figura 10

Absceso agudo inicialmente fétido, gran nivel líquido por imagen hidroaérea de esa magnitud. El borde interno es impreciso.



Figura 11

El mismo caso anterior, algunos días después de iniciado el tratamiento con alcohol endovenoso. La cavidad se ha limitado y los límites son más precisos.

Los síndromes de excavación son a veces difíciles de dilucidar o localizar clínicamente y a veces cuando el proceso toma el lóbulo superior, la semiología física cuidadosa los descubre, talvez por razones de vecindad más íntima con la pared torácica.

El aspecto radiológico de este tipo de absceso inicialmente fétido es muy variable y casi imposible de describir una modalidad típica del mismo. Los signos suelen al comienzo ser de una nitidez mayor, que en el absceso simple, ya que el block hepatizado puede ser más grande y denso y el esfacelo mayor, dando en la intimidad de la sombra imágenes del tipo aereolar, con cavidades únicas o múltiples, pudiendo describirse niveles múltiples chicos, y comprobando en más de una ocasión la extrema variabilidad de la imagen de un día para otro.

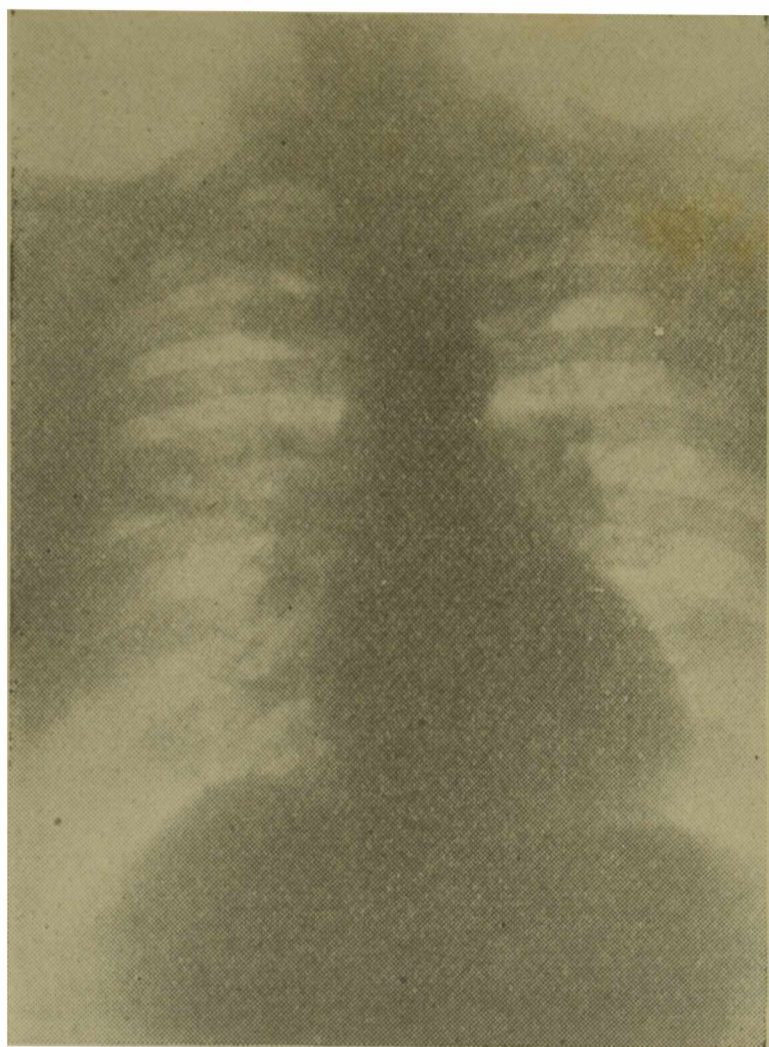


Figura 12

Absceso agudo fétido yuxtacisural. Se insinúa la formación de una cavidad en la parte derecha y mediana de la placa.

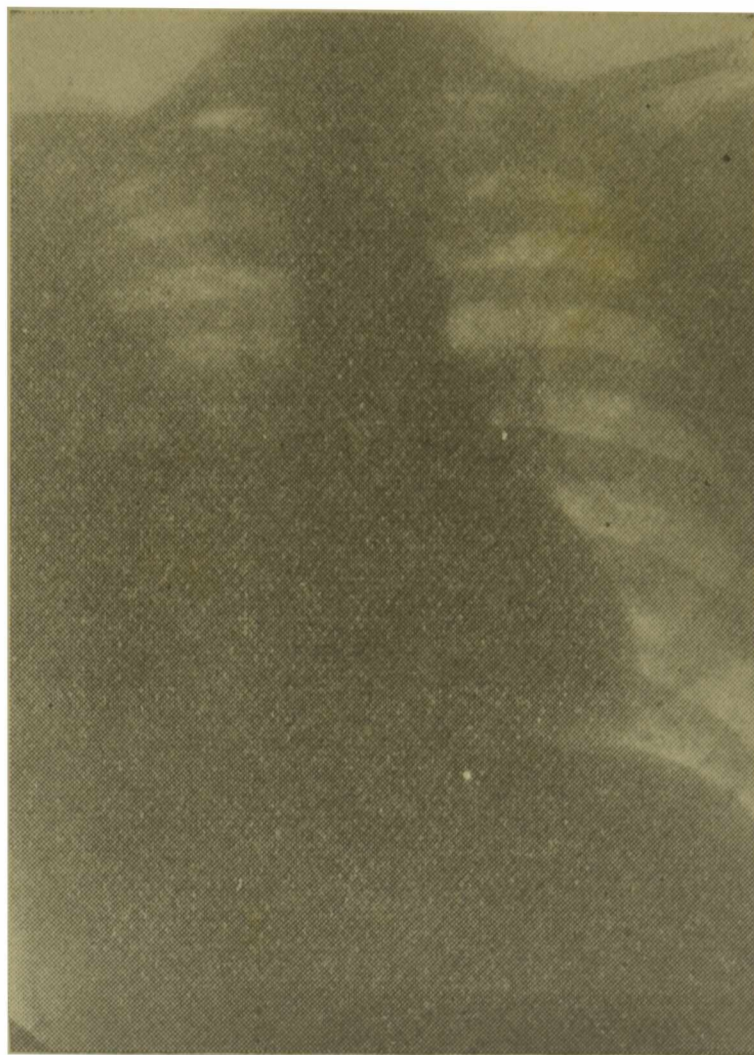


Figura 13

El mismo caso de la figura 12, gran nivel líquido horizontal, velo espeso inferior por reacción pleural de vecindad.

Después de producida la vómica, el enfermo mejora en su estado general, el apetito renace, la astenia y la fiebre disminuyen. Pero luego de una tregua puede venir la recaída y aun otra que representan sucesivos peldaños que conducen a la cronicidad del proceso. Otras veces sobreviene la curación espontánea o con medios médicos, eventualidad que es dable esperarla en el 10 a 15 % de los casos; pero esta circunstancia no debe llevar al médico tratante a confiar en ella y a no descubrir, ayudado por la observación clínica y radiológica diaria y continua, la insinuación de cronicidad en el proceso, que lo obligará a adoptar una conducta terapéutica más enérgica y definida, para lo cual debe tenerse en cuenta, como criterio básico, lo que proclaman la mayoría de las estadísticas al establecer que *el absceso inicialmente fétido que no cura en el período de dos meses, se transforma casi de hecho en supuración crónica.*

*Abscesos gangrenosos.*

Esta forma clínica del absceso, por más favorable que sea su evolución y por atenuada que sea en algunos casos afortunados, atento a la virulencia de los gérmenes productores, es siempre muy grave.

Se caracteriza y diferencia de las formas anteriormente descritas, por la gravísima alteración del estado general y la necesidad de tomar rápidamente resoluciones heroicas para tratar de conjurar los peligros que entraña. Juega un rol importante en ello la acción fuertemente proteolítica de numerosos anaerobios de la putrefacción.

El absceso gangrenoso tiene por lo general una iniciación decisivamente aguda y una evolución gravísima, tumultuosa y dramática por la brusquedad del esfacelo y la profunda y rápida alteración del estado general. La facies suele ser grisácea, plomiza, la curva febril irregular, muy alta a veces, anárquica por lo común, con repunte hacia lo alto, que generalmente indica nuevos brotes de esfacelo en zonas gangrenificadas. La deshidratación y el colapso cardíaco completan el cuadro, ya de por sí grave. La expectoración, que aparece a poco de iniciado el proceso, tiene un olor nauseabundo, que la distingue de las formas agudas simples y pútridas, comparable al olor de carroña. En algunas ocasiones la expectoración contiene fragmentos de tejido pulmonar esfacelado, que por sus dimensiones han podido salvar la distancia y evacuarse al exterior, percibiéndose su olor al penetrar a la habitación del enfermo. En otras ocasiones esos trozos de tejido esfacelado, tienen un tamaño tal que no pueden ser eliminados por el bronquio de drenaje y su retención provoca una nueva agravación del estado general. Son también frecuentes las variaciones de color en el producto que contiene la saliviera, desde el amarillo verdoso hasta el marrón rojizo, que indica que en ciertos momentos se hace presente las hemoptisis en el seno del foco gangrenoso.

La tos, puede ser penosa y dolorosa, pues su repercusión en la pared torácica, no hace más que exacerbar el dolor de

costado pleural, que en esta modalidad de colección supurada pulmonar, puede llegar a tener tal intensidad que cobre el valor de un *síntoma señal*.

Debe tenerse en cuenta que el absceso gangrenoso es tan invasor, que puede desde el comienzo, comprometer la serosa pleural y hacerse así llamativamente doloroso. La expectoración y el olor nauseabundo, pueden sufrir verdaderos eclipses por la oclusión temporaria del bronquio drenaje, con los consiguientes empeoramientos del enfermo y las sucesivas nuevas vómicas putrilaginosas con la eliminación de nuevos restos esfacélicos, que denotan mayores procesos destructivos y excavados, pasibles de comprobarse en nuevos exámenes radiográficos.

En el examen radiográfico se suele notar una zona clara, que encierra características propias, según Trincas. Ella puede ser irregular, con el aspecto de sombra franjeada, y que contiene a menudo un nivel líquido grande y abundante, en el cual parecen “pescar” sombras que se destacaran de los bordes de la cavidad del absceso, los que son configurados, por trozos o fragmentos de tejido pulmonar, que aun no está totalmente destruido y desprendido, y resultan así y desde ese momento, verdaderos *secuestros pulmonares*. El halo inflamatorio pericavitario, está generalmente poco desarrollado, por la rapidez de la tendencia invasora del proceso, por lo que no hay realmente tiempo a que se desarrolle la llamada reacción perifocal del proceso que obscureciera el contorno de la cavidad neoformada. En este tipo de absceso llama la atención, como muy bien lo dicen los autores italianos mencionados, la existencia de “una notable desproporción entre la imagen hidroaérea muy voluminosa y la sombra reaccional circundante poco extrema y marcada”. En ocasiones puede discriminarse imágenes anulares de diseño invisible en radioscopia y sólo visibles en radiografía blanda, como suelen verse las sombras hidroaéreas o sus contornos en días que anteceden a su desaparición, en los abscesos simples en franca curación.



Los signos físicos de esta clase de abscesos agudos, suelen ser los de una hepatización masiva del parénquima o bien los de una gran pleuresía; en poco tiempo puede comprobarse el paso rápido hacia el reblandecimiento y la excavación pulmonar, con rales húmedos, luego de consonancia anfórica, soplo de este carácter, etc., etc.

La exploración lipiodolada y la broncoscopía, son dos procedimientos complementarios de investigación, que deben ser desechados en estos casos.

Los abscesos gangrenosos del pulmón sino se interviene precozmente, con una terapéutica quirúrgica activa, entre los quince y veinte días, tienen cada vez menos probabilidades de curación porque constituyen un tipo de supuración pulmonar, invasora y progresiva que altera gravemente el estado general y agota las reservas físicas del paciente, por la profunda toxemia que su desarrollo produce en el organismo afectado.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SUPURACIONES ESPECIFICAS DEL PULMON

Casi todos los autores, como un apéndice a la descripción de los abscesos agudos del pulmón, hacen referencia al absceso amebiano y al producido por el neumobacilo de Friedlander; pues tienen ambos modalidad aguda al iniciarse y casi siempre al evolucionar; pudiendo sin embargo, el absceso disentérico seguir la marcha crónica, por el desconocimiento de su verdadera etiología y por sobre-infección secundaria del foco por los microbios piógenos comunes. Creemos, nosotros, que en este párrafo pueden describirse también los abscesos pulmonares a que dan origen los hongos que colectan porciones supurantes en el pulmón. Ellos tienen también de común, hecho que los puede agrupar, el ser producidos por un agente específico determinado y poseer un tratamiento específico-etiológico en la mayoría de las veces.

Cuadra, pues, que hagamos una breve y somera referencia, ya que aunque ésta no sea la intención de este trabajo, se justifica por el hecho de que por modalidad clínica, radiológica y evolutiva, su noción de existencia debe estar presente en la mente del práctico, para estudiar su posibilidad al establecer el diagnóstico. Cabe muchas veces la duda entre un absceso pútrido o gangrenoso y el producido por el neumobacilo de Friedlander; entre el absceso amebiano y el pútrido hemoptoico y aun con otras supuraciones sub-agudas o crónicas en las cuales un tratamiento de prueba puede a veces llevarnos a éxitos insospechados.

*Absceso a neumobacilo de Friedlander.* El enfermo se presenta con su estado general profundamente alterado como en las grandes infecciones graves, pues la esencia anatómica del proceso es un verdadero flemón difuso del pulmón, de alto tenor necrotizante debido a la multiplicación asombrosa del germen determinante en el foco, lo que trae una consecuencia de orden diagnóstico: la gran cantidad de gérmenes que se observan en el esputo, en estado de pureza casi absoluta, a veces sin asociación microbiana. La punción pulmonar (Lemierre y Kindberg) retira material purulento a *jeringa llena* como en las grandes colecciones pleurales. La expectoración es viscosa, abundante, marrón amarillenta o sanguinolenta y las intervenciones sobre el foco, con miras a la curación, suelen dejar fístulas de carácter fagedénico, incurables, que terminan con la vida de los enfermos.

Radiológicamente no hay cuadro típico, la sombra en la placa suele ser esfumada, indicando que el proceso invasor es licuante con rapidez, pero siempre con carácter irregular. Sintetizando la modalidad de este tipo de absceso, Kindberg ha dicho que: "toda neumopatía aguda que no es gangrena y que termina en pocos días, por el reblandecimiento y excavación del pulmón, es una neumopatía a bacilos de Friedlander".

*Absceso amebiano:* Este tipo supurante también merece un lugar aparte, porque su pronóstico suele mejorar ante un

diagnóstico rápido de certeza, comprobado por el tratamiento de prueba; esto con la reserva de que si se ha abierto y ocurrido la sobreinfección secundaria del foco por los gérmenes piógenos comunes reunidos por el canal bronquial, se puede transformar, lo que primariamente era amebiano puro, en un absceso mixto del tipo común subagudo o crónico más tarde.

Cuando el absceso disintérico permanece cerrado y sospechada su existencia y verdadera naturaleza específica, se instituye un tratamiento a base de emetina, bien llevado y a dosis adecuadas, se puede esperar un espectacular regresión de todos los signos físicos y radiológicos y generales en muy poco tiempo, a veces 48 a 72 horas. Esto nos debe hacer meditar, en la práctica diaria, en aquello de: *“frente a todo absceso del pulmón que no hace su prueba es necesario hacer inmediatamente el tratamiento emetínico y en forma enérgica.*

Clínicamente, según Kindberg, se presenta de dos maneras: I) tipo pseudotuberculoso con caquexia progresiva y hemoptisis y II) tipo de la pleuresía interlobar.

La imagen radiológica puede ser la de toda condensación, pudiendo ser redondeada u ovalada, con mayor o menor reacción perifocal, pero frecuentemente acompañada con derrame pleural que puede tener eosinofilia.

El pus obtenido del foco, en estado de pureza y de garantía de contaminación secundaria, por punción por ejemplo, se muestra estéril y *raramente* denota la presencia en él, de la ameba. Microscópicamente es viscoso; espeso, de color chocolate. Retirado con esos caracteres y en esas condiciones de seguridad, estéril, adquiere casi el valor de un signo patognomónico. El absceso abierto con cierta antelación muestra la asociación microbiana que es la regla casi obligada. En el diagnóstico de este tipo jugará importante rol los antecedentes del enfermo y debe tenerse en cuenta que, un estudio coprológico hecho en esa misma época, por lo general, resulta negativo a pesar de la naturaleza amebiana del proceso pulmonar, pues es por todos sabido, el hecho frecuente de que la ameba desaparece de la materia fecal al hacerse una colección purulenta amebiana en otra víscera.

El tratamiento con la emetina tiene muchas veces la acción de una medicación específica, ya que su acción es eficaz, rápida y definitiva. Pero, dice Savy a este respecto: “La curación de un absceso pulmonar después del tratamiento emetínico, es ello, un criterio suficiente para permitir afirmar su naturaleza amebiana”. “Se lo ha sostenido — dice el autor de Lyon — pero yo no lo admito, sino frente a pruebas etiológicas, al menos en los abscesos agudos, pues ellos suelen curar con frecuencia espontáneamente”. Por otra parte la emetina es capaz de mejorar y aun curar algunos abscesos no amebianos, por lo que es uno de los medicamentos que más debe tenerse en cuenta, máxime si se actúa en zonas francamente parasitadas por la ameba histolítica.

*Las micosis abscedadas.* — Ellas eran de observación relativamente rara para los clásicos, pero en la actualidad, gracias a los incesantes progresos de la micología, han podido ser identificadas con mayor frecuencia. Sergent y Mamou, insisten en que, desde el punto de vista práctico, los argumentos clínicos son capaces de orientar en el sentido del diagnóstico de la micosis pulmonar abscedada, lo que daría derecho a tentar sobre ese apoyo un tratamiento de prueba a base de ioduro de potasio, que actúa como agente terapéutico específico del hongo productor. Estos argumentos serían algunos elementos cutáneos sospechosos hallados conjuntamente con la supuración pulmonar, la esplenomegalia que no tenga otra explicación y los antecedentes profesionales del enfermo.

#### SUPURACIONES CRONICAS

Ellas comprenden en la clasificación de Trincas, dos tipos, a) primitivas y b) secundarias.

*Son primitivas* cuando el proceso se presenta sin fenómenos agudos, pero solapada e insidiosamente. *Son secundarias* cuando siguen a un absceso agudo que no ha sido tratado convenientemente. Son particularmente temibles por las com-

plicaciones bronquiales a que dan lugar, entre las cuales recordaremos la bronquiectasia secundaria (Trincas). Las supuraciones crónicas primitivas son muy raras, pero deben ser siempre sospechadas y buscadas pues tienen muchos puntos de contacto clínico y radiológico con otras enfermedades crónicas a localización pulmonar, como ser, la tuberculosis, la actinomicosis, etc.

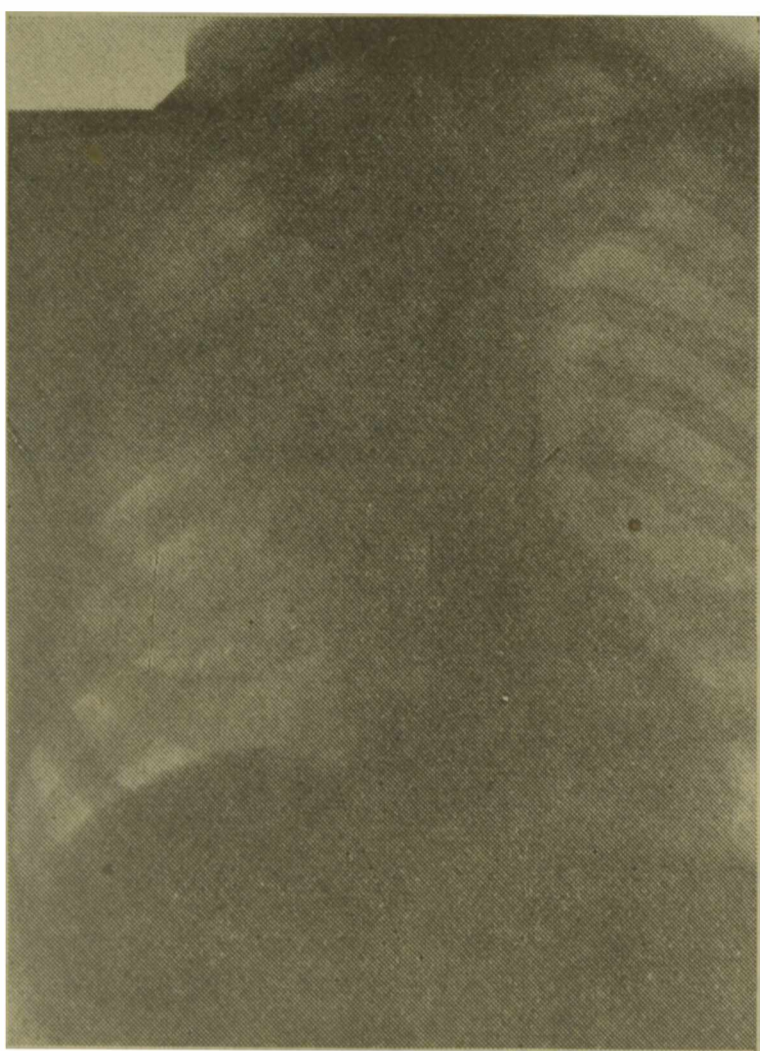


Figura 14

Absceso crónico primitivo, síndrome clínico radiológico de condensación lobar, que simulaba tuberculosis pulmonar. Baciloscopia para el Koch reiteradamente negativa. Zonas claras salpicando ciertas partes del vértice derecho. (Noviembre 2 de 1939).

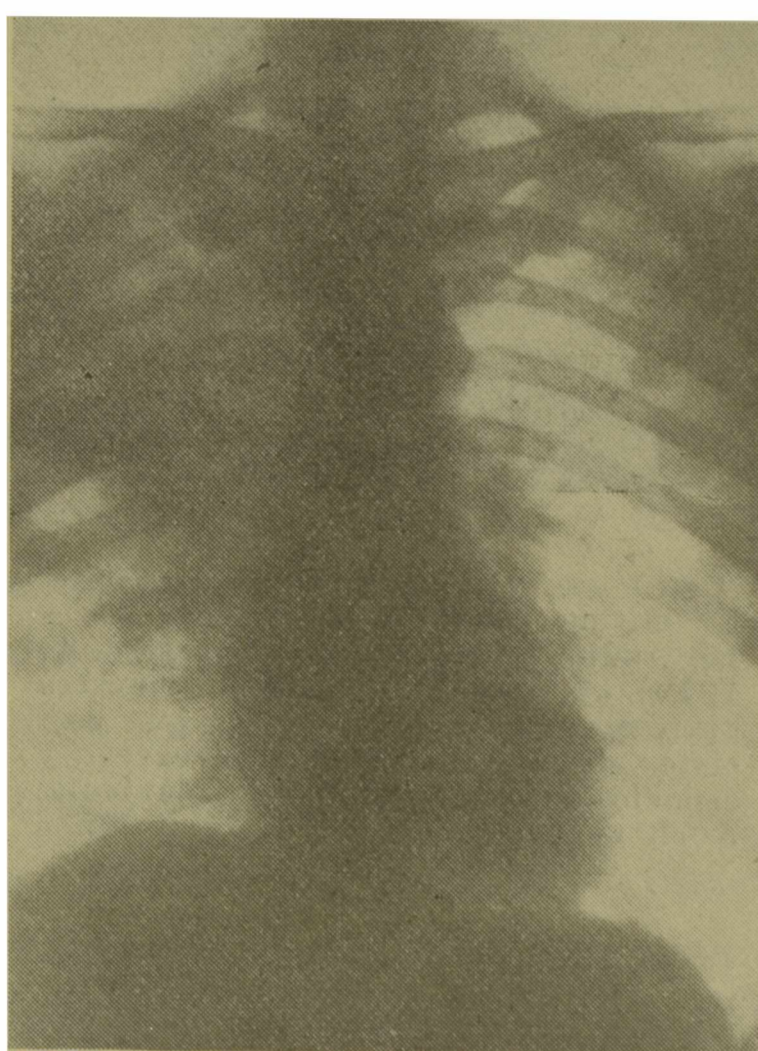


Figura 15

El mismo caso, quince días después, la sombra es más nítida y limitada en sus bordes, siguiendo el inferior la cisura. Buen estado general.

Muchas veces se los encuentra entre los enfermos calificados como bronquíticos crónicos a los que se les han efectuado muchos análisis de esputos, buscando el bacilo de Koch en su abundante y continua expectoración. Ante la negatividad reiterada para la tuberculosis son rotulados como catarrales por hábitos tabáquicos, por profesión, etc. y generalmente se mejoran del episodio con una medicación sintomática banal, que induce a creer en la sanación completa; pero luego de esta remisión engañadora, reaparece otro brote del

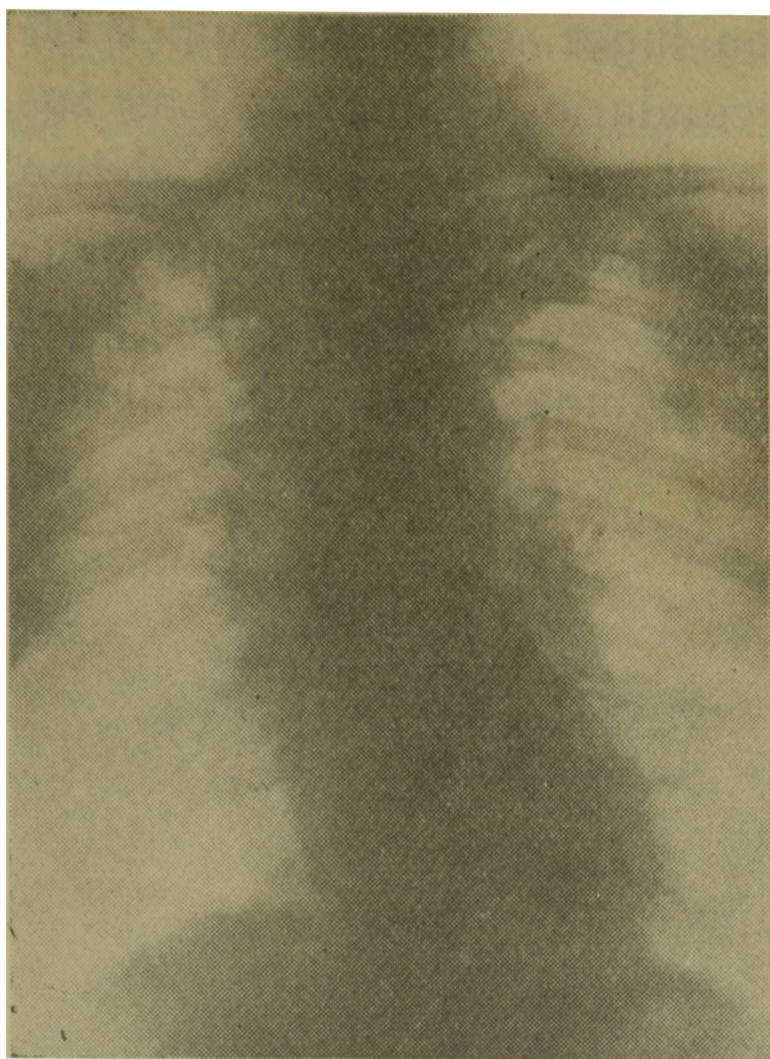


Figura 16

El mismo caso de las figuras 14 y 15, radiografía sacada en marzo de 1940 (4 meses después) muestra gran regresión de la sombra que persiste en algunos trazos lureares, y espacio aereolar debajo de clavícula. Koch negativo con homogenización e ingestión de IK.

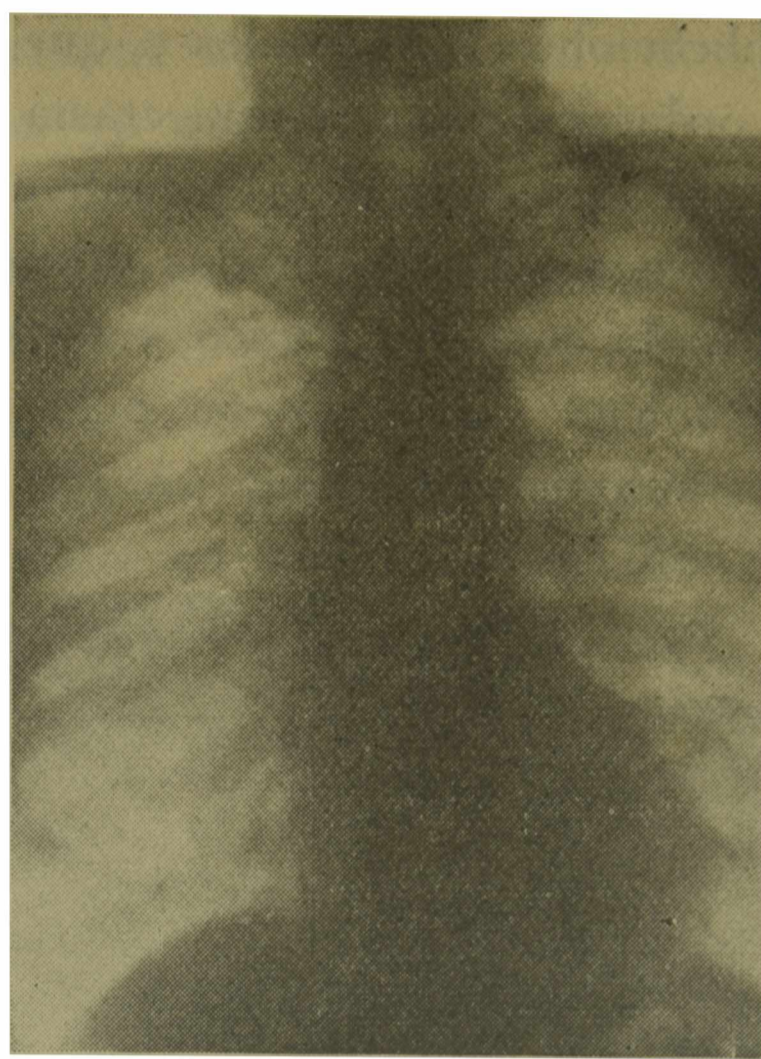


Figura 17

Sigue la regresión, clínica y radiológica, solo persiste la línea ténue cisural y discreto sombreado en vértice derecho.

Radiografía de setiembre de 1940, seis meses después de la anterior y casi a un año de iniciado.

cual también se sale, a pesar de ser febril y haber alterado el estado general; la temperatura desaparece, el apetito y las fuerzas renacen, el enfermo gana peso, la tos disminuye y la expectoración también, pero éstos, y ello es *un hecho importante*, no desaparecen del todo, disminuyen sí, pero el enfermo no dá importancia a este detalle residual o reliquia de su bronquitis, que en realidad representa la expresión de un estado anatómopatológico persistente, un nido microbiano tal vez, que puede, en un momento dado, ponerse en marcha como un foco activo y salir de su cronicidad.

Un interrogatorio minucioso y bien conducido, puede, ante estos abscesos crónicos primitivos, casi silenciosos, poner sobre la pista del diagnóstico al demostrar en los antecedentes, esa leve tos, con expresión purulenta, matinal una veces, postural otras o aún pequeñas vómicas, dolores torácicos vagos, fiebre-citas fugaces que se interpretan como estados gripales de sos-

pechosa reiteración y que han hecho redoblar las investigaciones en el sentido de despistar la tuberculosis. Si a estos enfermos, los examináramos en un *intervalo mudo* de su indudable episódica enfermedad, y les hiciéramos una broncografía lipiodolada, veríamos con sorpresa que es muy frecuente encontrar en ellos dilataciones bronquiales en medio de tejidos fibrosos del pulmón. Estos dos elementos son determinantes, en conjunto o separadamente, de la cronicidad del proceso supurante pulmonar.

Si la reacción fibrosa del parénquima, es en la mayoría de los casos la terminación *feliz y curativa cicatricial* de los procesos inflamatorios, debemos desde ya enseñar que en el pulmón, por lo menos en lo que a procesos abscedados se refiere, *fibrosis*, no significa curación de la supuración, sino por el contrario es el factor determinante de la cronicidad y de la incurabilidad. La fibrosis esconde entre las mallas de su magma inextensible, pequeños depósitos purulentos sobre los que no actúan las medicaciones usuales, pero que sirven para la perseveración del proceso con su supuración inagotable.

Las supuraciones pulmonares crónicas secundarias, constituyen la mayor parte de los abscesos pulmonares crónicos. Débese en su gran parte, en primer lugar, a una inexplicable contemporización ante la evolución de una supuración aguda, que no cura en un plazo de dos meses y por otra parte a un tratamiento insuficiente o inadecuado de los mencionados abscesos agudos.

Si frente a un absceso de pulmón, en período de evacuación purulenta franca, en las primeras semanas de su evolución, vemos que el drenaje se dificulta por momentos, debemos pensar que de alguna manera se ha obstruido el orificio del bronquio de drenaje, sea por tumefacción sobreañadida de la mucosa del bronquio o por aumento de consistencia en el pus o por compresión por trozos de esfacelo, trataremos, entonces, de corroborar clínicamente este accidente buscando cambios en la respiración, más tubaria o congestiva, o reacción pleural agregada. Controlaremos también por la radiología buscando el aumento de extensión de la sombra del proceso. Si

la situación no se corrige ni mejora rápidamente sea por la administración de preparados quimioterápicos fluidificantes y expectorantes, drenaje postural y aún broncoaspiración realizada instrumentalmente por el otorinolaringólogo; el práctico *no debe esperar a que venza el plazo fijo de dos meses de expectación médica*, para resolver la cura quirúrgica del caso, pues de otra manera no se hace sino llevar al enfermo a una serie de contingencias graves, entre las cuales la *cronicidad* con todos sus inconvenientes, será la mas leve.

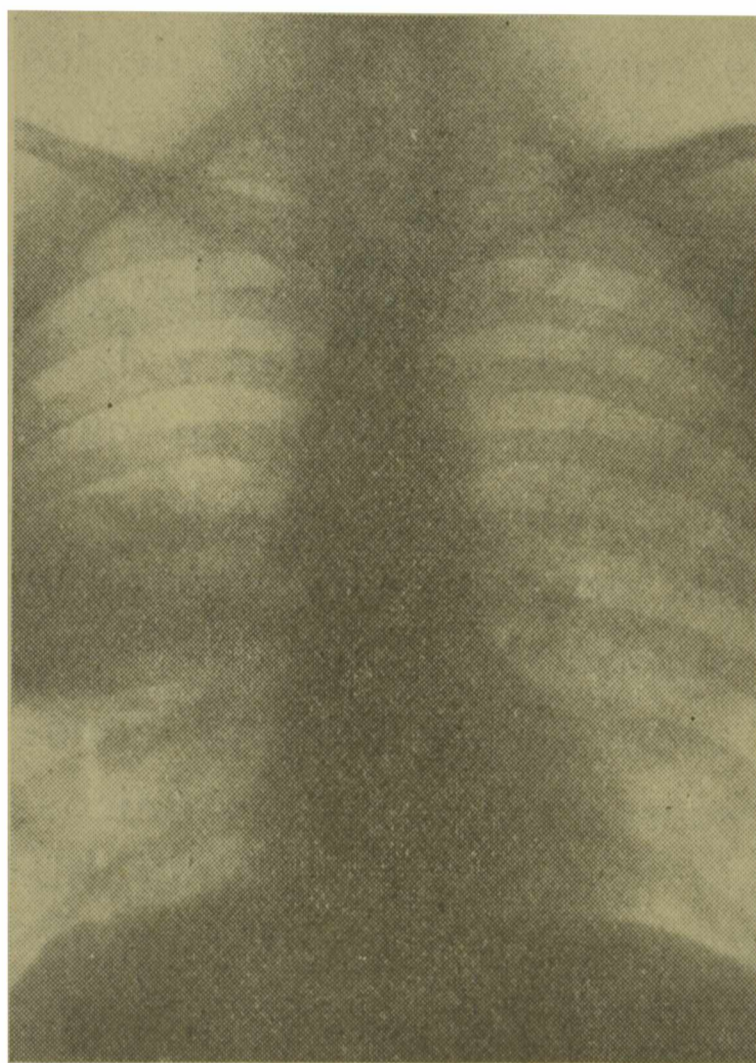


Figura 18

Absceso crónico que secundariamente se hace redondeado. Forma ovalada o incompletamente redondeada en marzo de 1940, con cámara hidroaérea en su parte centrosuperior.

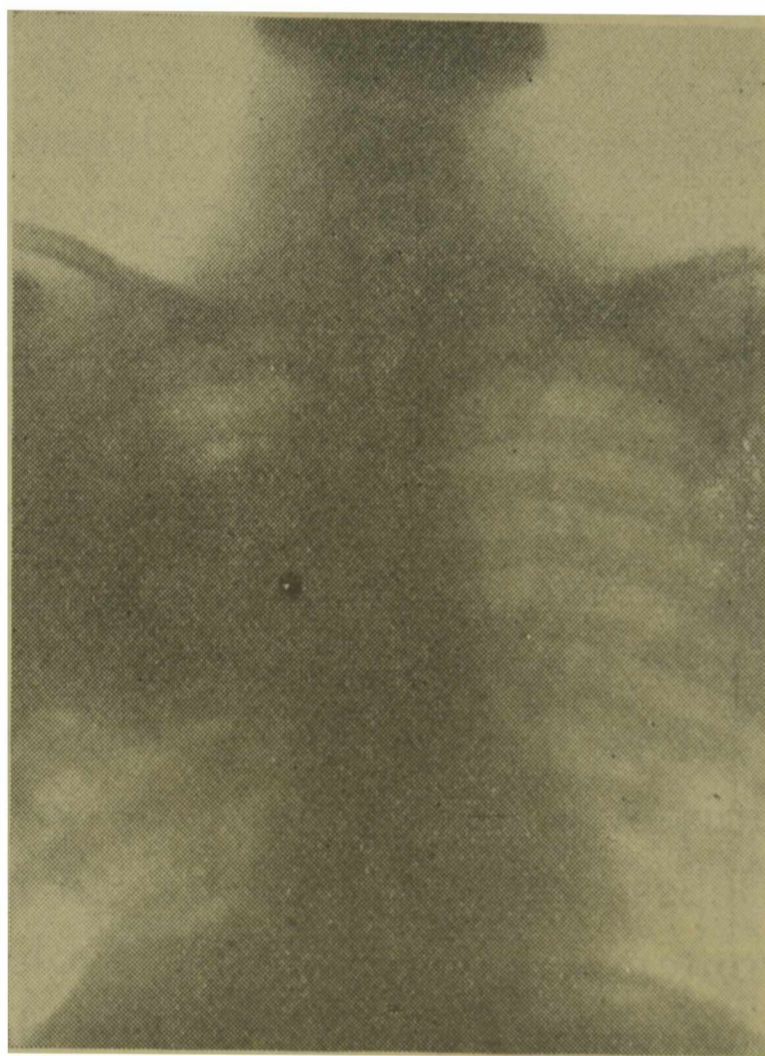


Figura 19

En junio de 1940, más de dos semanas después, se ha completado el círculo casi perfecto de la sombra abscedual que muestra en su seno varias imágenes claras de excavación.

Cuando el tejido reaccional, denominado acertadamente por Coquelet, *pioesclerosis*, hace su aparición en un territorio pulmonar que está abscedado de tiempo atrás, ya no es posible esperar la regresión del proceso y es entonces que la supuración crónica, sienta sus reales definitivamente y mantendrá las recidivas, o mejor dicho reagudizaciones, y será factor de mayor extensión del foco y de la producción del tipo de bronquiectasias secundarias con sus correspondientes hemop-



tisis frecuentes y recidivantes. Esta fibrosis especial ya hemos dicho, mantiene en su intimidad verdaderos micronidos purulentos, focos sépticos múltiples capaces de todas las complicaciones locales o a distancia que todos conocen. La modalidad clínica de la supuración crónica secundaria es análoga a la de carácter primitivo; vale decir una sucesión más o menos llamativa para el enfermo y el médico de recaídas o recrudescencias y remisiones, que comprenden los fenómenos generales y locales, objetivos y subjetivos de la supuración. Ellos son: tos más o menos rebelde, coqueluchoidea, expectoración variable, ora matinal, ora postural, variable también en cantidad y calidad, focos más o menos accesibles a la exploración, pero que por poca realidad física que tengan, mantiene siempre en su interior verdaderas *cenizas vivas* que encienden nuevamente el proceso en un nuevo episodio agudo, merced a la pioesclerosis y a la bronquiectasia. A veces matiza el cuadro una pequeña o mediana hemoptisis o la presencia de algún esputo hemoptoico, los que generalmente testimonian algunos períodos tardíos sobrevenidos después de varios accidentes evolutivos agudos.

Picos febriles proteiformes y dolores variados pueden acusar los enfermos, que variarán según la cantidad y lugar del parénquima afecto y otra serie de circunstancias que también explican la aparición de nuevos signos físicos de parénquima o de pleura, según sea la marcha del proceso en sus nuevos ataques.

Recordamos un absceso crónico de base derecha, que vimos a un año de su evolución, con expectoración constantemente hemoptoica y purulenta, abundante, entre 400 y 500 c.c. diarios, con rales húmedos, soplo tubopleural, al lado de la columna, que no varió su sintomatología física hasta la muerte del enfermo, ocurrida un año más tarde por absceso cerebral metastático.

García Otero, Barcia y Caubarrere, distinguen, desde el punto de vista pronóstico y terapéutico, dos formas de cronicidad:

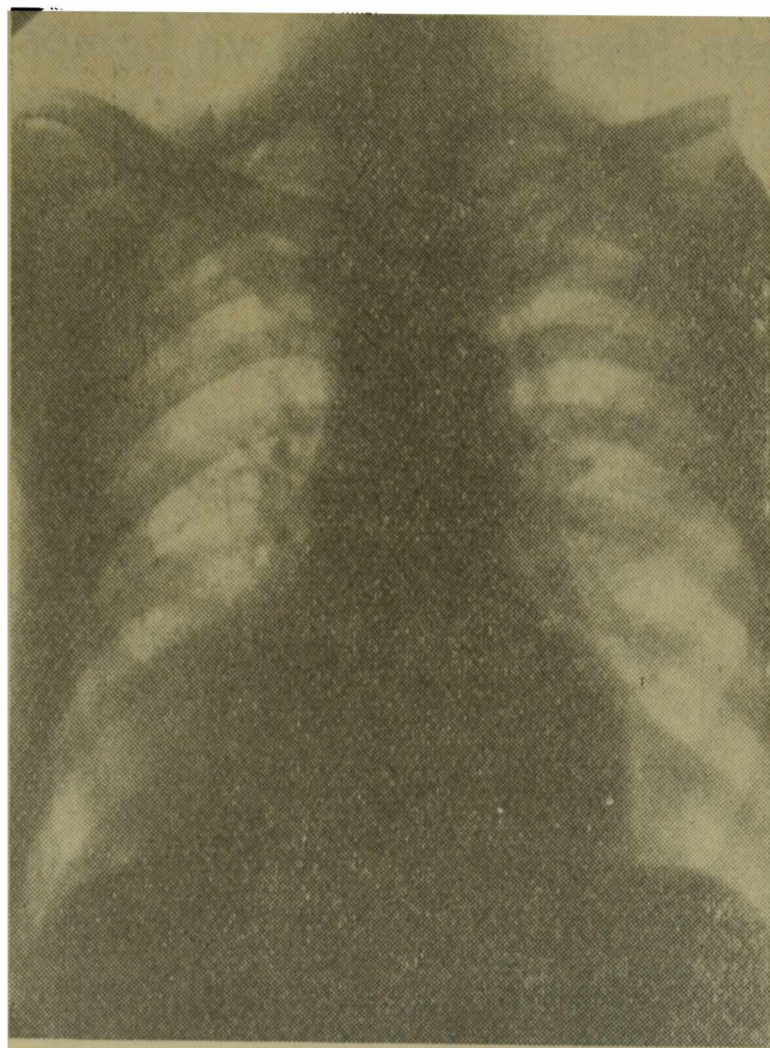


Figura 20

Absceso crónico secundario, pionesclerosis, síndrome de condensación yuxtamediastínica posterior derecha. Radiografía obtenida varios meses después de iniciado. Expectoración abundante fétida y hemoptoica.

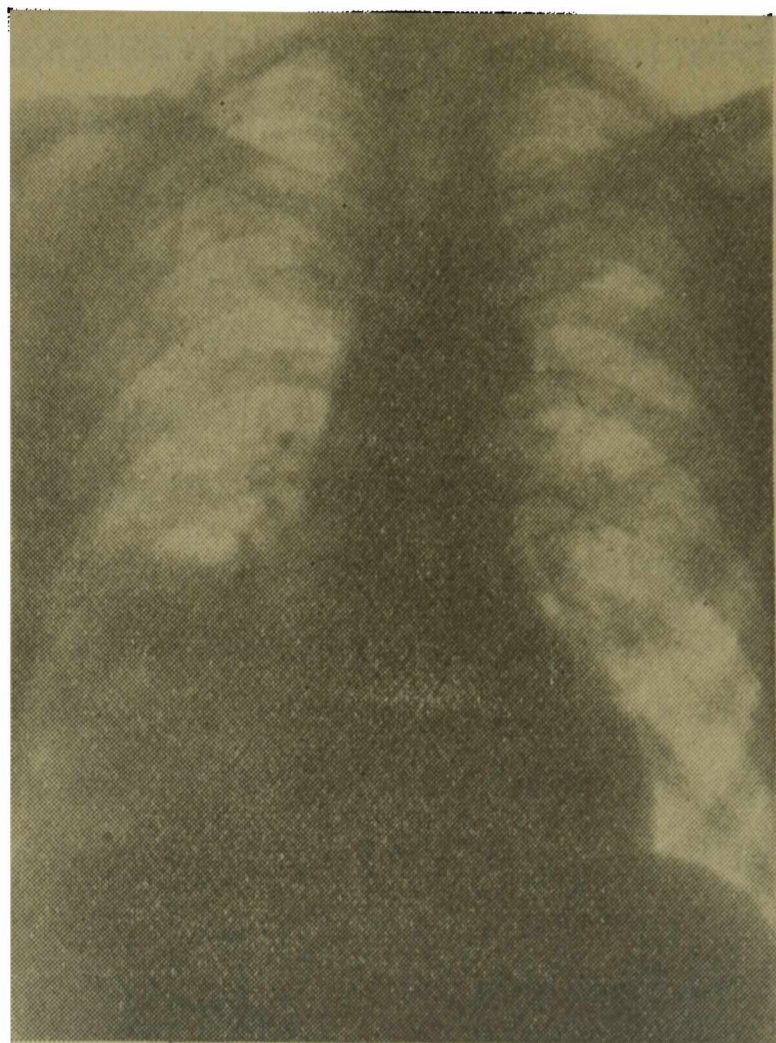


Figura 21

Pese a la medicación arsenical — emetina—benzoato de soda y alcohol, la sombra se extiende; la expectoración aumenta y sigue fétida, radiografía dos meses después de la anterior.

1º.) “Cronicidad, no como proceso supurado persistente, sino como secuela esclerosa y dilatación brónquica, fuente de recidivas y hemoptisis, que son el lazo que une esas recidivas con el empuje infeccioso agudo aparentemente curado”.

2º.) “Cronicidad como proceso supurado persistente, aunque con alternativas en cuanto a la intensidad de la expectoración y del cuadro funcional y físico”.

Vale decir, dos tipos de cronicidad con apariencia clínica diferente: el primer tipo sería mudo, suspenso o pasivo y el segundo ostensible, permanente o activo.

El último nos mantendrá siempre alerta y despiertos buscando una solución terapéutica para el enfermo reconocido como tal; pero el otro ocurre en un tipo de paciente que, en apariencia sano, resulta peligroso, pues se abandona él o el médico, malográndose la oportunidad de su debida curación.

Es precisamente en ellos, que se debe hacer la broncografía con el lipiodol, que denunciará esas lesiones de dilatación

bronquial secundaria y esclerosis que son los culpables de su cronicidad.

En otros casos la activa supuración, suele ser mantenida por la existencia de porciones de tejido pulmonar mortificado en el seno del absceso, que actúa como un verdadero *secuestro* y a este respecto dicen nuestros distinguidos colegas uruguayos: "Pasa con esas supuraciones, algo semejante a lo que sucede con las osteomielitis crónicas, en las que solo la amplia extirpación de los secuestros es capaz de curarlos".

En ambas formas de cronicidad, no ha desaparecido, ni disminuído siquiera de importancia, el estado anátomopatológico del proceso y lo que los diferencia entre sí, es su expresión o exteriorización clínica. Uno es anatómico y el otro anatomoclínico, pero en ambos hay enfermedad crónica y la forma asintomática se podrá diferenciar del absceso agudo común curado, por un minucioso interrogatorio y el estudio radiográfico y broncográfico en diversas posiciones.

Cuando una supuración crónica se prolonga, aun antes de revestir el carácter de inveterada, la regla general es que la expectoración tome los caracteres pútridos.

Radiograficamente en los abscesos crónicos de pulmón, llegados al período de esclerosis, se puede comprobar opacidades más o menos uniformes que, generalmente o mejor dicho con mayor frecuencia, están situadas en la base y en medio de las cuales no siempre es posible discriminar las pequeñas claridades que corresponden a cavidades de su seno, ni niveles líquidos, que tan frecuentemente caracterizan radiograficamente los abscesos agudos de pulmón, que ya hemos estudiado. La gran reacción fibrosa periabscedual, la pioescleriosis y las bandas oscuras de las dilataciones bronquiales, contribuyen a hacer más difícil de visualizar, los detalles íntimos de la sombra patológica.

Luego las alteraciones pueden interesar la columna vertebral, la caja torácica y los órganos que ella contiene. El pulmón en la parte afectada se retrae y endurece, la pleura se espesa y la tráquea y el mediastino son atraídos hacia el lado de la lesión, hacia donde también es llevado el diafragma co-

rrespondiente, el cual elevándose puede fijarse y paralizarse; todas lesiones retráctiles que hacen que en realidad la supuración pase a segundo plano en importancia, frente a estas graves y serias lesiones difusas. De todas estas lesiones interesan particularmente los bronquios, que se hacen rígidos, están estirados y comprimidos por el tejido vecino que los deforma, pliega y repliega y en algunos puntos se dilatan por consiguiente, llegando así a diferencias de tamaño en su luz. El tejido conectivo perivasal reacciona y los vasos deformados, estirados y traumatizados se hacen más frágiles, lo que viene a explicar las hemoptisis que frecuentemente acompañan a estos procesos. Con todos estos elementos patológicos, en la intimidad del parénquima pulmonar enfermo, se llega a la *bronquiectasia secundaria* por la perseveración del *absceso bronquiectasiante*. La manera de constituirse estas bronquiectasias por los abscesos crónicos ha dado origen a varias teorías, entre las que merece destacarse, la que los hace derivar por la formación de pequeños abscesos peribronquiales, que alteran el tejido que sostiene al bronquio, otros creen que tiene importancia la alteración de la misma pared del bronquio por el proceso infeccioso y finalmente algunos las explican por la hipotrofia o atrofia del elemento muscular del bronquio y la alteración circulatoria del tejido peribronquial, hecho que vendría a explicar las lesiones producidas a distancia del foco del absceso y de naturaleza bronquiectásica.

El examen radiológico, con relleno del árbol bronquial con aceite iodado, es imprescindible para estudiar estas deformaciones, en los casos de supuración crónica y tiene esta investigación directivas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas muy importantes.

Por lo general, el lipiodol no penetra en la cavidad del absceso y se detiene a cierta distancia de ella, pero en algunas ocasiones puede llenar el fondo de la cavidad irregular. Por el simple cuadro radiográfico no es posible a veces resolver la duda de si las cavidades son preexistentes por ectasias bronquiales o neoformadas a expensas del pulmón alterado. En los casos avanzados los signos se intrincan a merced de

la esclerosis retráctil y en esta situación la duda es de carácter puramente especulativo o doctrinario ya que la conducta terapéutica no tiene variante para uno u otro caso.

En algunas ocasiones, puede dilucidar la cuestión, el estudio de los antecedentes bien detallados del enfermo y la marcha de los signos funcionales a lo largo de todo el proceso.

La bronquiectasia, secundaria a la esclerosis retráctil del pulmón crónicamente enfermo, es irregular y no recuerda la arquitectura bronquial tipo y a veces pueden representarse en la placa como nidos de palomas o golondrinas.

En resumen la mezcla iodada opaca, en las supuraciones pulmonares crónicas, no penetra en la cavidad abierta secundariamente en los bronquios, mientras inyecta la cavidad formada a expensas del bronquio (bronquiectasias) lo que podría permitir diferenciar hasta cierto momento de su evolución la bronquiectasia abscedada del absceso bronquiectasiente. Al final la gran pioesclerosis, que todo lo engloba, confunde y abarca, hace difícil y aun imposible el diagnóstico diferencial. Vale decir que en cierto momento es aún posible diferenciar la *bronquiectasia causa* de la *bronquiectasia efecto*, del absceso crónico del pulmón.

*Las bronquiectasias abscedadas.* — El absceso pulmonar puede, en algunas circunstancias, desarrollarse a partir de las cavidades preformadas en los bronquios, es decir, de dilataciones bronquiales, también llamadas bronquiectasias.

Las bronquiectasias pueden ser *primitivas* o *secundarias*; son primitivas las congénitas; que así vendrían a tener el carácter de malformaciones anatómicas o defecto físico; son secundarias las que suceden o aparecen después de procesos pleuropulmonares de la infancia o de la juventud. Pero lo que debemos fijar bien es el hecho de que la bronquiectasia, cualquiera que sea su origen, existe primero como única lesión en el pulmón y da origen *posteriormente* a la supuración pulmonar.

Clínicamente, estas dilataciones de los bronquios, pueden permanecer mudas durante muchos años y más tarde, cuando su mucosa se infecta, sobreviene una verdadera inflamación de los bronquios dilatados que si evoluciona a la cronicidad, dará abundante secreción; lo que constituye la broncorrea.

Esta broncorrea puede ser simple o pútrida según los casos y cuando el parénquima vecino es alcanzado por la infección y reacciona, se infiltra, pudiendo dar origen a una colección purulenta a su alrededor; con lo que queda constituido el cuadro de la bronquiectasia abscedada, que suele contar entre sus elementos con: a) bronquiectasias, b) abscesos pequeños, c) focos bronconeumónicos, y d) block de tejido fibroso reaccional. Es pues necesario distinguir, en esta especial forma clínica de las supuraciones pulmonares, dos períodos distintos:

1º.) Período de bronquiectasia simple, en el cual se puede comprobar variable expectoración, en lo que a ritmo, cantidad y calidad de la misma se refiere; cantidad que en los bronquiectásicos puros, no complicados, puede alcanzar grandes proporciones, hasta 1000 y 1500 cc., con mayor evacuación matinal, al despertar, hecho conocido desde hace mucho como el clásico "toilete bronquial" y que suele ser a veces hemoptoica, y por lo general se dispone en las cuatro capas características.

Durante este período, el estado general no se altera apesar de existir una supuración, pues ella se realiza abiertamente sin retención de material séptico, lo que permite, en general, a los pacientes atender durante años sus ocupaciones; en una palabra, más que una enfermedad, soportan un achaque.

2º.) Período abscedual. Cuando se ha producido la infección del parénquima circundante, se operan cambios importantes en el enfermo y en el curso de la enfermedad. La infección ha pasado la pared de los bronquios y las infiltra, aparecen las linfangitis, las peribronquitis están diseñadas y con la reacción del tejido conjuntivo, se produce el endurecimiento del parénquima. La expectoración se hace fétida o pútrida, si ya no lo era antes, la tos más frecuente y penosa;

se acentúa la disnea y la cianosis, frecuentes en el enfermo, que va tomando el aspecto de un infectado grave; se enflaquece, palidece, pierde el apetito y se asteniza. La fiebre, con sus repuntes caprichosos, viene a agravar la situación y altera el psiquismo del enfermo.

Los caracteres broncográficos, estudiados con la ayuda del lipiodol, dan por último las características, ya consignadas anteriormente, que indican el origen bronquial del proceso y dando asimismo la pauta pronóstica y el rumbo terapéutico más lógico y eficaz en cada caso.

*Diagnóstico clínico-radiológico.* — Del estudio atento de toda la sintomatología que hemos examinado en las diversas formas clínicas de las supuraciones pulmonares, fluye al espíritu, frente al enfermo, el diagnóstico de la afección.

El diagnóstico, que en ciertos períodos de la enfermedad solo podrá ser presuntivo, adquirirá carácter de positivo, ante nuevos elementos semiológicos o evolutivos. Luego ahondando la investigación podrá enunciarse también el diagnóstico etiológico y patógeno de algunos casos y nos llevará luego al de forma clínica, con lo que tendremos una clara y exacta noción del pronóstico y surgirá la indicación terapéutica racional de cada caso.

Lilienthal, insistía en que el diagnóstico de absceso pulmonar requiere, ante todo, una historia clínica muy bien levantada. Munist, dice, con muy buen criterio, que en la búsqueda de antecedentes hay que despistar la posibilidad de la ingestión de algún cuerpo extraño o de la ejecución de alguna operación quirúrgica, por pequeña que ella fuese, anterior a la iniciación del proceso que estudiamos.

Un accidente también puede tener importancia, por ejemplo, la aspiración de líquidos conteniendo cuerpos extraños, en las asfixias, por inmersión, incompletas. Los antecedentes de neumopatías ocurridas en la infancia o juventud en los sujetos adultos o de mediana edad; una broncorrea sostenida y persistente, como se comprenderá, son dignos de tenerse siempre en cuenta. Pareciera, aunque solo sea teórico en la reali-

dad, que frente a un enfermo que hace un síndrome infeccioso más o menos brusco con un foco localizado de filiación pulmonar, que clínicamente el diagnóstico de absceso agudo de pulmón, fuera tarea fácil. Sin embargo, en la práctica diaria, no lo es, ni mucho menos. Este tipo de síndrome, de común observación, nos hace siempre dudar entre una neumopatía aguda no abscedada, y un absceso agudo de pulmón.

Pareciera también, a primera vista, que fuera fácil de establecer el distingo entre absceso crónico en período de supuración abierto y el de pleuresía enquistada abierta en bronquio, cosa que también suele no ser clara y requerir el auxilio de métodos modernos de diagnóstico con que cuenta actualmente la clínica.

Los signos físicos pueden estar, en algunos casos, ausentes por completo; en otros presentarse fugazmente o en otros ser cambiantes en su modalidad, de un día para otro; todo lo que hace muy difícil su debida interpretación, desmereciendo su valor para el diagnóstico positivo.

Unas veces el absceso es muy pequeño o muy profundo o no tiene reacción perifocal, al par que en otros casos, esa reacción es grande y trae la consiguiente condensación del parénquima en derredor del foco del absceso.

Como se comprenderá, según la situación, tamaño y forma de la reacción y del foco, los síntomas físicos podrán, o bien asumir un tipo de condensación neumónica, o bien bronconeumónico, o pleural puro o corticopleurítico. A estos signos puedésele agregar, en algunas ocasiones, el síndrome atelectásico más o menos durable producido por la obstrucción brónquica; puede todo desaparecer al abrirse el absceso y vomitarse, incluso aun la reacción perifocal, que tan frecuentemente es la responsable de la mayoría de los signos físicos que en realidad, en esos casos, solo acompañan al absceso. Los signos generales infecciosos no tienen nada de particular ni especial; estados gripales, estados tíficos y estas infecciones o las neumopatías agudas son los nombres con los que vienen rotulados la mayoría de los abscesos agudos de pulmón que hemos visto internados.



Ante la duda el laboratorio informará con datos de valor negativo o positivo que podrán conducir al buen camino diagnóstico. Leucocitosis, de 20 a 30.000 blancos, con neutrofilia es lo habitual, reacciones de Widal negativas, etc., etc.

Una vez que el absceso se ha abierto o exteriorizado por la vómica, ya la situación diagnóstica es más cómoda y fácil. La vómica grande, a boca llena, precoz y franca, trae como consecuencia la sedación general de todos los síntomas generales y locales, lo que puede en muchos casos, no en todos, hacer entrever el diagnóstico de absceso agudo simple y benigno.

Cuando la vómica, o mejor dicho, la supuración abierta continúa así, es muy importante observar a diario si sigue con su mismo carácter o en cambio vira en el sentido de lo pútrido o fétido y si el estado general sigue el ritmo de mejoría o si por el contrario hay recaídas hacia el estado infeccioso inicial del proceso.

Ahora, antes y siempre, en esa situación, es muy importante el estudio radiológico del paciente, radioscópico si se puede, radiográfico seriado, y aun broncográfico y tomográfico. Las imágenes obtenidas en la evolución de los abscesos agudos, suelen ser proteiformes y cambiantes en un mismo enfermo. Así, imagen difusa de infiltración neumónica de intensidad y situación muy variables, o con velo pleural que oculta la realidad o no se ve nada en frontal por ser el foco pequeño y retrocardíaco.

Producida la vómica, pueden visualizarse cavernas o imágenes típicas hidroaéreas con nivel líquido y mayor o menor reacción perifocal, o varias imágenes hidroaéreas, con muchos niveles líquidos, o varias sombras claras en la imagen oscura (tipo areolar o en miga de pan).

La modificación incesante y rápida del proceso da características de *variabilidad radiológica*; lo que impone, al que examina estos clichés, una prudente reserva de interpretación en todos los casos.

En el comienzo del proceso, a *primera hora*, puede haber una imagen radiográfica de pulmón normal o sub-normal, ya

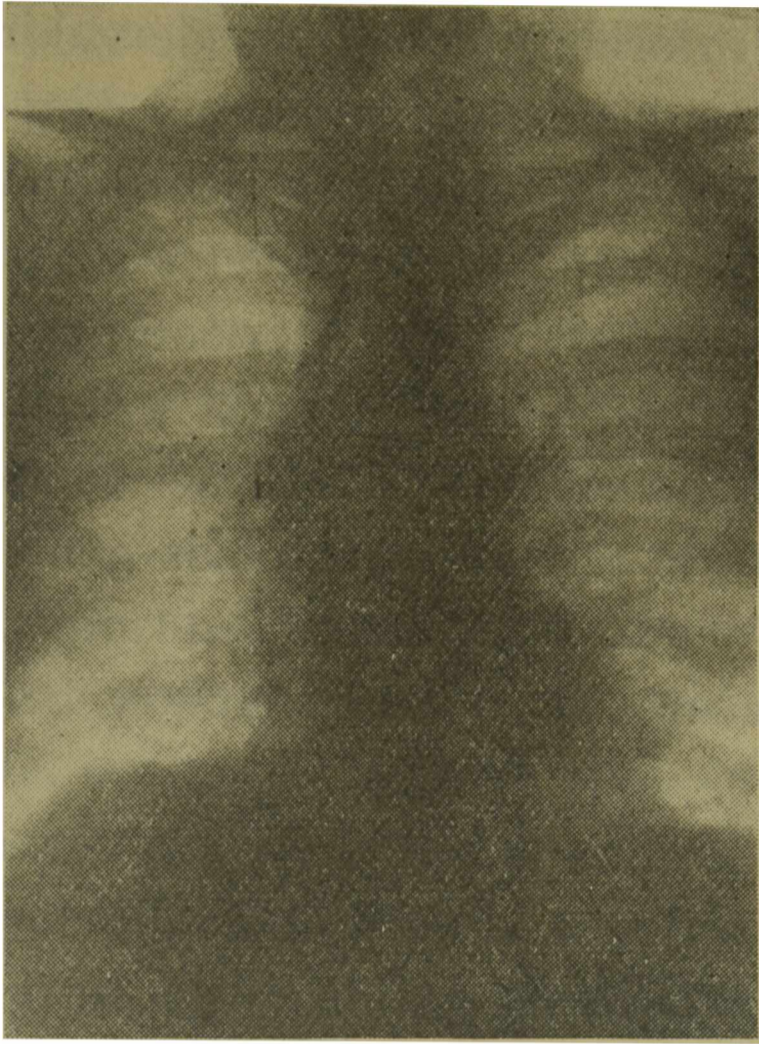


Figura 22

Imagen que ocupa el mediastino, retrocardíaca, casi puede pasar desapercibida con el hilio ligeramente deformado.

Ninguna sintomatología física.

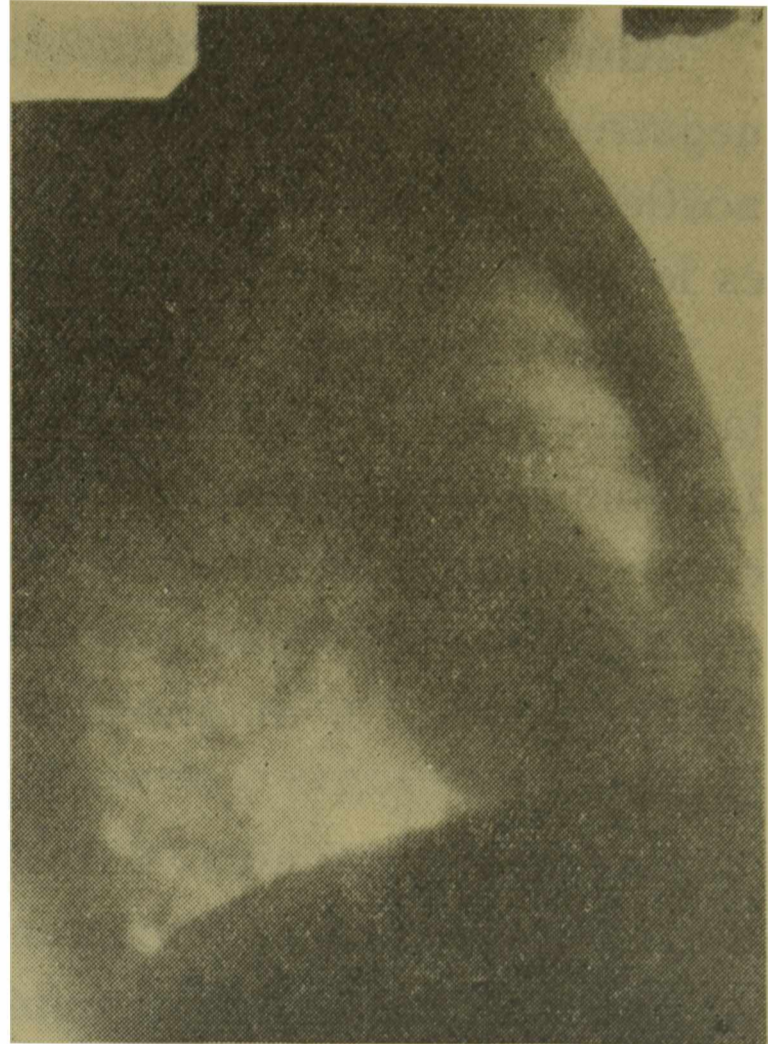


Figura 23

Placa lateral que muestra la sombra difícil de discriminar en frontal, que está como apoyada en el polo postero-superior de la sombra cardíaca.

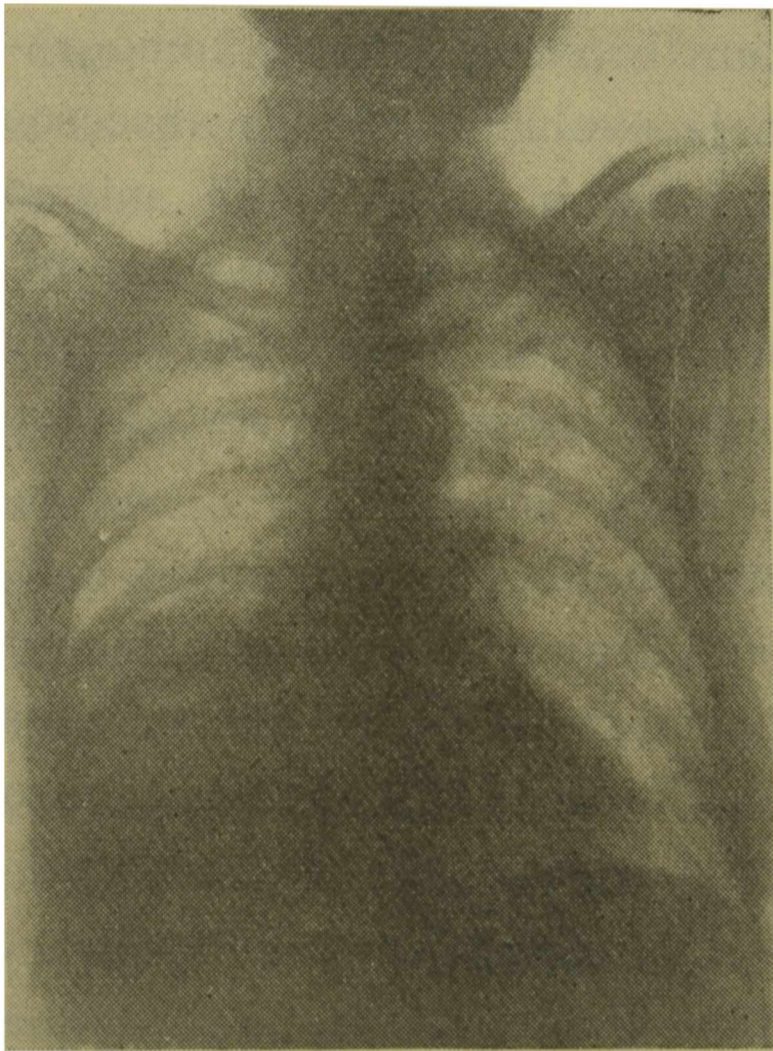


Figura 24

Absceso de la base derecha; imagen casi completamente **redondeada**, que permite ver en su interior una cavidad hidroaerea comenzante. Gran reacción perifocal.

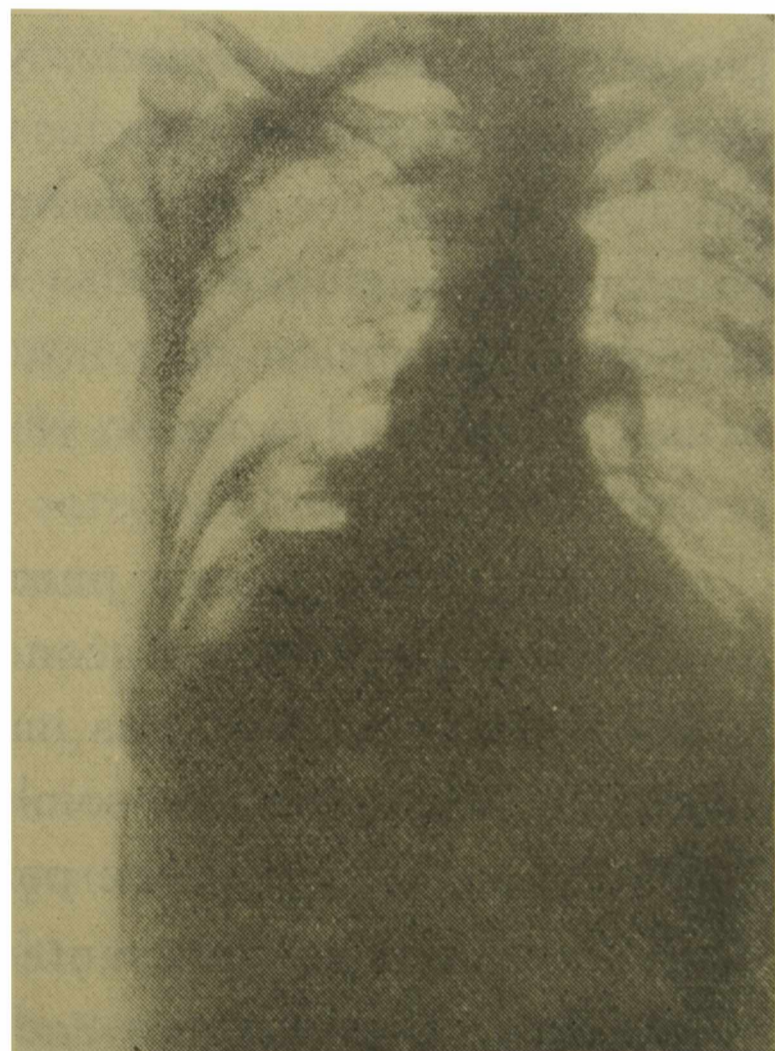


Figura 25

El mismo caso de la anterior radiografía (20 días después). Puede observarse que se ha agrandado la excavación, el nivel líquido es bien neto y por el contrario la reacción perifocal se ha atenuado por la buena evacuación.

que el velo débil comenzante se oculta en la base derecha y confunde con la opacidad hepatodiafragmática o es de situación retrocardíaca, o apenas deforma la región parahiliar, por lo que puede en un primer momento pasar desapercibido.

Las opacidades homogéneas, sin sombras claras, con acentuación del diseño que parte del hilio, nos deben hacer pensar en sombras abscedadas crónicas de origen bronquial.

Volvemos a insistir que el lipiodol inyectado en el árbol bronquial, solo por excepción penetra en la cavidad del absceso y en aquellos casos en que previa a la inyección del aceite iodado que se efectúa por medio de la broncoscopia y realiza una broncoaspiración y limpieza en el árbol bronquial accesible al instrumento, es posible se insinúe éste en la cavidad y llene su fondo generalmente irregular. También *toman el lipiodol*, los llamados abscesos peribronquiales de los autores franceses, que aparecen o complican el absceso agudo o subagudo, que parecen deberse a pequeños foquitos bronconeumónicos que comunican con el bronquio y se caracterizan por su *fugacidad* en la visualización radiológica; ya que desaparecen al curar el absceso agudo y establecido el restitutum ad integrum radiológico, no es posible volverlos a ver en nuevas pruebas con lipiodol, lo que revela que no son preformados en el bronquio, sino lo complican y afluyen a él, por las modificaciones que implica el proceso supurante.

La falta de penetración del lipiodol también es la regla en las supuraciones crónicas, que es donde el método cobra todo su valor, para poder discriminar la verdadera patogenia del proceso. Se debe establecer, cuando es posible, por este medio, si es una bronquiectasia abscedada, es decir, dilatación bronquial preexistente al proceso de abscedación y causa posible determinante de ella o si se trata de una colección pulmonar que en su evolución da lugar a las dilataciones, (absceso bronquiectasiante), y en todos los casos demostrar el estado del parénquima de la región (pioesclerosis) y deducir en consecuencia un correcto pronóstico e instituir el buen tratamiento.

La broncoscopia informa, en los casos que se pueda practicar, (siempre por manos hábiles) sobre el estado de la mu-

cosa bronquial y el orificio del bronquio de avenamiento, cuando éste puede ser alcanzado. En un absceso agudo, nos puede informar sobre la cantidad del pus y su drenaje. Cuando después de una vómica de un absceso a imagen radiográfica de discreta magnitud, retiramos por broncoscopia mucho pus, podemos deducir que la imagen no concuerda con la realidad anatómica, cosa que es de tenerse muy en cuenta en el pronóstico y tratamiento. Otras veces vemos después de la aspiración agrandarse la imagen hidroaérea correspondiente, lo que está de acuerdo con la estricta lógica y da conclusiones muy opuestas a las de la situación anterior. En los casos benignos se ve la mucosa bronquial poco congestionada, que permite, por su luz, un buen drenaje, suficiente y eficaz para la buena marcha del proceso. Por otra parte, este método es un poderoso auxiliar del bacteriólogo, que puede así estudiar la flora microbiana, en mayor estado de pureza, por la extracción directa del foco productor.

En los casos crónicos se puede comprobar las cavidades mal drenadas, las dilataciones de los bronquios si existen, los nidos purulentos en colmena que contienen material pútrido, encerrado en las mallas de esclerosis.

La punción exploradora del absceso pulmonar, que lógicamente pareciera ser un medio importante auxiliar del diagnóstico precoz, en el momento de su formación, cuando aún la clínica y la radiología son incapaces de ser asertivas; es un procedimiento peligroso en cualquier momento evolutivo de la enfermedad, por la contaminación que puede llevar a los planos indemnes aun; pero que deben ser atravesados por la aguja para llegar al foco infeccioso.

En resumen, es lógico pensar, con muchas probabilidades de certeza, que estamos frente a un absceso agudo del pulmón, en el caso de un padecimiento agudo de tipo infeccioso indeterminado y con el aspecto de una neumopatía atípica, que presenta, en la pantalla radioscópica o film radiográfico, una sombra que puede ser variable en tamaño, intensidad, forma y situación; diagnóstico que se presume más aún, si se presenta un particular olor fétido en el aliento que horas des-

pués es seguido de una vómica o expectoración abundante de pus y que luego se confirma al destacarse, en una posterior radiografía, una imagen hidroaérea con su típico nivel líquido horizontal.

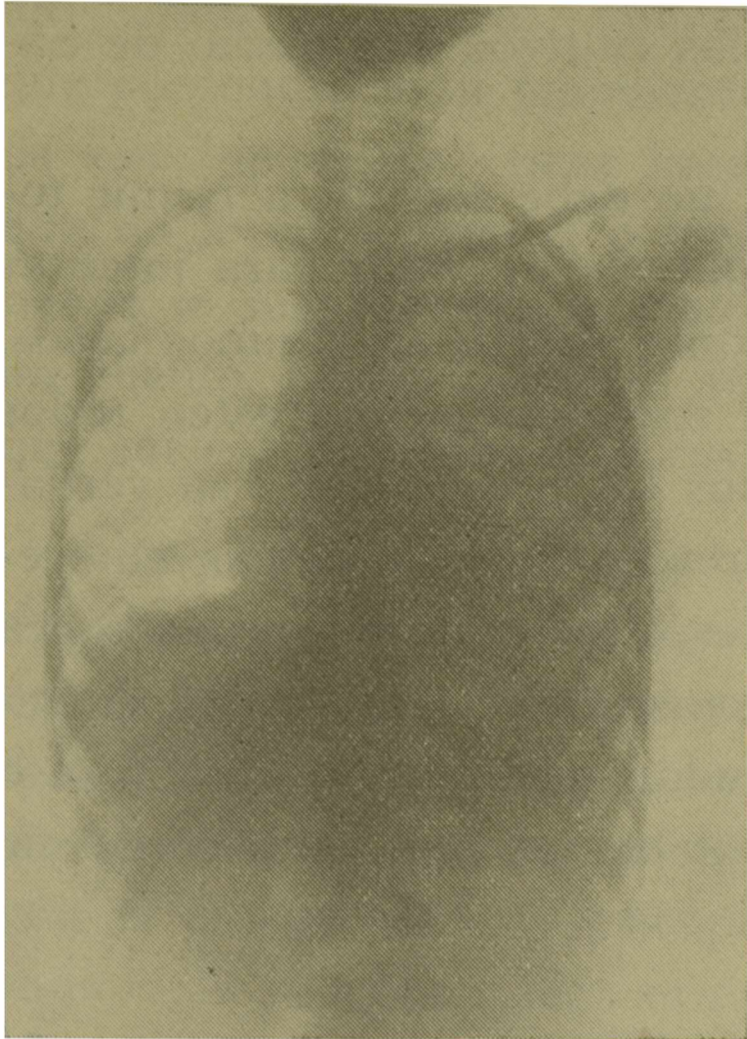


Figura 26

Niño con síndrome clínico pseudo pleurítico, con punción negativa. Esplenoneumonia? Radiografía obtenida el 12 de noviembre de 1940, que reproduce casi exactamente otra obtenida seis días antes a pocos días de iniciado el proceso.

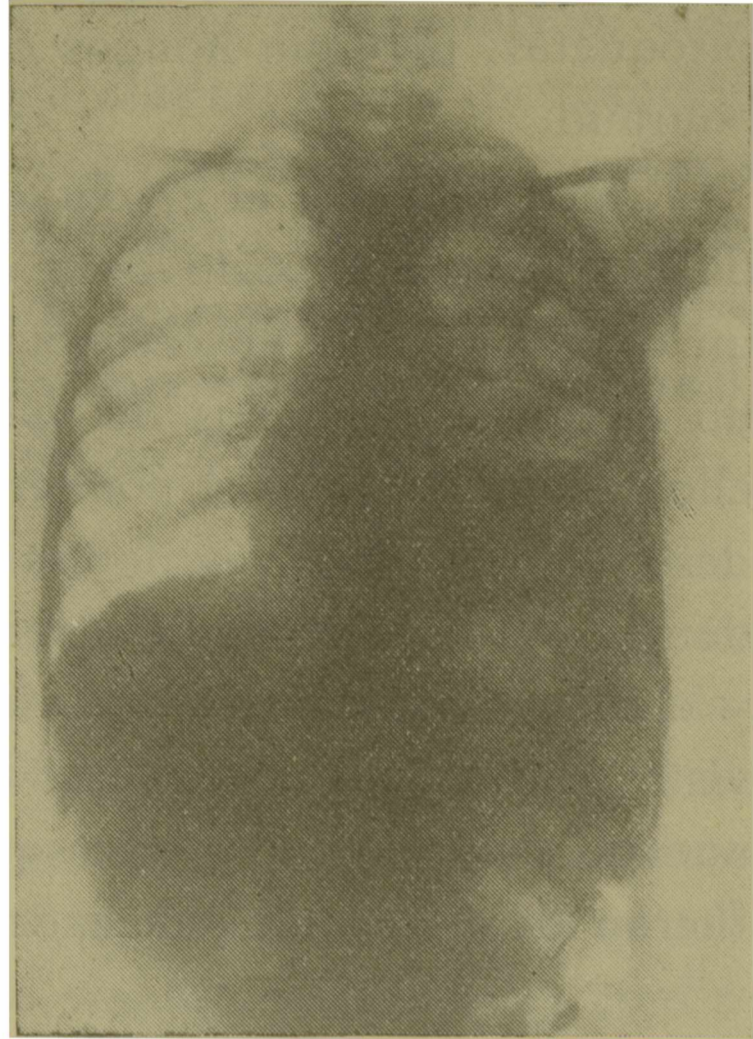


Figura 27

Seis días después, ya producida la vómica y regresando los signos generales es posible ver la excavación multiforme del foco del absceso. Evolución rápida hacia la curación completa. Absceso agudo pseudo-esplenoneumónico, bien evacuado y benigno.

Es lógico también pensar en un absceso a forma crónica ante un sujeto que ha padecido un *accidente agudo del tipo neumopatía* que mantiene junto con un relativo buen estado general, una expectoración abundante fétida o no, hemoptoica o no, en la cual puede haber fibras elásticas, pero que reiteradas búsquedas del bacilo de Koch, *son negativas*, y que presentan una o varias imágenes hidroaéreas o claras con reacción de vecindad que obscurecen esa región.

Y también en otros casos que por la forma y nitidez de la sombra (redondeada por ej.) podrán hacer pensar en otros procesos (hidáticos, quistes dermoides, neoplasias) cuando el contorno es neto sin reacción difusa o radiada, sin bordes

desflecados, sin Stop neto lipiodolado, ni gran atelectasia, con biopsia negativa para células blastomatosas por inclusión del esputo, sin ganchos hidatídicos, sin signos del camalote, ni signo de la arcada, ni del peñón, con reacciones biológicas de hidatidosis negativas y con flora común microbiana o con espiroquetas, pero sin hongos en los cultivos con medio de Sabouraud.

Claro está que el ejercitado, no debe esperar a reunir todos los síntomas positivos y negativos de valor para intentar un diagnóstico de absceso pulmonar. Basta en algunos casos, un cómputo de signos de valor real, aunque no estén todos ellos reunidos, pero sí ponderados los presentes en su verdadero valor y a través de las circunstancias y demás antecedentes del caso, con un severo espíritu de crítica semiológica y clínica que da al espíritu la sensación de la verdad entrevista y a la cual no deja de ayudar siempre, en cada caso nuevo, la propia experiencia que dejan los casos anteriores que fueron debidamente analizados.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los abscesos de pulmón, plantean muchos diagnósticos diferenciales, que son tanto más variados, cuanto más formas clínicas se van distinguiendo en su agrupación.

El absceso agudo, habrá necesariamente que diferenciarlo de las variadas infecciones agudas bronco pulmonares. La dificultad será mayor cuanto la afección esté más en sus comienzos, en la primera semana antes de producirse la vómica; aun apoyado por el estudio radiológico es casi imposible el diagnóstico de certeza y se podrá dudar entre un absceso agudo por una parte, y una neumonía, o una corticopleuritis y aun una pleuresía por la otra. Más adelante, podrá en algunos casos sospecharse el absceso ante un cuadro infeccioso con localización pulmonar, con una tos muy persistente, coqueluchoide, exagerada para el tipo de neumopatía común que se

crea tener por delante; es como si la bolsa abscedual pugnara por abrirse; es la naturaleza buscando el camino de la curación. Otras veces la expectoración hace sospechar porque su cantidad es muy abundante, comparada con la escasa cantidad que habitualmente tiene una "corticopleuritis" común, o un "síndrome pleural" comienza a tener expectoración, cosa que no cuadra a su fenomenología clásica, o la expectoración de esa "neumonía" tiene luego una calidad muy purulenta que no le corresponde; o bien la constitución del absceso se puede ir sospechando al notar los enfermos o sus familiares un aliento particularmente fétido, permanente o accesimal, que suele acompañar a la tos repetida o profunda.

Otros enfermos presentan un síndrome pleurítico *demasiado doloroso*, incierto en algunos de sus fenómenos y en los que la punción exploradora repetida, es negativa para exudados. Entre nosotros, el profesor Rossi, ha observado tres casos de absceso agudo, dos en mujeres jóvenes, que se iniciaron con el cuadro de una psicopatía confusional ruidosa, que la radiología primero y más tarde la vómica, orientaron y confirmaron sus sospechas diagnósticas.

Luego la vómica y la placa radiográfica aclaran la duda que se mantuviera en el espíritu durante varios días. Podemos, pues, repetir con la mayoría que *carecemos por el momento de un síntoma patognomónico que caracterice el absceso pulmonar agudo en su período de formación*. También cabe agregar que no existe tampoco un síntoma piloto que oriente en medio de la proteiforme sintomatología clínica y radiológica en este primer período, en el cual la abscedación pulmonar puede ser confundida con la evolución de cualquier neumopatía aguda.

Producida la vómica, ya tenemos uno de los elementos fundamentales del diagnóstico clínico de todas las modalidades evolutivas del absceso pulmonar, que juntamente con la imagen radiográfica hace posible el diagnóstico con otra serie de enfermedades pulmonares que tienen con el absceso muchos símiles clínicos y radiológicos.

En la marcha del diagnóstico diferencial, creemos que es útil al práctico, seguir las etapas eliminatorias de las diferentes dudas, paso a paso, razonado, tal cual lo expusiera el profesor Julio Palacio en su ponencia sobre el tema en la Asociación Médica Argentina, en 1934.

El mencionado profesor, dice, que el primer diagnóstico diferencial a establecer es con la *tuberculosis pulmonar*, dada la frecuencia de las dos afecciones y la modalidad parecida en muchos de sus signos funcionales y orgánicos, clínicos y radiológicos, como ser la fiebre, tos, expectoración, hemoptisis, alteración del estado general, etc., etc. Una expectoración muy abundante y gran caverna pulmonar, o mejor dicho, imagen hidroaérea de ese volumen con *nivel líquido grande y neto*, y relativo buen estado general, hablan en favor de supuración pulmonar, pues estos síntomas son infrecuentes en la tuberculosis; pero la prueba terminante está dada por la bús-

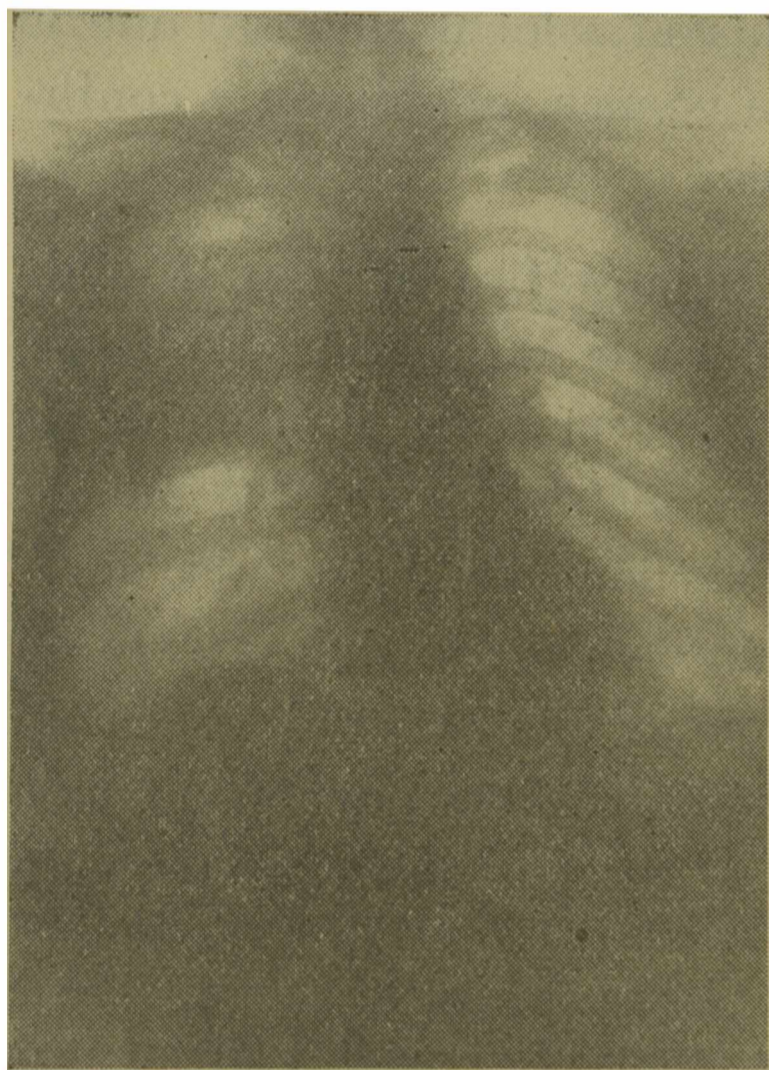


Figura 28

Tuberculosis pulmonar. Lobitis excavada derecha superior. Radiografía obtenida al mes de iniciado clínicamente el proceso. Expectorado diario entre 50 y 80 c. c. Gran cantidad de bacilos de Koch. Obsérvese la similitud con la imagen de la figura 17.

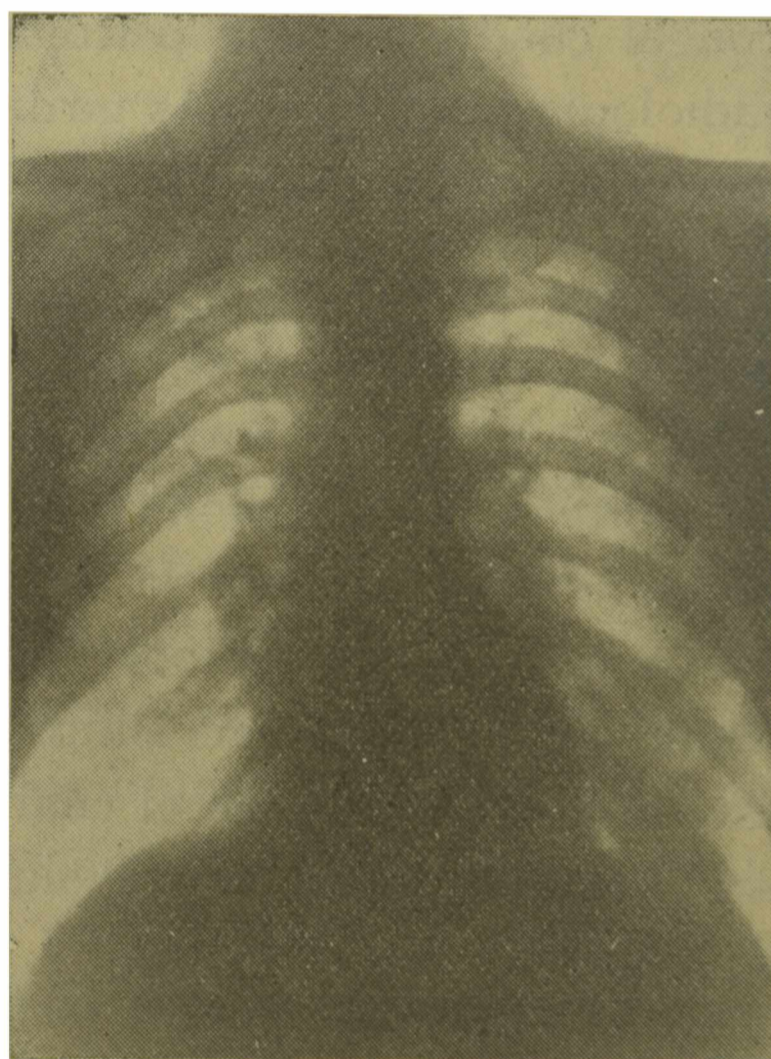


Figura 29

Asociación mórbida. Tuberculosis pulmonar derecha y absceso de la base izquierda.



queda repetida, por los mejores y variados métodos biológicos, del bacilo de Koch en el expectorado.

Es interesante considerar la asociación de tuberculosis y abscesos, que es mucho más frecuente de lo que comúnmente se piensa, lo que hace el diagnóstico más arduo. El cuadro clínico de esta "asociación morbosa" no tiene nada de característico y cualquiera que fuera la forma clínica, el bacilo de Koch bien buscado, está presente en la expectoración o en los exudados. Las imágenes radiográficas de la tuberculosis, son a veces muy semejantes a las de absceso, especialmente fáciles de confundir son los infiltrados precoces cuando no toman su asiento habitual en la región subclavicular. Pero el infiltrado se caracteriza por su rápida evolución o bien hacia la regresión o hacia la desintegración.

Otras sombras pulmonares de origen abscedual se caracterizan por su *variabilidad casi incesante* frente a la lentitud de la modificación de las sombras tuberculosas.

Cuando la tuberculosis se complica con supuración pulmonar, también el diagnóstico de la parte que corresponde a una y a otra, en el proceso, se complica a su vez. Entonces el estudio de los antecedentes de la enferma, la evolución, las informaciones del laboratorio y la radiografía seriada nos prestarán un señalado servicio. Por ejemplo: "sombras que rápidamente mudan de forma, tonalidad, y extensión, desaparición de imágenes hidroaéreas en días sucesivos, deponen más bien a favor de su naturaleza inflamatoria, aunque con un criterio de relativo valor" (Trincas); pero cuando el proceso es de vieja data, las sombras densas que dan las imágenes de piosclerosis, vienen a dar un cuadro complejo en el cual no es posible hacer tal discriminación y sólo corresponderá entonces hablar de gran esclerosis pleuropulmonar, sin tocar su etiología. Cuando se ha eliminado por completo, basado en todas las pruebas clínicas radiográficas y biológicas, a la tuberculosis pulmonar, se puede terminar la *primera etapa* del diagnóstico: *supuración broncopulmonar no tuberculosa*. (Palacio).

Pero surge inmediato la duda de si el proceso con carácter de supuración broncopulmonar que asistimos puede haberse abierto, para su exteriorización, camino por verdadera efracción a través de los bronquios y esté en realidad domiciliado fuera del ámbito bronco pulmonar, una pleuresía purulenta, por ejemplo.

Antiguamente y hasta hace unos pocos años, frente a una vómica, no se hablaba de absceso pulmonar sino de pleuresía interlobar abierta en bronquios y tal era el diagnóstico a considerar.

Hay por cierto, un hecho real en pié, gracias a las observaciones perfectamente documentadas por numerosas autopsias y es, que la *pleuresía interlobar* supurada en el adulto es una entidad de muy rara observación, en la práctica, aunque hay que admitir *que existe*. Es que, el más sistemático estudio anátomo patológico, los progresos radiológicos y la práctica quirúrgica más frecuente, han provocado esta verdadera *inversión de valores nosológicos* en la patología del aparato respiratorio.

El diagnóstico clínico de pleuresía interlobar supurada es muy difícil, por no decir casi imposible, aun auxiliados en la empresa por todas las modernas técnicas de la radiología, por eso es que Sergent recomienda hablar, en la práctica corriente, de *foco supurado cisural*; pues aun con las piezas anatómicas en la mano es muy difícil establecer el diagnóstico del origen de la supuración, dadas las modificaciones fundamentales que acaecen en el foco inicial y la región periabscedual, lo que debe hacer recurrir a la histología, para aclarar la cuestión.

El retardo de la aparición de la vómica, la ausencia de hemoptisis y fibras elásticas en el pus expectorado y la punción local positiva, fácil y superficial, que clásicamente se admitían como signos de valor para la pleuresía interlobar supurada; *no tienen en realidad gran valor clínico* pues hay abscesos pulmonares sin hemoptisis, sin fibras elásticas y con vómicas tardías (73 días en un caso de Et. Bernard) y hay punciones fáciles y abundantes, a *jeringa plena*, en abscesos a neumoba-

cilo de Friedlander o gangrenosos y pútridos a gran cavidad superficial y pequeña cáscara cortical.

La radiología, en cambio, nos presta una mayor utilidad, hacia una orientación diagnóstica más a cubierto del error. Tanto en la pleuresía interlobar como en el absceso del pulmón se puede encontrar la ya descrita imagen hidroaérea que, según Paiseau y Salomon, sería a mayor eje vertical en el absceso y horizontal en la pleuresía interlobar. En las placas tomadas en posición lateral nos muestra, la pleuresía interlobar, una sombra en forma de huso, dirigiéndose oblicuamente de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, que para Sergent, sería una imagen triangular a base hiliar y vértice externo y cuyo lado inferior arquea o abomba el diseño claro pulmonar. En muchas placas el absceso del lóbulo medio derecho da una imagen que por dentro no llega a contactar con el mediastino y por fuera tampoco contacta con la pared externa del tórax, difiriendo con la imagen de la pleuresía interlobar que suele aparecer como una banda que se extiende desde la pared lateral hasta el hilio siguiendo la cisura oblicuamente y que, en algunos casos, cuando su contenido es suficientemente abundante, adquiere en las placas tomadas en posición de perfil estricto la forma de una lente biconvexa o bien de un rectángulo, cuando no una forma helicoidal que divide el campo pulmonar en tres bandas, una intermediaria oscura y dos capas claras, superior e inferior.

Es muy difícil, o mejor dicho imposible, decidir si se trata de una pleuresía interlobar supurada o de un absceso pulmonar yuxtacisural abierto en la cisura, por lo que repetimos que autores, como Sergent, hablan de "supuraciones cisurales". Lo común es que el proceso sea, de por sí, intrincado y mixto.

En otros casos el absceso pulmonar comienza superficialmente (cortical) y en el tramo externo de la cisura (interlóbulo) con lo que se tienen elementos topográficos suficientes para que una vez evolucionado el proceso se perfore, bien en la cisura (pleuresía interlobar — supuración cisural) o bien en la gran cavidad tabicándose (pleuresía tabicada) dando

luego lugar a una vómica con posterior imagen hidroaérea a gran eje vertical (caso de la radiografía N°. 30-31).

Eliminada la tuberculosis y la pleuresia interlobar supurada, podemos asegurar el diagnóstico de *supuración bronco-*

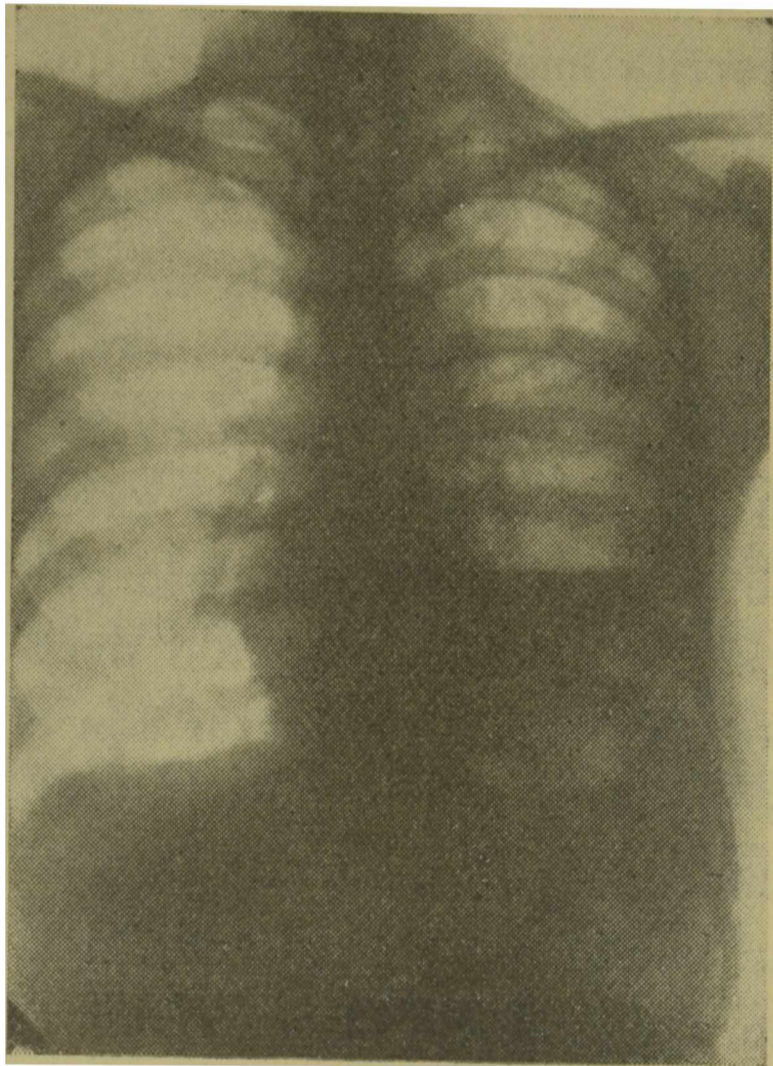


Figura 30

Pleuresía tabicada abierta en bronquio. Vómica tardía a los 40 días. Proceso iniciado en la cisura (observación radioscópica) dolor violentísimo de hemitórax izquierdo difuso, disnea, síntomas físicos pleuríticos de gran cavidad nivel líquido horizontal. Tiene algún similitud con la figura 25, aunque esta es de arco superior en cúpula (menor o intrapulmonar).

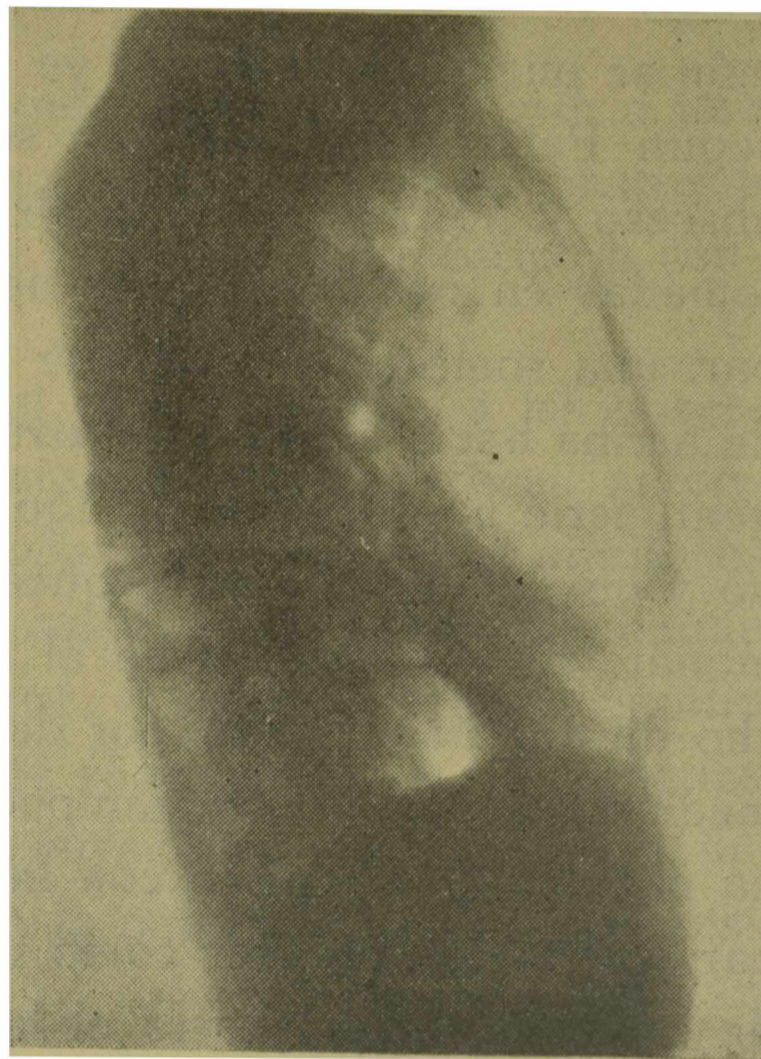


Figura 31

La misma en posición lateral, se puede observar el nivel líquido horizontal sobre columna. Dos meses después desaparición radioscópica de todo síntoma. Dos años después continúa la curación clínica y radiológica. Probable "supuración cisural" que originó reacción de gran cavidad y pleuresía purulenta tabicada.

*pulmonar (verdadera) no tuberculosa* (segunda etapa del diagnóstico de Palacio).

A esta altura de la investigación se va aclarando el problema diagnóstico y resta averiguar que parte del aparato respiratorio es la que da origen a la supuración, bronquio o parénquima, y cual es su naturaleza. Es decir, hay bronquiectasia o gangrena o es en realidad una verdadera supuración pulmonar. La clínica pura frente a las bronquiectasias suele ser insegura, aunque sus datos no sean del todo despreciables. El

ritmo de la expectoración, francamente matinal, con la clásica "*toilete bronquial*" debe hacernos pensar en las dilataciones bronquiales, lo mismo que el mantenimiento del buen estado general y el pasado pulmonar patológico de la infancia o juventud. Por otra parte el sujeto que tiene un absceso pulmonar, presenta un estado general más alterado, expectoración continua, caprichosa, sin ritmo típico y tal vez menos abundante y no tiene antecedentes de neumopatías graves de la niñez. Este es un enfermo que bruscamente un día se hizo un infectado pulmonar y luego tuvo expectoración y aquel fué siempre un tosedor que no tuvo nítido el acceso infeccioso agudo, sino muy remotamente en sus primeros años.

En la gangrena pulmonar a brotes la temperatura es siempre más elevada y sostenida que en la bronquiectasia y en el absceso de pulmón. Bezançon, Etchegoin y Azulay, han observado, que un brote de gangrena pulmonar, hace repuntar la temperatura y paralelamente la cantidad de los esputos para que, luego de la vómica, descienda la temperatura, la frecuencia del pulso y cantidad de expectoración.

La observación macroscópica del material expulsado por bronquios, no tiene la importancia que se le había querido asignar antes; en las dilataciones bronquiales la flora aunque mixta, suele ser la común: estreptococos, estafilococos, neumococos, etc. y en las infecciones pútridas aparecen espiroquetas y anaerobios.

En la bronquiectasia las lesiones pulmonares raramente están aisladas, son generalmente mixtas, hay enfisema, fibrosis, etc. que deforman los ruidos y sonidos elementales que nos ofrece la semiología pulmonar. Pero lo que aclara el diagnóstico diferencial, en cuya descripción estamos empeñados, es la radiografía, especialmente la broncografía lipiodolada.

La radiografía simple demuestra, en los abscesos pulmonares, una imagen hidroaérea con nivel líquido horizontal, rodeada de un halo de obscuridad u opacidad del parénquima afectado por la reacción perifocal, y la sombra de la bronquiectasia es difusa con bandas de tejido escleroso, irregulares, que emergen del hilio hacia la periferia. En otros casos todo está

tapado u oculto por un velo pleural que corresponde a reacción inflamatoria exudativa o esclerosante que deforma y complica las imágenes; el lipiodol inyectado en el árbol bronquial aclara mucho, ésta, de por sí, confusa sintomatología. Se establece así, que la bronquiectasia primitiva se caracteriza por dilataciones cilíndricas o ampulares con “cierta regularidad” y frecuentes en ambas bases pulmonares y que las *bronquiectasias secundarias* a esclerosis pulmonares (generalmente ocasionadas por abscesos crónicos) son dilataciones muy irregulares.

“Por lo tanto, si una sombra pulmonar de naturaleza abscedual se encuentra rodeada de ectasias bronquiales suficientemente regulares y uniformes, el diagnóstico más probable es que se trate de supuración pulmonar secundaria a la bronquiectasia, tanto más si el aceite iodado penetra en la zona obscura y dibuja la cavidad bronquiectásica. La presencia de dilataciones bronquiales en otros distritos pulmonares, distintos del lado enfermo y especialmente del opuesto, servirá para confirmar el juicio diagnóstico” (Trincas y Zanetti - Pág. 143 - Obra citada).

Por el contrario, cuando los bronquios opacificados aparecen deformados, irregulares, torcidos y estrechados y los bronquios opacificados aparecen deformados, irregulares, torcidos y estrechados y los bronquios de otros distritos son de aspecto normal, debemos pensar que las bronquiectasias son secundarias al proceso inflamatorio pulmonar (absceso bronquiectasiante de algunos autores) en tal caso es dable comprobar imágenes en nidos de golondrina y nidos de paloma, y aun lagos lipiodolados de variado tamaño.

La gangrena pulmonar difusa es un cuadro clínico tan llamativo y grave que el diagnóstico puede hacerse muy fácilmente en la mayoría de los casos y *cosa importante*, ya que su pronóstico es gravísimo, no debe ser confundido con el absceso agudo gangrenoso, que puede, siendo tempestivamente intervenido, curar en algunos casos. Tienen de común, el aspecto y el olor repugnante de la expectoración. La gangrena pulmonar difusa se caracteriza por iniciación brusca, dramá-

ticamente grave siempre, con fuertes dolores torácicos, hipertermia (40° y aún más), disnea intensa, cianosis, tos penosa. Luego expectoración nauseabunda, con mayor alteración del estado general, taquicardia, colapso y marcha hacia la muerte en pocos días, pese a los recursos diversos puestos en juego.

El cuadro radiológico define, cuando se puede investigar bien, el diagnóstico entre absceso gangrenoso y gangrena difusa del pulmón. Esta última enfermedad ataca por igual a los dos pulmones, velándolos con pequeñas imágenes de sombras irregulares, que luego confluyen formando islotes o aun archipiélagos oscuros entre los que campean sombras más claras. Luego las manchas se concretan más y se unen entre si y en ciertas zonas se puede alcanzar a ver niveles líquidos en cavidades hidroaéreas pequeñas y variadas, entre las que se puede destacar tejido esfacelado o necrosado que forma verdaderos secuestros pulmonares. Algo parecido "pero no igual" (Trincas) suele ser la imagen de la bronconeumonía confluyente (gravísimo estado general, hipertermia, cianosis, etc.) pero sus sombras nodulares o micronodulares siempre *conservan su individualidad* radiológica; *los islotes no confluyen* y no se encuentran imágenes hidroaéreas.

El absceso gangrenoso tiene de común, la lesión de necrosis y destrucción del parénquima pulmonar, pero esto es *circunscripto* como todo tipo de proceso abscedual y la terapéutica quirúrgica oportuna puede curar al enfermo. Hay un *contorno lesional* blando pero a veces visible en la placa, una gran cavidad, irregular, con gran contenido líquido, que aun puede afectar todo un lóbulo y adquirir enorme tamaño; pero *siempre respeta la vecindad y el pulmón opuesto*.

En la gangrena difusa, prevalecen los síntomas generales sobre los pulmonares y el portador de un absceso gangrenoso puede ser un enfermo grave del punto de vista general; pero es ante todo un enfermo abscedado del pulmón pero afectado en *un solo lado o foco*. En este enfermo, el estado general es reversible; en tanto en el otro no.

Y así se llega al final de la *tercera etapa* del diagnóstico,

es decir: afirmando que la *supuración es intrapulmonar y no tuberculosa; colectada*.

Pero aun quedan cosas por aclarar, hay que establecer distintamente entre las que llamáramos *verdaderas supuraciones pulmonares o abscesos propiamente dicho o puros o autóctonos* y lo que podríamos llamar *supuraciones específicas*, o debidas a agentes especiales, en el pulmón, tal los producidos por lues, amebiasis, hongos, etc. y las que acompañan, complican, o se injertan en procesos determinados o *preexistentes en el pulmón*, en forma más o menos circunscripta; tal los quistes supurados, los cánceres supurados y donde talvez, podría pensarse en clasificar las bronquiectasias abscedadas.

Graham, ha dicho que el 10 o|o de las supuraciones pulmonares que ha examinado eran, en realidad, cánceres supurados del pulmón.

Son por todos conocidas y están hoy perfectamente estudiadas, las relaciones entre el cáncer y la supuración pulmonar; cuyos interesantes detalles pueden ser consultados en la magnífica obra de nuestros colegas uruguayos, doctores García Otero, Barcia, y Caubarrere, "Cáncer y supuraciones pulmonares". Es, por otra parte, sabido la frecuencia con que la neoplasia pulmonar se injerta en las personas que han padecido de frecuentes bronconeumopatías. El cáncer puede desarrollarse en un pulmón que ya anteriormente supura o bien por el contrario la neoplasia da origen secundariamente a la supuración. Estas relaciones, están consignadas por los autores uruguayos mencionados en la siguiente forma:

1º.) Un viejo cáncer, ya diagnosticado, *supura secundariamente*.

2º.) Un viejo cáncer, ya diagnosticado, provoca por compresiones vasculares o bronquiales, una necrosis y supuración a distancia, en pleno *parénquima no canceroso*.

3º.) Un cáncer de pulmón evoluciona desde *su iniciación, aparentemente* con el cuadro clínico de una *supuración pulmonar*.

4º.) Sobre una vieja supuración se *injerta un cáncer*.

Uno de los elementos clínicos que tiene valor en el diag-



nóstico diferencial y en el diagnóstico de la asociación mórbida, es la modificación, sin causa aparente, del cuadro clínico general; atipia inexplicable en la evolución del proceso supurado o perjuicio muy evidente en el estado general del enfermo, que hasta ese momento se mantenía satisfactorio. En tal situación debe ahondarse la investigación y es cuando debe pedirse la ayuda del radiólogo y del anatómopatólogo. Si es posible se debe intentar la broncoscopia y la extracción de un trozo de tejido conseguido de esa manera para su estudio histológico y también la inclusión del esputo y su estudio anatómopatológico.

Puede ocurrir, que el material extraído por broncoscopia para la biopsia, no corresponda propiamente al territorio invadido por la neoplasia y solo sea la expresión del tejido vecino de granulación inflamatoria banal, no canceroso, que podría contribuir a apartarnos del verdadero diagnóstico. Hoy por hoy, el recurso del estudio en cortes del esputo incluido, que puede mostrar las células blastomatosas en su seno, tiene un gran valor para el diagnóstico cuando es realizado por personas expertas.

Otros cánceres, ya diagnosticados, pueden comenzar a supurar, en cuyo determinismo no sería ajeno el hecho de la compresión que ejerce en los elementos de irrigación sanguínea el propio tumor, que lo llevará luego a la necrobiosis y a la supuración posterior. O también debido al reblandecimiento de la zona vecina atelectasiada o aun por procesos de trombosis de los propios vasos tumorales.

Son sospechosos de procesos neoplásicos, las personas que tienen, en la edad media o madura de la vida, una supuración crónica del pulmón con febrícula en lugar de fiebre a grandes oscilaciones, tos frecuente, con expectoración hemoptoica a veces, accesos de sofocación y disnea desproporcionada con el tamaño del foco pulmonar supurante individualizado, adelgazamiento progresivo, pese a la buena alimentación y dolores torácicos que aumentan en su frecuencia e intensidad.

Radiológicamente puede observarse una imagen cavitaria, con nivel líquido horizontal, como las cavidades del absceso y

otras veces aparece la sombra difusa y uniformemente homogénea, como la de algunos abscesos de ese tipo. En todos estos casos, el estudio repetido y minucioso permite a veces descubrir los detalles sospechosos de malignidad del proceso, como ser lesiones costales, o con el lipiodol bronquial se visualiza una imagen clara de stop, en forma de bronquio *amputado en embudo* o *tapón lipiodolado*, según sea por compresión u obstrucción bronquial de origen tumoral. Otras veces la imagen del proceso neofornativo, puede ser *anular*, cáncer primitivamente excavado, con sombras radiadas sutiles, como un *arco con flecos*, que salen de él excentricamente, como son las descritas por los autores uruguayos citados. Pero no habiendo un signo radiológico de responsabilidad patognomónica, para el diagnóstico diferencial entre cáncer y absceso pulmonar, la duda se deberá aclarar por una parte, con la observación clínica del comportamiento del estado general, la evolución y las complicaciones extrapulmonares de indudable filiación neo-

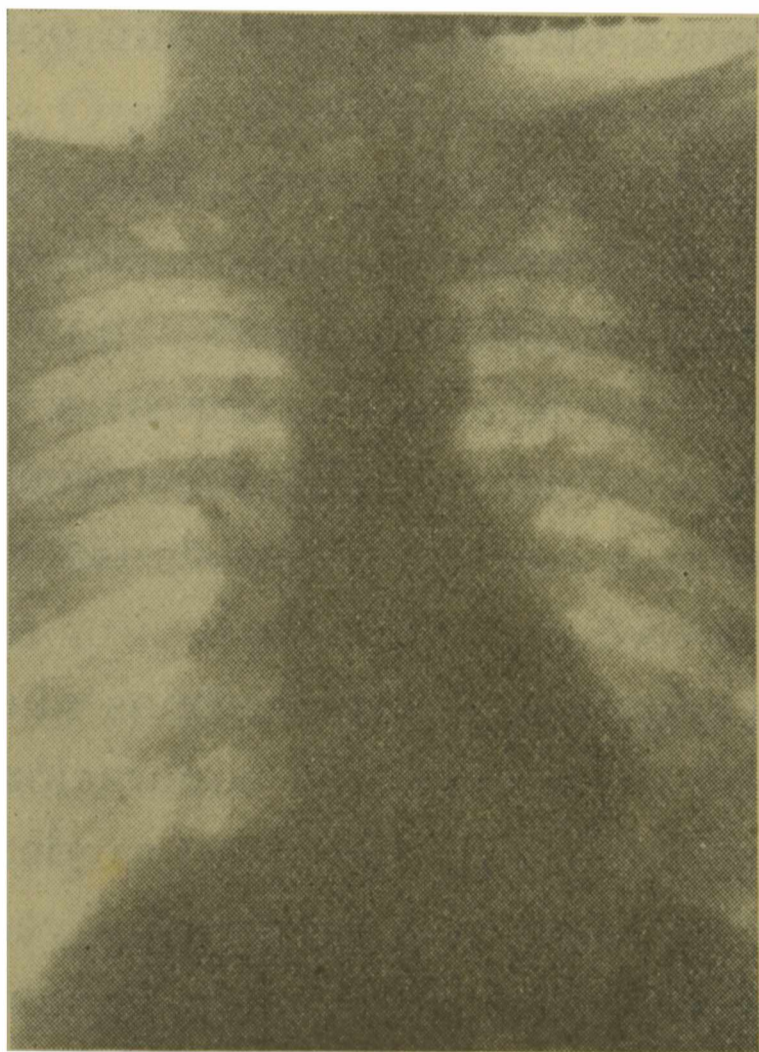


Figura 32

Imagen redondeada de base izquierda con cámara aérea (claridad) en su parte superior interna. Supuración ciónica secundaria que puede hacer pensar en hidatide por su forma. Reacciones biológicas de hidatidosis negativas. (Noviembre de 1939).

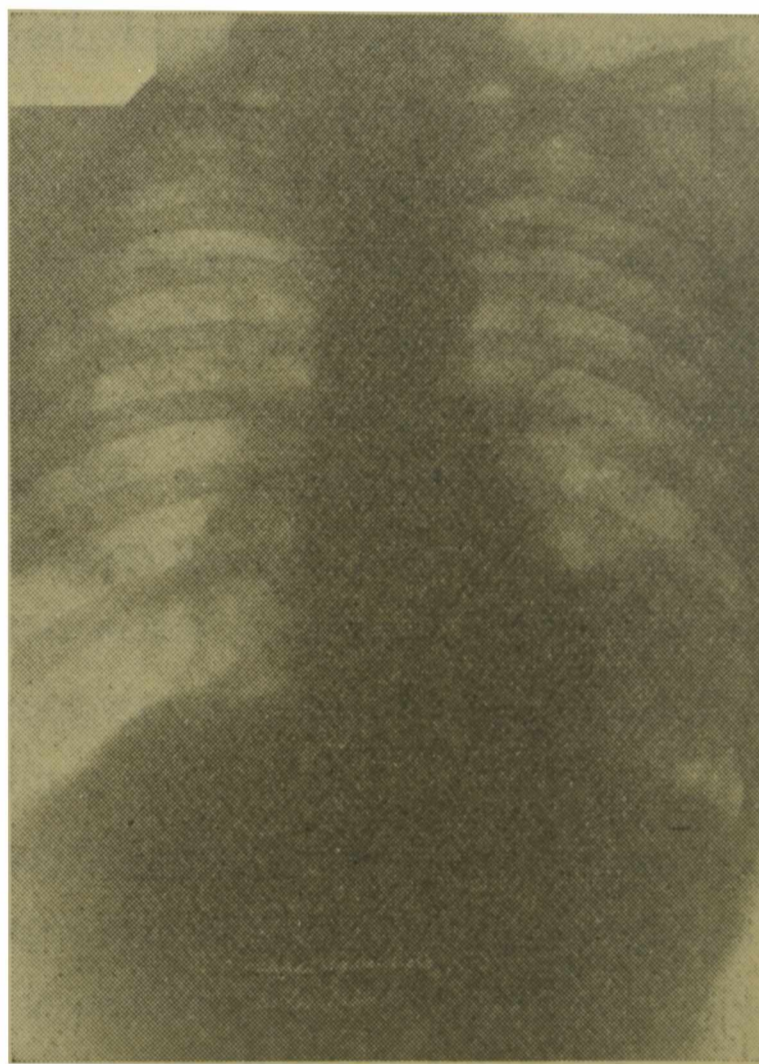


Figura 33

La imagen se aprecia más redondeada, con perfil más neto y sin cavidad. Radiografía obtenida 5 meses después de la N° 32.

plásica y por último con la observación del broncoscopista y la posibilidad de obtener material para biopsia, la broncografía y la anatomía patológica del esputo.

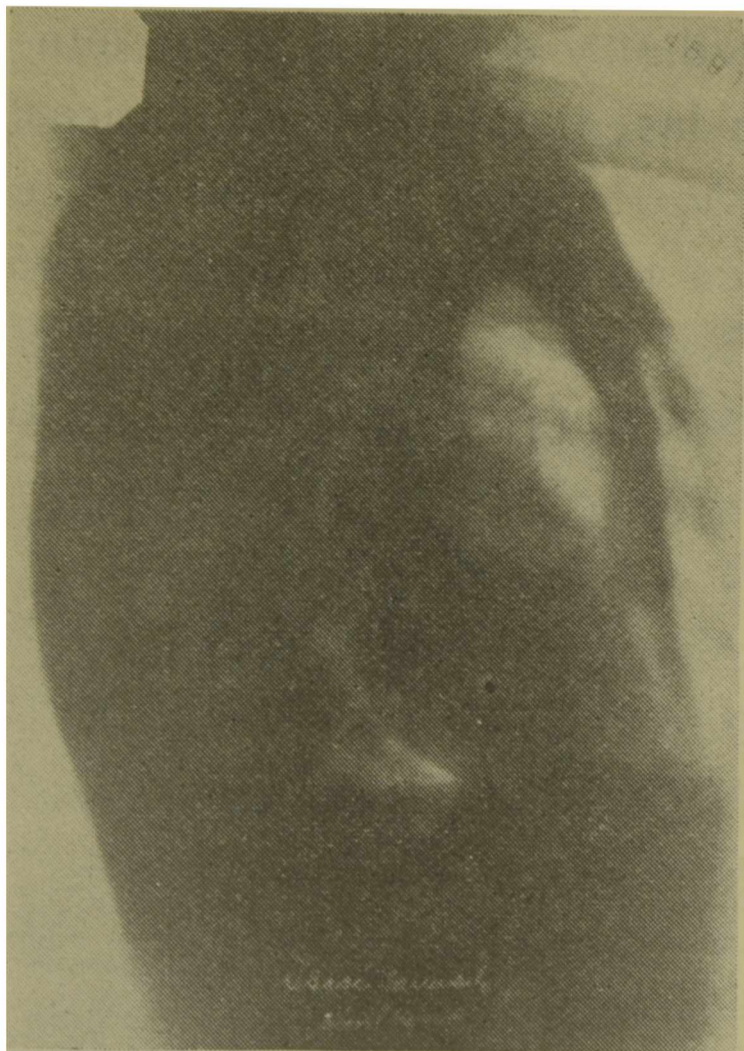


Figura 34

La imagen es obtenida en posición lateral el mismo día de la N° 33. Se nota bien la forma redondeada esférica, retrocardíaca y que se confunde con la columna vertebral.

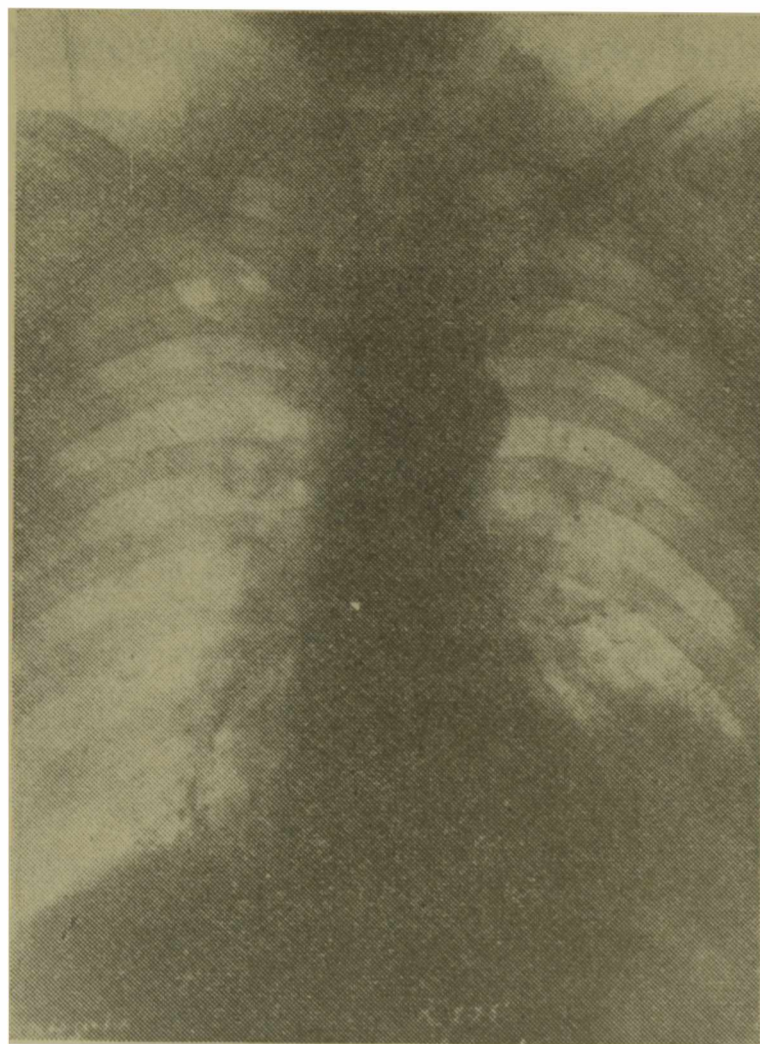


Figura 35

Broncografía con lipiodol un mes después. La cavidad supurante no se llena con el aceite iodado. No hay diastasis bronquial visible en esta placa.

**Nota:** El enfermo fué operado y se estudia el contenido y bordes de la cavidad. (Biopsia).

El *quiste hidático del pulmón* puede ofrecer dudas diagnósticas con el absceso, cuando en su seno ha ocurrido la infección y supurado se ha abierto en un bronquio. Pero, aunque raramente, antes de abrirse, puede ofrecer símil por su forma con el absceso, tal la supuración parahiliar que observamos radiográficamente antes de la vómica y que se ve en las figuras N° 3 a 6.

La forma, tamaño y situación de la cavidad hidática y el aspecto del material que se expulsa, no es característico en periodos avanzados, en que ambas son supuraciones abiertas del pulmón. Los antecedentes que se refieren al carácter de la vómica inicial, color, gusto, consistencia y contenido, pueden

tener valor ante la observación y consignación en la memoria de algunos enfermos. La procedencia de los mismos o su anterior residencia (zonas más infectadas por la tenia equinococo) y el estudio de todos los elementos que completan el síndrome biológico (Cassoni, Guedini y eosinofilia) que aunque pierden fidelidad y valor en las supuraciones hidáticas, deben tenerse muy en cuenta.

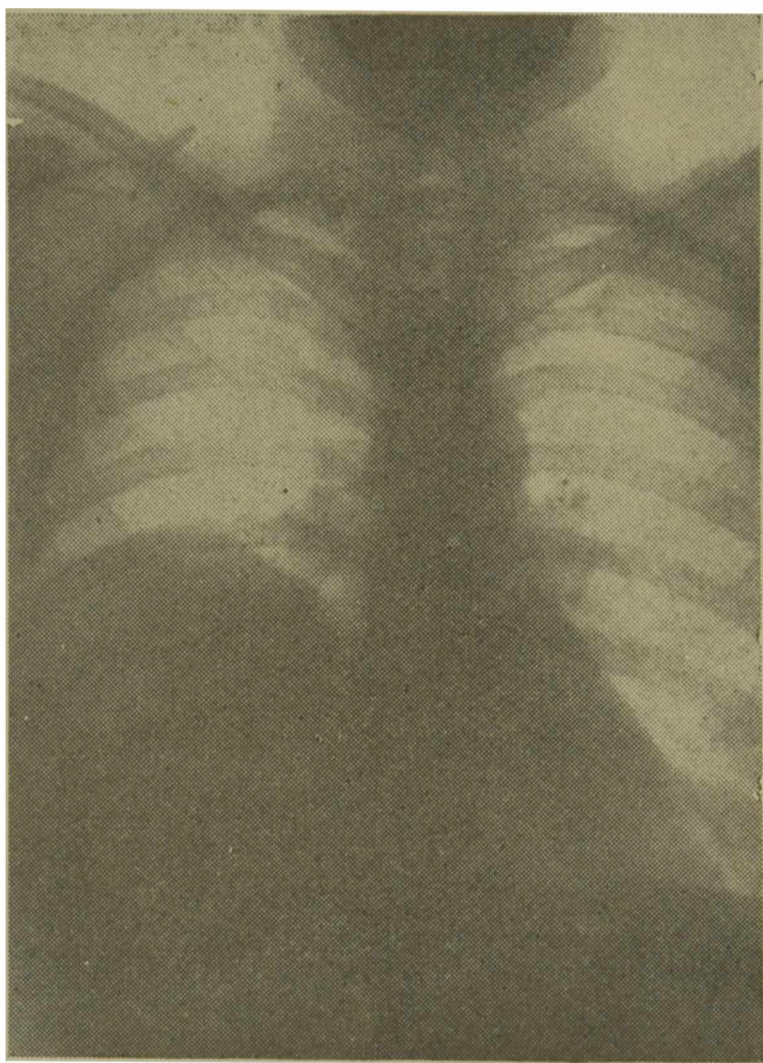


Figura 36

Quiste hidatídico supurado de base derecha. Ingresó con síndrome pleurítico. **Vesículas hijas y ganchos en la expectoración.** Intradérmica reacción positiva intensa al antígeno hidatídico.

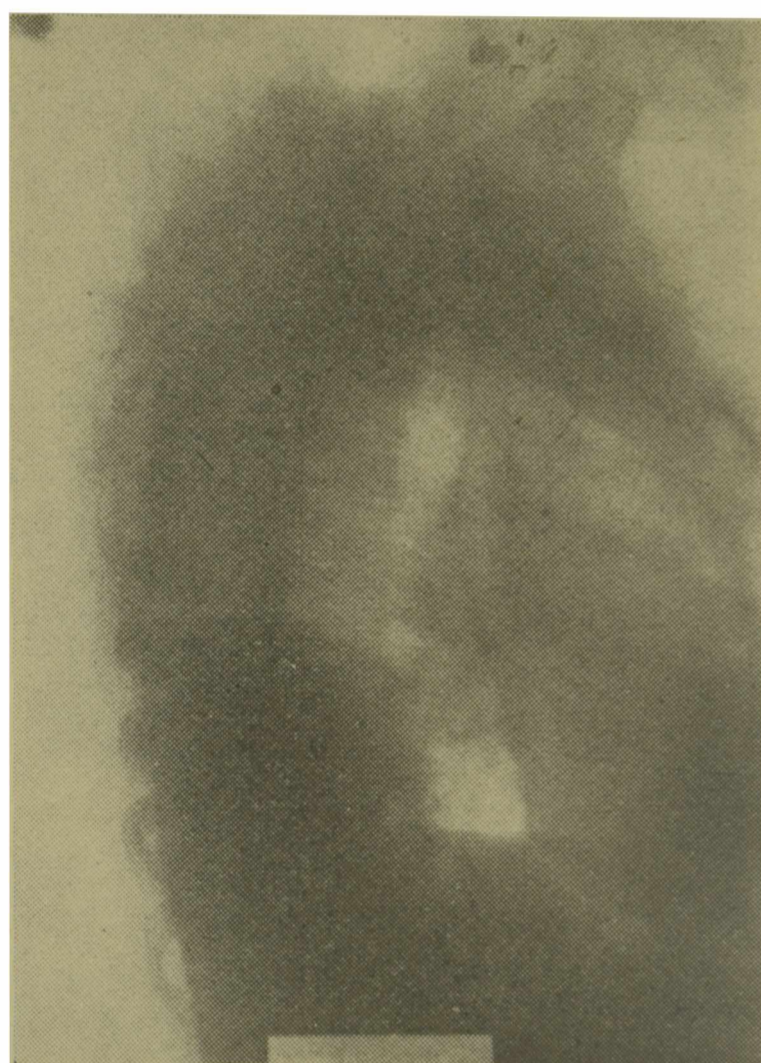


Figura 37

La misma enferma en posición lateral, la sombra redondeada contacta con la columna, obsérvese el parecido con la imagen del caso de las figuras Nos. 32 a 35.

La reacción perifocal y pleural que suele acompañar a la supuración del quiste, contribuye a ocultar la verdadera sintomatología clínica - radiológica del proceso. Observamos, un quiste hidático supurado de base, que ingresa con un síndrome de reacción pleural de la gran cavidad. (Radiografías Nos. 36 y 37). En algunas ocasiones las cosas se disponen de una manera que es posible descubrir signos radiológicos importantes del hidátide tal el "signo del camalote" de Lagos García y Segers, el "signo de la arcada de Lessertisseur" y

siempre buscar en el esputo los típicos ganchos del equinococo, que descubiertos adquieren el valor de un signo patognomónico.

Los *quistes dermoideos* del pulmón, complicados de supuración, hacen a veces difícil su distingo con los abscesos pulmonares, que en algunos casos podrá establecerse, de verdad, al comprobar en la expectoración elementos de tejidos extraños, o pelos o al descubrir en la placa formaciones dentales o trozos óseos, etc. o sospechar su presencia por su forma habitual y su posición generalmente yuxtamediastinal, superior, etc., etc.

Los *quistes congénitos de pulmón*, que según Sergent, Konrilsky y Patalano, cuanto mejor conocidos sean serán más frecuentemente encontrados como causante de supuraciones pulmonares, que aparentan tener un origen primitivo. Suelen tener como característica, la estabilidad llamativa de su diseño que contrasta con la variabilidad frecuente de las sombras absceduales. La imagen hidroaérea está como trazada con compás en el parénquima; por lo que es necesario — según Sergent — saber desconfiar de los abscesos demasiado voluminosos y muy perfectamente regulares en su contorno, a veces doble.

Si la imagen hidroaérea es grande y simula una pleuresía enquistada el signo que las diferencia debe ser buscado en el límite superior de la imagen; arriba del nivel líquido, el no se inicia de la pared costal y en forma de cúpula. Esta diferencia radiográfica ya la buscábamos habitualmente en el servicio de la cátedra y con ella nuestro maestro el Profesor Rossi, hacía el distingo de esa manera entre colección extra e intrapulmonar. Ello muestra que la colección es intrapulmonar, pues la pleuresía enquistada, se desarrolla siempre después de una reacción pleural difusa y su límite superior es arciforme a partida lateral de la pared costal a la cual retrae cuando es antigua.

En los viejos quistes congénitos supurados llama la atención la falta de retracción costal o diafragmática, aun con mal drenaje. No tienen en sus bordes un neto plano de clivaje,

pues allí hay microquistes mucosos cuya extirpación puede dar hemorragias mortales, por su estructura adenomatosa y hay verdaderas alteraciones arteriales esclerosas, que explican las hemoptisis tan frecuentes en su evolución; por lo cual esta alteración es en realidad una "displasia vascular agregada a una displasia brónquica".

A esta altura de la marcha diagnóstica, nosotros nos permitiríamos agregar una 4ª. etapa: *supuración pulmonar no tuberculosa y que no se desarrolla en un proceso preexistente y circunscripto del parénquima*. Quedaría por dilucidar: si la supuración es por agente especial (excluido el Koch por su magnitud clínica) o es una supuración por absceso de pulmón propiamente dicho.

Las *micosis pulmonares*, son de diagnóstico, muchas veces, engorroso con los abscesos de pulmón de otro origen, no solo desde el punto de vista clínico, sino también radiológico y aun bacteriológico. Los pacientes con actinomicosis pulmonar, aparecen con el cuadro clínico de la tuberculosis pero con esputos reiteradamente negativos a la investigación del bacilo de Koch, y si, algunas veces, se puede demostrar la presencia de hongos en los preparados, debe tenerse en cuenta que ellos pueden ser saprófitos de las caries dentarias.

Los caracteres radiológicos no tienen nada de particular que los diferencie y en las formas agudas de micosis pueden aparecer sombras grandes difusas y compactas, tipo lobitis o bien excavadas y en las de evolución crónica, pueden también ser productivo-fibrosas como los abscesos y otros tipos de broncopleuroneumopatía crónica.

El *absceso amebiano*, podrá sospecharse por los antecedentes disenteriformes del enfermo, por los resultados de exámenes coprológicos efectuados con antelación al proceso pulmonar supurado; por haber padecido un proceso hepático congestivo o absceso, que curó con emetina, por el tipo de vómica grande abundante, achocolatada y viscosa, estéril sin amebas, proceso con frecuente y precoz reacción pleural y aun por la prueba terapéutica de resultado feliz con el clorhidrato de emetina; con las reservas hechas al respecto en el ca-

pítulo que describimos esta forma específica de supuración pulmonar.

El absceso a *neumobacilo de Friedlander*, es de invasión precoz y con grandes lesiones destructoras, realizando un verdadero flemón difuso del pulmón, la expectoración es viscosa hemorrágica o marrón y abundante, y en su examen como en el líquido de punción que se pueda obtener del foco, son innumerables los bacilos productores del síndrome, que se identifican en estado casi de pureza.

Por último la *sífilis pulmonar* puede en su forma gomosa, ulcerada y sobreinfectada luego, llegar a simular una abscesación. Ello se debe sospechar al ocurrir el hecho en sujetos con antecedentes luéticos netos o con pruebas serológicas positivas y en los cuales el absceso no responde a las causas más comunes y al descubrir en las placas radiográficas *alteraciones peribrónquicas* con bronquiectasias frecuentes en las bases, tan comunes en la sífilis; bajo forma de cordones opacos

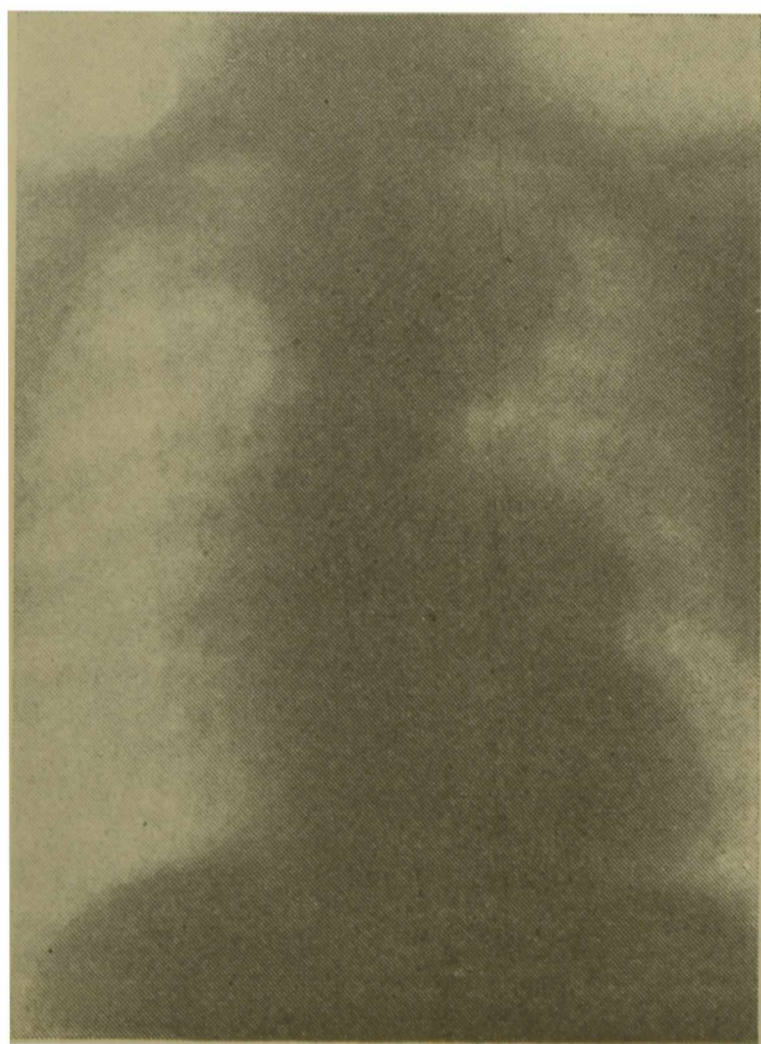


Figura 38

Radiografía que muestra el doble aneurisma aórtico de un enfermo antes de iniciar el proceso supurado del pulmón que determinó su muerte. (Mayo 13 de 1937).

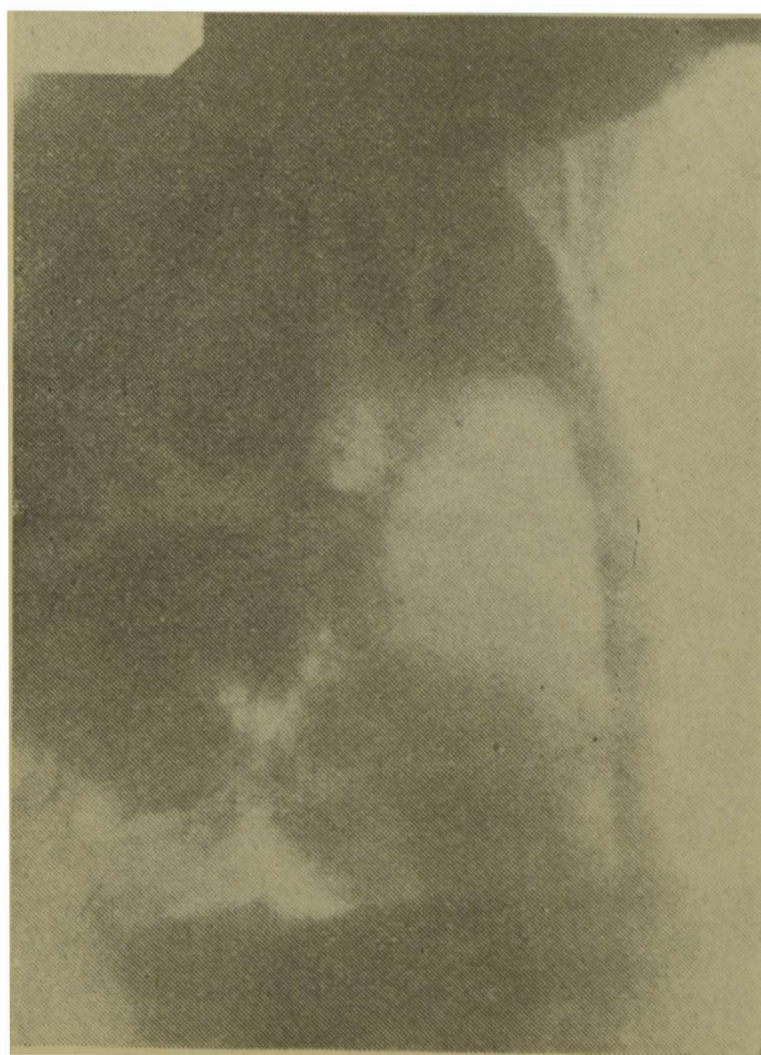


Figura 39

El mismo en posición lateral se puede ver la doble imagen redondeada que aparecía en frontal; en sus relaciones con el mediastino, columna, etc. (Mayo 13 de 1937).

y estrias desordenadas. La sospecha cobrará valor frente al resultado del tratamiento de prueba antisifilítico instituido.

Con esto creemos llegar a la 5ª. etapa o final del diagnóstico: *absceso de pulmón propiamente dicho*, (excluidas las supuraciones específicas tuberculosas y las agregadas a otros procesos pulmonares y aun extrapulmonares). Quedaría aún, para terminar hacer el diagnóstico de la forma clínica del absceso, (6ª. etapa), su diagnóstico topográfico exacto (7ª. etapa o de importancia quirúrgica) y el diagnóstico patogénico y etiológico (8ª. y 9ª. etapa) cuando ello es posible; para lo cual nos remitimos a capítulos anteriores a fin de no entrar en repeticiones inútiles.

Realmente interesante es el caso observado por el Prof. Rossi de: doble aneurisma aortico y absceso redondeado pulmonar, (tesis del Dr. M. Chaneton) dando una "triple sombra redondeada intratorácica".



Figura 40

El mismo caso de las fig. 38 y 39. En el borde del campo pulmonar derecho comienza a aparecer una sombra casi redondeada y tenue. Radiografía del 30 de octubre 1937.

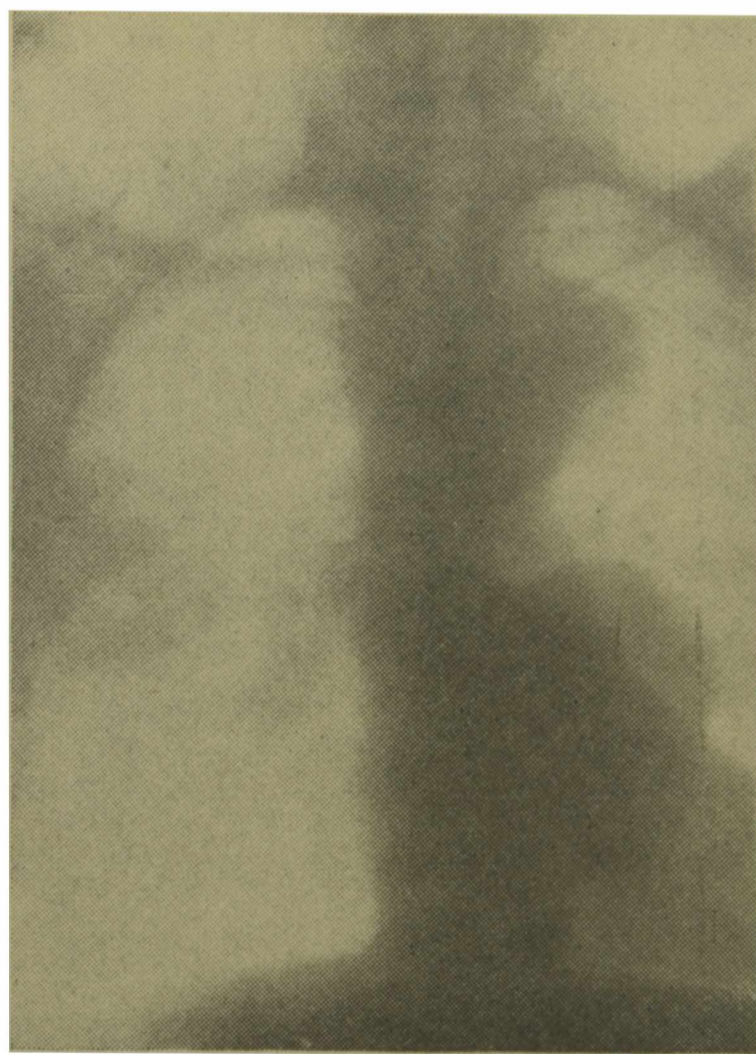


Figura 41

La sombra se ha redondeado y agrandado netamente, dos semanas después y parece que avanzara hacia el mediastino, presentando una excavación y dos pequeños niveles líquidos. Radiografía del 14 de noviembre de 1937.



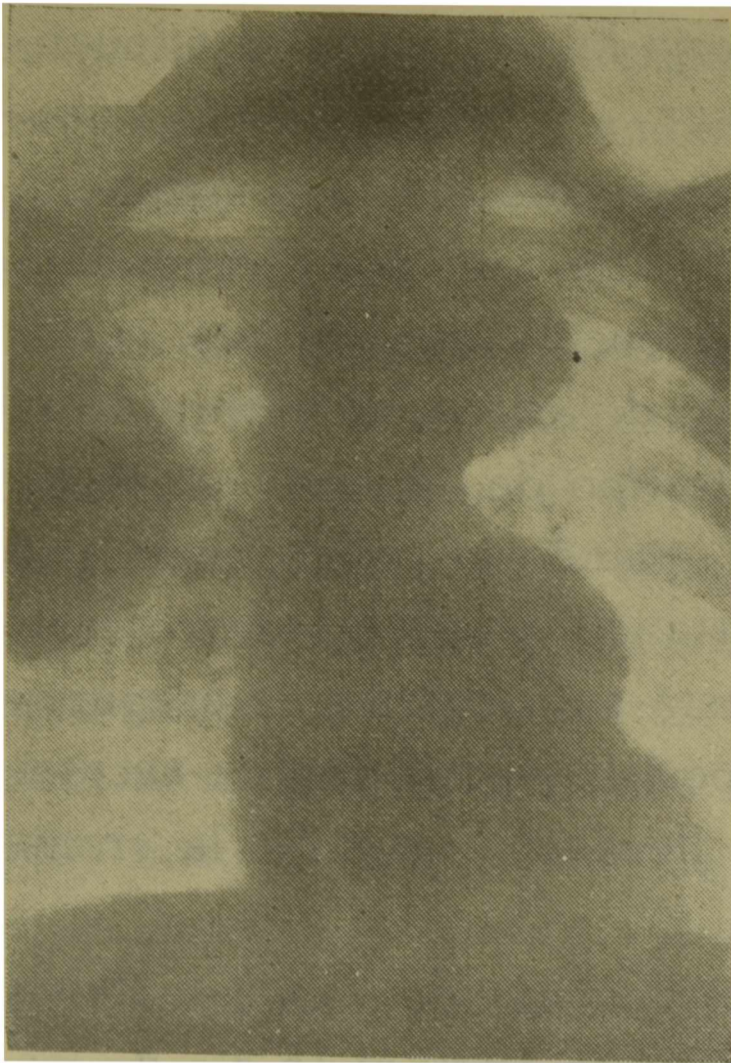


Figura 42

Veinte días después la sombra siempre redondeada casi tiene contacto con el mediastino, en su cuadrante superior de aire. En el perfil izquierdo superointerno nivel líquido y cámara cardíaca tres arcos redondeados, doble aneurisma y ventrículo izq.

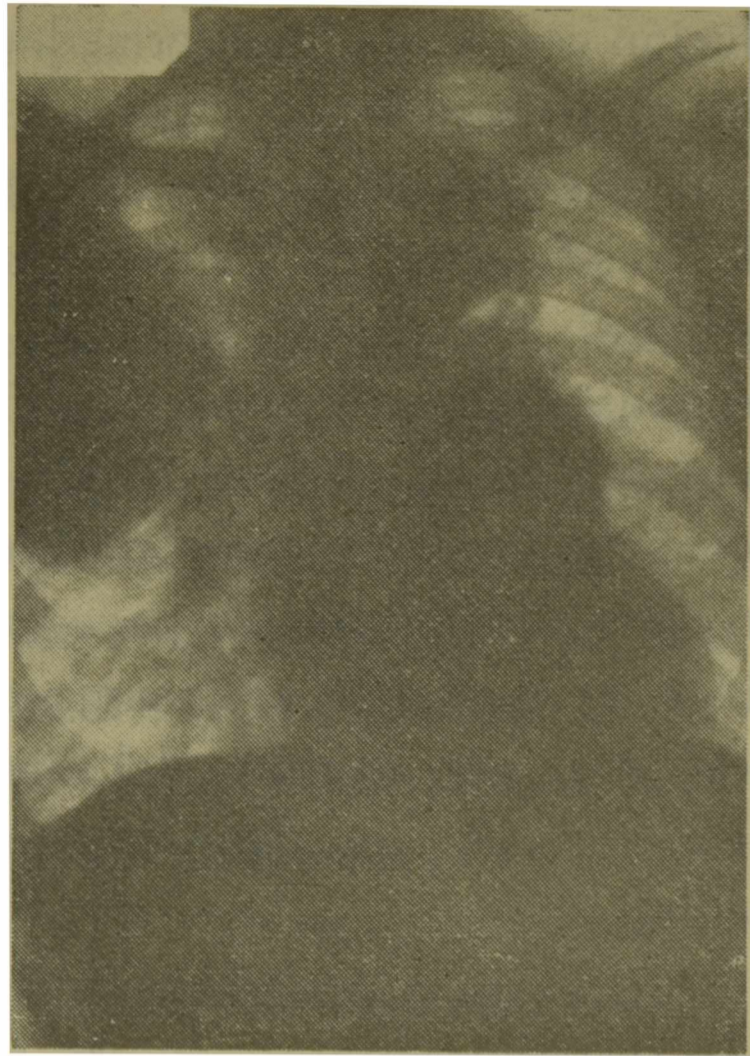


Figura 43

La sombra pulmonar derecha tiene ya contacto con mediastino y es mayor aún diez días después. Esa tarde fallece y la necropsia comprueba **doble aneurisma aórtico y absceso pulmonar.** "Triple sombra redondeada intratorácica", una de las cuales por su forma y evolución hacía pensar en neoplasia abscedada. (Tesis del Dr. Mario Chanetón).

## EVOLUCION

Tratándose de una enfermedad tan proteiforme en su sintomatología y en sus formas clínicas, con pasaje insensible de una hacia las otras, es lógico pensar que todo intento de clasificación será más bien esquemático o didáctico que de verdadera existencia real y con diferencia tajante y será lógico pensar también que trazar un esquema general de la evo-

lución común de la enfermedad, sería tal vez tarea vana, cuando no imposible.

La evolución común del absceso agudo, llamado simple en la clasificación de Trincas, es de una marcada benignidad general; tan es así, que para los mencionados autores, curan espontáneamente en un 40 a 50 o|o de los casos, y para otros autores, hasta el 60 y 70 o|o. Este tipo de absceso se suele vomicar precoz y completamente, cuando la reacción de sus tejidos vecinos son de poca importancia y sobre todo reversibles, pero cuando el drenaje no está suficientemente asegurado viene una reacción del tejido periabscedual, con su necesaria fibrosis, que de prolongarse lleva el proceso a la cronicidad.

El absceso inicialmente fétido, después de vómicas abundantes, puede curar espontáneamente en el 10 al 15 o|o de los casos. Al decir espontáneamente ampliamos la expresión en el sentido de involucrar allí también la cura medicamentosa que corrientemente se hace en estos casos (sulfoamida-alcohol-benzoato de sodio-vacunas-sueros-arsenicales y emetina). Pero hay dos hechos que consignar para el criterio general: a) no es posible frente a un absceso agudo hacer sólo expectación y b) decir si el éxito que se ha alcanzado debe anotarse a la terapéutica instituída o a la curación espontánea del caso.

Cuando este tipo de absceso no regresa francamente y en *pocas semanas* no se vislumbra su curación, abandonado así mismo, se transforma en tipo gangrenoso o crónico.

Los abscesos gangrenosos agudos son de evolución más grave y complicada que los anteriores, en ellos se destaca el cuadro destructivo y necrotizante del pulmón, que dando lugar a la formación de secuestros pulmonares, dificultan el drenaje bronquial y la curación por vía natural y que mientras existan y no se eliminen o extraigan, hacen imposible la curación médica o la espontánea. Los procesos supurativos crónicos, llevan a la esclerosis, que es el estigma que los identifica, eterniza y hace incurables. Los portadores de abscesos crónicos, son enfermos debilitados que están sujetos a períodos de

reagudización de su enfermedad por factores intrínsecos infecciosos agregados, o ambientales, variaciones del tiempo, profesión, etc., y que abandonados a su propia evolución no son pasibles de curación.

Las enfermedades intercurrentes, o la tuberculosis, diabetes, etc., vienen a complicar la situación, cuando no son las complicaciones, como el absceso cerebral que terminan con los enfermos; la amiloidosis renal o generalizada. La cirugía pulmonar, hoy en franco progreso, se está encargando, con sus renovados y atrevidos éxitos, de modificar, en parte, la evolución inexorablemente crónica y fatal, que tenían hasta hace poco tiempo, estas formas de abscesos pulmonares.

*Complicaciones.* — Las complicaciones de los abscesos pulmonares son múltiples y variadas. Produciendo lesiones en el sitio de su formación, focales, con diversos tipos de reacciones, que alteran y destruyen el tejido conectivo del parénquima pulmonar, lesionando los vasos sanguíneos que lo surcan, hasta dar lugar a *hemoptisis*. La inflamación sostenida de estos tejidos, produce reacciones de esclerosis retráctil, que alteran la disposición, forma y tamaño de los bronquios regionales, lo que da lugar a verdaderas *bronquiectasias secundarias* al proceso supurado, que a su vez avanzando en los planos siguientes hacia la periferia de la corteza pulmonar, podrá producir diferentes alteraciones en las hojas pleurales que importan complicaciones que asumen el carácter de *pleuresías de la gran cavidad o cisurales o tabicadas exudativas serosas o purulentas o productivas retráctiles*.

Tampoco está libre de ser alcanzada la serosa pericárdica y dar lugar a una *pericarditis*. También, fuera de su foco, el absceso pulmonar es capaz de originar complicaciones a distancia, como ser los *abscesos metastáticos en el cerebro* o las lesiones osteo-articulares tan frecuentes en los *dedos de las manos*.

Las hemoptisis, que, para Kindberg, se presentan en el 80 o|o de los casos, son, para otros muchos autores, de menor frecuencia en su observación. Pueden ser discretas al comien-

zo del absceso y especialmente siguiendo o precediendo a la vómica, o bien acompañan mucho tiempo a una expectoración fétida de un absceso crónico, (caso personal) y dan un aspecto particular a la expectoración muy purulenta y sanguinolenta a la vez (crema achocolatada), o son de sangre pura y abundante por rotura de vasos frágiles de neo-formación, que pueden llegar a poner en peligro la vida del enfermo, obliga a hacer en ellos una intervención de hemostasia, que luego será seguida, en un segundo tiempo, de la lobectomía.

Las lesiones osteoarticulares son de común observación en los portadores de una supuración crónica del pulmón y también se presenta en las neoplasias del mismo órgano el síndrome de Bamberger-Marie, también llamado osteoartropatía hipertrofiante néumica, con lo que define el tipo de lesión que radica por lo común en la falange ungueal de las manos, dando el clásico dedo en *palillo de tambor*, pero que puede tomar otras regiones. Estas lesiones, se caracterizan por el hecho de que pueden aparecer con relativa rapidez subsiguendo a la constitución del foco pulmonar, y cuando acompañan a este proceso resisten a todo intento de terapéutica local, aunque son capaces de regresar por completo, después de obtenida, por algún medio, la curación del absceso. Esto hace pensar que sus lesiones son reversibles. A veces el síndrome evoluciona con dolores en varias articulaciones, con el verdadero carácter clínico del reumatismo infeccioso o focal.

La laringitis, acompaña con frecuencia a los abscesos de naturaleza pútrida y solo se nota un espesamiento no ulcerativo de las cuerdas vocales, con enroquecimiento de la voz, proceso que es benigno en si aisladamente y de cuyo tipo observamos un caso, recientemente, en un absceso metastático post-laparotomía séptica.

El foco pulmonar puede ser origen o punto de partida de bacteriemias y aun septicemias y por este mismo mecanismo, sin duda, es como se producen los abscesos metastáticos cerebrales, complicación por la cual perdimos un enfermo de absceso crónico, de dos años de evolución, que reingresó con grave estado infeccioso general, confusión mental y signos fo-

cales cerebrales, que dieron rápida cuenta del paciente en pocos días.

Las complicaciones pleurales son frecuentes y debidas a la vecindad mayor o menor con el foco pulmonar. Puede ser una pleuresía reaccional, tipo serofibrinoso o a líquido turbio, que luego se hace purulento por perforación directa del foco en pleura, lo que suele anunciarse por un dolor intensamente dramático o hacerse por el contrario lentamente y casi indoloro. Otras veces, la pleuresía es tabicada y ambas formas pueden ser acompañadas de penetración de aire, pnoneumotórax enquistado o total. La punción explorada hecha en los días del diagnóstico dudoso, puede ser en algunas ocasiones la culpable de la complicación pleural, por lo que, si se sospecha la existencia del absceso, se debe prescindir de la punción pleural. La complicación se sospechará al aumentar el dolor de costado en la región torácica correspondiente, al hacerse más dificultosa la respiración del enfermo, al disminuir la cantidad expectorada durante varios días seguidos; por el repunte febril y el empeoramiento del estado general, y finalmente por la comprobación de los signos físicos del derrame; sospecha que la radiología corroborará al aparecer un velo que oculta la imagen anterior y que la punción ahora comprobará definitivamente.

En algunos casos, la sintomatología pulmonar del absceso ha sido poco manifiesta y solo se presenta la enfermedad como una pleuropatía pseudoprimitiva que conviene aclarar, pues si el enfermo es tratado como portador de un empiema simple, se corre el riesgo, desconociendo su verdadero origen pulmonar, de hacerle daño por la terapéutica elegida.

Para reconocer el verdadero origen abscedual de estas pleuresías purulentas pseudoprimitivas, debemos tener en cuenta estos hechos: a) el empiema; b) expectoración abundante, purulenta o fétida que ha precedido a su formación; y c) presencia de gas en la pleura (signo de mayor certeza del verdadero origen del pus pleural).

Pueden presentarse en la evolución de los abscesos pulmonares, pleuresías mediastínicas anteriores o posteriores, su-

periores o inferiores, las cuales se reconocerán por sus signos clínicos y radiológicos que les pertenecen y se debe, tener en cuenta la peligrosidad de las punciones en determinadas zonas del tórax a explorar.

La serosa pericárdica invadida por la infección reaccionará con un derrame seroso o purulento, según el modo de ser alcanzada; y la presencia de frotos, alejamiento de los tonos, la cianosis, ingurgitación venosa del cuello, hepatomegalia, ortopnea, opresión, taquicardia, caracteres del pulso y la silueta radiológica nos dá la razón de los hechos observados.

En cuanto a las bronquiectasias como complicación de los abscesos pulmonares, son muy frecuentes en las formas crónicas, constituyendo ellos los llamados abscesos bronquiectásicos y sobre cuya patogenia y caracteres clínicos y broncográficos no volveremos, para no repetir sobre temas ya tratados con anterioridad.

#### PRONOSTICO

Nada más difícil de formular que el pronóstico, dada la desconcertante diferencia evolutiva de cada caso de absceso de pulmón que observamos. A éste respecto dice Kindberg: “nosotros hemos visto grandes destrucciones parenquimatosas repararse espontáneamente y por otra parte hemos visto focos mínimos, eternizarse, recaer y agravarse progresivamente y traer la muerte”.

En general, el absceso agudo simple, ya dijimos, cura en un apreciable número de casos y entre ellos están también incluidos algunos casos de abscesos inicialmente pútridos con evolución favorable. Los agudos gangrenosos pueden curar con una terapéutica quirúrgica tempestiva y adecuada; pero son siempre graves y de pronóstico reservado, tanto mayor la reserva cuanto mayormente desfavorables sean las condiciones del terreno en donde al mismo le toca evolucionar y desarrollarse (diabetes, alcoholismo, cardiopatías, etc.).

Es necesario ser muy parco, antes de pronunciar la palabra *curación definitiva*, y recordar las exigencias mínimas del síndrome o triada de seguridad de Sergent que hemos consignado en páginas anteriores.

Y aun, debemos agregar las frases de Archivald, al referir que las *mismas observaciones* de abscesos pulmonares son frecuentemente tenidas en cuenta dos veces. la *primera* como *curación* por el médico que atendió el enfermo, y la *segunda* como cronicidad o incurabilidad para la estadística del colega consultado después.

Los abscesos crónicos son siempre graves y mientras la cirugía no sea de aplicación más corriente y de menor gravedad, deberíamos hacer pronósticos muy severos frente a estos casos.

El pronóstico inicial de todo absceso pulmonar debe ser siempre reservado; se fundamenta esto, al estudiar la evolución común y general de todos los casos. A las pocas semanas de evolución, las placas radiográficas seriadas obtenidas, nos informarán sobre la marcha del proceso y si allí vemos una franca *regresión* o *involución* del proceso, haremos el pronóstico más benigno; si por el contrario vemos que se *extiende* y *evoluciona* en más, haremos un pronóstico más severo y será el momento de no esperar *plazos determinados* y tomar una resolución que podrá ser salvadora. Así, una involución nos mantendrá en una conducta médica y una franca evolución nos acercará a una conducta quirúrgica. Por lo común, son factores de mejoría previsible, la vómica grande, precoz y seguida de buena evacuación, la presencia de neumococos o gérmenes banales, el terreno libre de taras mórbidas y la juventud del enfermo, y por el contrario, son factores de peoría la presencia del Friedlander, espiroquetas o anaerobios, la fetidez, las vómicas incompletas, los grandes dolores torácicos, el grave estado general y las taras mórbidas del sujeto en el cual se desarrolla el proceso.

Dos esperanzas campean en el firmamento del pronóstico de esta interesante afección que nos ocupa, una de ellas, es sin duda, los grandes progresos de la cirugía moderna, con la

buena preparación de los enfermos, el diagnóstico precoz, la atenta observación de la evolución, la elección del momento oportuno para la intervención, el material e instrumental moderno más adecuado, el post-operatorio perfectamente atendido y la mayor destreza y eficacia siempre creciente de nuestros grandes cirujanos, y el otro es, el descubrimiento y la aplicación de un nuevo tratamiento muy racional que pertenece a dos médicos argentinos y que como homenaje a uno de sus autores, nuestro distinguido maestro y amigo el Profesor Mariano R. Castex, comentaremos, aunque con ello nos pongamos al margen del tema elegido, en un capítulo especial que llamaremos, dado su gran significado:

#### NUEVOS HORIZONTES TERAPEUTICOS

No estaba en nuestro plan, dada la amplitud y complejidad del tema, y el ángulo desde el cual nos propusimos enfocarlo, intentar examinar las diferentes modalidades del tratamiento del absceso pulmonar. El problema de su tratamiento es, hoy por hoy, uno de los asuntos mas complejos, difíciles, debatidos, engorrosos, renovados y desalentadores, de la medicina de nuestros días.

Bástenos referir, que en el tratamiento de esta proteiforme enfermedad, se han usado los más diferentes y discordantes medios de que dispone la quimioterapia, desde las viejas pociones creosotadas hasta toda la gama de modernos preparados sulfamídicos. Se han intentado todas las vías accesibles a la incorporación de medicamentos, la bucal, bronquial, intramuscular, venosa, etc. Desde el clásico stock-vacuna hasta la moderna seroterapia antineumocócica y antigangrenosa, pasando por la ingeniosa autopioterapia de L. Bernard y Pellissier.

La física también hizo su aporte, tanto con el simple drenaje postural como con el pneumotorax artificial; la broncoscopia y bronco-aspiración y las ondas cortas. La cirugía me-



nor con la frénico-exéresis hasta la gran cirugía torácica con las amplias y difíciles neumectomías.

Pero, con todo esto, el práctico queda perplejo y duda muchas veces ante un nuevo caso de absceso pulmonar, frente al problema que plantea la incierta y variada evolución de la enfermedad. Es una resolución muy seria indicar una intervención quirúrgica precoz para un enfermo, en el que, todavía cabría esperar la curación espontánea y es grande la responsabilidad que se toma al hacer solo expectación ante un enfermo que deba ser necesario, más adelante, entregar presto al cirujano.

Dentro de esa amplia constelación de astros terapéuticos creemos que en estos momentos hace su aparición uno nuevo, de primera magnitud, que a pesar de que conocemos recién su anuncio, lo presentimos de emplísimas proyecciones futuras, dados sus fundamentos experimentales y clínicos; nos referimos a la terapéutica por *nebulización de sustancias medicamentosas de Castex y Capdehourat*.

Los autores mencionados han ideado, mediante un aparato nebulizador de su invención, dividir muy finamente las partículas medicamentosas suspendidas en vehículo líquido adecuado o incorporarlas así, en esa forma, al árbol respiratorio enfermo.

Previamente, con Pedace, han comprobado, experimentando en animales, que las partículas diversas nebulizadas en líquidos varios, llegan a todos los ámbitos del pulmón y las han podido comprobar por estudios histológicos en los alveolos, en sus paredes limitantes y en los vasos vecinos.

Está también demostrado que no hay parte de pulmón, por recóndita que ella sea, que quede excluida de la acción de la substancia así nebulizada. Se ha estudiado también la importante función que desempeña el vehículo líquido que contiene el fármaco disuelto, para la mayor o menor rapidez de la absorción y el tamaño de las porciones, que al penetrar no provoquen reflejos expulsivos o molestos al paciente.

Como se vé, éste *nuevo procedimiento físico*, que permite una nueva y más eficaz *quimioterapia*, da lugar a una serie de

sugestiones de orden terapéutico que deben considerarse de trascendental importancia, para el tratamiento eficaz de las afecciones del aparato respiratorio, como la que nos ha ocupado en este trabajo.

En una posterior comunicación, los autores mencionados, con Lavarello, dan la técnica detallada y completa de la *nebulización* a la cual remitimos al lector interesado en su mejor conocimiento. (Prensa Médica Argentina, N<sup>o</sup>. 52, año 1940).

Allí se refieren minuciosamente a una serie de cuestiones relacionadas con su aplicación: posición adecuada del paciente, vehículo óptimo para el nebulizado, concentración tolerable y a la vez eficaz, cantidad, ritmo, frecuencia de las sesiones, densidad y temperatura de la mezcla, ritmo y forma de respirar el paciente, presión del proyector, cantidad y calidad de las gotas, tolerancia del enfermo y reacciones medicamentosas locales y cercanas posibles de las mucosas, vía de incorporación habitual, toilette anterior a la sesión, momento oportuno y cuidados posteriores a las mismas.

Los medicamentos así incorporados invaden el torrente circulatorio y con él son aprovechados por todo el organismo, de la misma manera que el oxígeno se incorpora en el alveolo pulmonar. Deducen los autores que la incorporación por esta vía, equivale a una inyección intracardiaca y por otra parte, los medicamentos han sido encontrados en la orina y sangre periférica.

Preferimos transcribir algunos párrafos originales para que el lector juzgue mejor las proyecciones de estos nuevos horizontes terapéuticos, abiertos al tratamiento de abscesos pulmonares. “Desde las primeras aplicaciones la mejoría que experimenta el paciente, se hace evidente y se comprueba que la fetidez de la expectoración en los procesos supurativos o pútridos del pulmón, desaparece completamente, hecho de gran importancia para el enfermo y el medio que lo rodea, la tos irritativa disminuye primero y desaparece después, lo que trae un gran alivio al enfermo porque no lo fatiga y no le interrumpe el sueño, la cantidad de la expectoración decrece gradual y progresivamente, haciéndose más aereada y muco-

sa, los espasmos ceden al igual que la disnea, el apetito reaparece, el enfermo se desintoxica y el estado general mejora”.

“Estamos convencidos de que con las nebulizaciones reiteradas, es posible evitar la sucesiva formación de nuevos focos infecciosos broncopulmonares de tan frecuente observación en el curso evolutivo de los procesos supurados del aparato respiratorio. Así ha sucedido en todos los casos de supuraciones pulmonares tratados por nosotros, en los que el medicamento nebulizado por la corriente de aire, llega a la profundidad alveolar y desinfecta los territorios indemnes poniéndolos a cubierto de ulteriores ataques microbianos, haciendo un verdadero bloqueo de la parte enferma”.

“La facilidad de la técnica y la absoluta tolerancia por parte de los pacientes a las sustancias nebulizadas, nos permite preconizar su aplicación, destacando desde ya que, en nuestra corta pero fructífera experiencia, no hayamos comprobado jamás la menor molestia provocada por los medicamentos administrados por esta vía, ni siquiera contratiempos triviales, imputables al mal gusto o al olor desagradable de las sustancias empleadas”. Luego se refieren a la difusibilidad extraordinaria del producto nebulizado, que le permite insinuarse hasta la intimidad de los procesos pulmonares supurados, bloqueados en su fase inicial y aun en la magma fibrosa cicatricial, causa de cronicidad de estos procesos, que estas nebulizaciones no constituyen jamás obstáculo alguno para la buena hematosis, por lo que los disneicos las toleran perfectamente.

Por último, concluyen así: “Réstanos decir que muy pronto empezaremos a publicar los primeros casos tratados, agregando por ahora que tenemos ya en nuestra casuística una observación de sorprendente curación, que de repetirse, cambiará, a no dudarlo, la terapéutica clásica seguida hasta la actualidad en estos casos y, lo que es más importante modificará su pronóstico, haciéndolo más favorable, pues hará de esta afección muchas veces grave y mortal, y otras no menos numerosa de curso crónico, tenáz y rebelde, un proceso completamente curable en relativo corto plazo, salvo que alguna

contingencia mórbida, tan frecuente en los procesos de larga duración, interrumpa su curso evolutivo y ocasione el deceso del enfermo o el proceso sea secundario a otro localizado a distancia. Nos referimos a las supuraciones pulmonares, de observación cada vez más frecuente en nuestro medio''.

Estas afirmaciones tan categóricas, llenan, al espíritu más exigente, de fundadas esperanzas, por las razones que exponen los autores, de orden experimental, fisiológico, clínico y terapéutico, por la seriedad de la investigación emprendida y por la solvencia del centro de donde procede. Ellas se comentan por sí solas y justifican su inclusión amplia y exacta en este trabajo. De todo ello se deduce que el nuevo método introducido en la terapéutica médica, puede llegar a terminar con la supuración crónica del pulmón, cuando se pueda instituir precozmente, y en todos los medios, esté al alcance de todo médico práctico.

#### CONSIDERACIONES FINALES

Hemos examinado, en el curso de esta contribución al estudio de los abscesos pulmonares, todas las cuestiones clínicas y radiológicas que se relacionan con la sintomatología y conducen al diagnóstico en sus diferentes modalidades.

Después de haber examinado y comentado algunas de las diferentes clasificaciones existentes de las supuraciones broncopulmonares, y después de reconocer lo difícil de hacerlas, y con un concepto amplio e integral del tema, en sus aspectos, patogénico, etiológico, radiológico y terapéutico, presentamos, a manera de ensayo, una clasificación personal manifestando desde ya, que como todo intento, es susceptible de modificarse y dista mucho de ser completa e inobjetable. Ella es:

SUPURACIONES BRONCOPULMONARES	Abscesos pulmonares (Trincas)	Agudos	{ inicialmente fétido gangrenoso simple	
		Crónicos	{ primitivos secundarios	
	Supuraciones específicas	Neumobacilo Friedlander Tuberculosis Amebiasis Sífilis Micosis		
	Supuraciones secundarias (a procesos preexistentes y circunscriptos).	Cáncer supurado Bronquiectasia abscedada	Quistes	{ Hidatídico Dermoides Congénitos
		Agenesia supurada		

Mantenemos la designación genérica de supuraciones broncopulmonares, puesto que el material purulento exteriorizado puede tener origen, ya en el propio pulmón, ya en los bronquios, lo que permitiría definir estos procesos de supuración broncopulmonar, como *todo proceso del árbol broncopulmonar que colecte y evacue material purulento*.

Hacemos una primaria subdivisión en tres grupos: 1º.) *Abscesos pulmonares*, que podríamos también llamarlos propiamente dichos o puros; quedando comprendidas las supuraciones exclusivamente pulmonares y primarias en el sentido de la definición limitativa de Sergent y siguiendo la subdivisión con la modalidad ya conocida de Trincas, de la cual, sin embargo, segregamos la bronquiectasia abscedada.

En esta primera parte estarían comprendidos los verdaderos abscesos del pulmón, en sentido restrictivo, los que nacen y se desarrollan en el seno de un pulmón anteriormente sano. Separamos la bronquiectasia abscedada, porque creemos, que siendo lo primero la cavidad bronquial preformada, el absceso

es en realidad su complicación más frecuente, lo que le hace perder su individualidad clínica o autónoma y nos lleva a colocarla en el tercer grupo.

Luego distinguimos las *supuraciones específicas* del parénquima pulmonar, que comprenderían aquellas colecciones que se desarrollan en el pulmón propiamente dicho y anteriormente sano; pero tienen una personalidad bien definida clínica y etiológicamente consideradas, que les llega a conferir el derecho de ciudadanía en la nosología de las neumopatías.

Es el caso de enfermedad que asienta en cualquier otro órgano, también y que por razones especiales no siempre bien dilucidadas, anida un foco supurado en el pulmón; tal el absceso amebiano, o bien otros de frecuente localización pulmonar, pero que, su forma clínica especial, asume carácter francamente supurante, tal la tuberculosis supurada pulmonar; o bien un determinado germen, por su especial gravedad evolutiva, merece ser considerado aparte, tal el caso del absceso neumobacilo de Friedlander. Por último, agrupamos en tercer lugar, las *supuraciones secundarias*, calificadas así, porque traducen la abscedación de procesos preexistentes y generalmente circunscriptos en el pulmón con anterioridad a la supuración. Tal el caso de la bronquiectasia supurada de otros autores, las diversas formaciones quísticas que han sufrido la transformación purulenta y los cánceres abscedado del pulmón.

Con una amplia mirada de conjunto, se comprende que, agrupando de esta manera los procesos supurados pulmonares, realizamos nuestra clasificación con un criterio clínico evolutivo, en algunos aspectos con posibilidades etiológicas y con repercusión pronóstica y miras a las posibilidades terapéuticas. Agregaremos, como corolario que: en el *primer grupo* (abscesos), lo principal en todo sentido, es la enfermedad o proceso local pulmonar, con su correspondiente repercusión general, que es siempre presente e innegable; en el *segundo grupo* (supuraciones específicas), lo interesante y principal es en realidad la enfermedad general o agente etiológico específico que ha producido en el pulmón el foco eventual a corre-

gir o hacer desaparecer, para lo cual contamos en la mayoría de los casos con el conocimiento de la causa y el tratamiento específico correspondiente: sífilis, tuberculosis, amebiasis, micosis, etc.

En el *tercer grupo* (supuraciones secundarias) lo principal del problema clínico-terapéutico, es sin duda alguna, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o *proceso pre-existente* a la supuración en el pulmón, y es de relativo valor secundario, la abscedación, que en algunos casos asume el rol de *síndrome denunciante* del otro proceso hasta allí ignorado o desconocido, pero ya existente. Tal el caso del cáncer supurado, del quiste dermoideo supurado y de los quistes congénitos y agenesias supuradas del pulmón y donde deben agruparse también las bronquiectasias abscedadas por ser procesos desarrollados a raíz de cavidades preexistentes en cierta parte del árbol bronquial.

Como se ve, no figura en la agrupación que comentamos, el *absceso bronquiectasiante* de algunos autores o bronquiectasia secundaria a supuración crónica, y es natural considerarlo así, pues son lesiones que resultan ser consecuencias o complicaciones de abscesos crónicos, y allí cabrían como tales, pero sin individualidad nosológica especial, como no la tienen otra serie de complicaciones de las supuraciones, como ser, las hemoptisis, las pleuresías o las lesiones osteoarticulares.

#### CONCLUSIONES

I) — Cada vez se hace más necesario estudiar bien, en todos sus aspectos, los abscesos o supuraciones pulmonares, porque son de observación muy frecuente en nuestro medio.

II) — El diagnóstico clínico del absceso agudo simple, en su primer período o sea de formación, es muy difícil y, en la mayoría de las veces, casi imposible en la práctica corriente,

III) — Cabe hacer las mismas consideraciones para el diagnóstico radiológico; pues en tal período el diagnóstico, por lo general es solo de presunción.

IV) — La vómica en sus diversas modalidades, sigue siendo el síntoma clínico más importante, fundamental y orientador, en el diagnóstico clínico del absceso de pulmón ya constituido.

V) — La imagen hidroaérea, con nivel líquido a gran eje vertical, es el signo radiológico confirmatorio o de certeza.

VI) — El absceso agudo simple cura espontáneamente en el 50 a 60 o|o de los casos.

VII) — El absceso agudo inicialmente pútrido, puede también curar espontáneamente, pero en proporción mucha menor: 10 a 15 o|o.

VIII) — La fetidez no es indicio absoluto de gravedad o incurabilidad.

IX) — Los abscesos agudos que no curan en un plazo de dos meses, se hacen la mayoría de las veces crónicos.

X) — Creemos que este plazo, no debe ser aplicado estrictamente en todos los casos y podrá ser acortado o alargado, según el estado evolutivo, para tomar alguna decisión quirúrgica.

XI) — Se deberá acortar frente a casos con aspectos clínicos o imágenes *evolutivas* y se podrá alargar ante síntomas o imágenes decrecientes o *involutivas*.

XII) — En el absceso gangrenoso se destaca la discordancia entre la gran imagen excavada y la pequeña reacción perifocal.

XIII) — En los procesos crónicos, domina la reacción fibrosa secundaria, que a mayor tiempo, da mayor fibrosis y menor probabilidad de curación médica.

XIV) — La broncografía es el método de exploración de elección para el estudio de la verdadera situación clínica y pronóstica del absceso crónico y para establecer sus relaciones con las dilataciones bronquiales.



XV) — La pleuresía interlobar, debe permanecer en la nosografía, como entidad autónoma y de existencia real, pero en el adulto es de observación excepcional y de diagnóstico diferencial, muy difícil a veces con el absceso pulmonar: en cuyo caso la radiografía lateral tiene gran valor.

XVI) — En el diagnóstico del cáncer, que complica una supuración pulmonar o del cáncer abscedado, no deben despreciarse, como elementos de juicio, los signos clínicos y su evolución, la broncoscopía y la posible biopsia, y menos aun, la inclusión y estudio del esputo.

XVII) — Sobre el laboratorio recae el peso de casi toda la responsabilidad en el diagnóstico entre supuraciones tuberculosas o no tuberculosas.

XVIII) — Aún en algunos casos de quistes hidatídicos supurados del pulmón, no es despreciable el valor del síndrome biológico de la hidatidosis. (Reacciones de Cassoni, Ghedini y Eosinofilia).

XIX) — En el absceso amebiano, micosis y sífilis abscedada del pulmón, juega papel importante en su diagnóstico, aparte de los antecedentes del enfermo, la prueba de sus respectivos tratamientos específicos. >

XX) — La gangrena pulmonar difusa, se caracteriza desde su iniciación por la inusitada y brusca gravedad del cuadro clínico y su característica radiológica definida.

XXI) — Para establecer la verdadera curación definitiva de un absceso pulmonar, es necesario exigir, con Sergent, como mínimo de garantía: a) el silencio clínico; b) el silencio radiológico; y c) la persistencia de ambos a través de mucho tiempo.

XXII) — Los diversos tratamientos médicos quimioterápicos, fisioterápicos y bioterápicos, no tienen seguridad en su acción, pues carecen de especialidad.

XXIII) — El tratamiento quirúrgico pareciera ser el de elección, después de cierto tiempo de prudente expectación razonada y controlada radiológicamente, pero debe ser hecho con oportunidad, energía e idoneidad máxima.

XXIV) — Se abre actualmente un paréntesis de optimista expectativa, con el tratamiento argentino de terapéutica de los abscesos pulmonares, por la “nebulización” medicamentosa de Castex y Capdehourat.

XXV) — Para facilitar tarea tan compleja, como es la del juicioso estudio y tratamiento de los abscesos de pulmón, es necesaria la creación de “Centros” como lo preconiza Sergeant, que se formarán en establecimientos adecuados, constituyéndose “teams médicos”, bien equipados y suficientemente capacitados, que serán integrados por *clínicos, bacteriólogos, broncoscopistas, radiólogos, fisiólogos, anatómopatólogos y cirujanos*, que trabajando en estrecha vinculación, contribuirán a prestigiar la ciencia médica, rescatando a la muerte muchas útiles vidas.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) M. León Kindberg y R. Monod. — Les abcés du Poumon — Masson y C. Paris. 1932.
- 2) Alejandro Ceballos. — Supuraciones crónicas del pulmón no tuberculosas — Amorortu — Buenos Aires. 1934.
- 3) M. Trincas - S. Zanetti. — L'Accesso polmunare — Capelli — Bolonia 1938.
- 4) R. Paolucci. — Supurazioni polmonari — Capelli — Bolonia. 1938.
- 5) J. C. García Otero - P. A. Barcia y N. L. Caubarrere. — Cáncer y supuraciones. El Ateneo. Buenos Aires.
- 6) J. C. García Otero y N. L. Caubarrere. — Supuraciones pulmonares crónicas. Primer Congreso del Colegio Brasilerero de Cirujanos. Setiembre 1938.
- 7) L. Munist. — Diagnóstico y tratamiento de las supuraciones pulmonares. Ed. Losada. Buenos Aires. 1937.
- 8) V. Cordier. — Traitement des supurations pulmonaires. Masson y Cie. Paris, 1938.
- 9) P. Savy. — Traite de Therapeutique Clinique. Tomo II. Masson y C. Paris, 1936.
- 10) C. Jiménez Diaz. — Lecciones de Patología Médica. II Edición. Tomo I. Barcelona, 1936.
- 11) H. Assmann. — Diagnóstico rontgenológico de las enfermedades internas. Tomo I. Ed. Labor. 1936.
- 12) P. Pruxost. — Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Tomo, Pulmón. Pleura, Mediastino. París, 1938.

- 13) **I. Cosio Villegas.** — Los abscesos del pulmón. Comp. Gen. Editora. México, 1940.
- 14) **M. Castex. E. Capdehourat y E. Pedace.** — Inhalación de sustancias nebulizadas. La Prensa Médica Argentina. N°. 50, 1940.
- 15) **M. Castex. E. Capdehourat y A. Lavarello.** — Técnica de las nebulizaciones y sus principales ventajas terapéuticas. La Prensa Médica Argentina. N°. 52. 1940.
- 16) **M. Miranda Gallino y P. Maissa.** — Diagnóstico radiológico de las supuraciones pulmonares. La Prensa Médica Argentina. N°. 28 y 29. 1934.
- 17) **J. Palacio.** — Estudio clínico y diagnóstico diferencial de las supuraciones pulmonares. El Día Médico. 30 Abril 1934. Año VI. pág. 821.
- 18) **E. Sergent y R. C. Kourilsky.** — Los quistes congénitos aislados y supurados de pulmón. Bull. et. Mem. Soc. Méd. Hop. Paris. 1937. Tomo L, pág. 514.
- 19) **A. Touroff y H. Neuhof.** — Absceso agudo pútrido del pulmón. Surg. Gin and. Obst. Tomo I. 1939, pág. 687.
- 20) **D. Boccia y J. Rizzo.** — Las supuraciones pulmonares no tuberculosas. La Prensa Médica Argentina. 1933. Tomo II, págs. 2156, 2212, 2244, 2290 y 2371.
- 21) **R. Rossi.** — La supuración pulmonar. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y Centro Estudiantes de Medicina de La Plata. N°. 22. 1940.

#### RESUMÉ

“**Abcès du poumon**”, par le Dr. Federico S. Lozano, professeur suppléant de Clinique Médicale de la Faculté de Médecine de l'Université Nationale de La Plata.

L'auteur décrit les caractères cliniques-radiologiques des abcès pulmonaires.

Il examine les différentes classifications des suppurations pulmonaires en adoptant comme la plus convenable à la pratique journalière, la classification Italienne de Trincas et Zanetti, avec quelques modifications; celle ci sépare la bronchiectasie abcésée des abcès pulmonaires et il la place parmi les “suppurations secondaires”, dûes aux procès préexistants et circonscrits du poumon, qui diffèrent de l'autre variété des suppurations spécifiques (Tuberculose, amebiasis, syphilis, mycosis, etc.).

Il signale que le diagnostique clinique et même le radiologique de l'abcès aigu simple, dans son temps de formation, est difficile et presque impossible dans la pratique. La vomique de diverse modalité et l'image hydroaérienne dans les plaques radiographiques, sont les signes plus efficaces et de sûreté diagnostique. L'abcès aigu simple guerit spontanément dans plusieurs cas (50 a 60 %) et

l'aigu initialement putride peut aussi guerir de la même manière, dans une moindre proportion (10 a 15 %); mais si tous deux ne le font pas dans un intervalle de deux mois, généralement deviennent chroniques et c'est alors qu'on doit se décider à opérer pour obtenir la guérison définitive. Il soutient avec Sergent, que pour établir la guérison complète et réelle d'un abcès pulmonaire on doit exiger au moins: silence clinique, radiologique et persistance de tous deux éléments pendant un long temps.

Les divers traitements médicaux classiques n'ont pas sureté dans son action et le traitement chirurgical qu'est d'eléction dans les formes chroniques, doit être opportun et fait avec la plus grande idoneité. Dans l'actualité il y a une ,ère d'optimisme" dans la guerison de ces affections avec le traitement argentin par les "nebulisations médicamenteuses" de Castex et Capdehourat.

#### A B S T R A C T

**"Pulmonary abscess"**, by Dr. Federico S. Lozano, Titular professor of Medical Clinic in the Faculty of Medicine at La Plata National University.

The author describes clinical and radiologic characters of pulmonary abscess.

He examines the different classifications of pulmonary suppurations, adopting as the best to clinical daily practice, Trincas and Zanetti's Italian classification, with some modifications; this divides abscessed bronchiectasis of pulmonary abscess and places it among "secondary suppurations", due to pre-existent and circumscribed processes of the lung which are different from the other variety of specific suppurations (Tuberculosis, amebiasis, syphilis, mycosis, etc.).

He points out that clinical diagnosis and even the radiologic of simple and acute abscess, during its formation, it is difficult and almost impossible in the practice. The vomica of diverse modality and the hydroaerial image in radiographic plaques are the most efficacious signs and its diagnosis is sure.

The simple and acute abscess cures spontaneously in many cases (50 to 60 %) and the initially putrid may also cure thus; in smaller proportion (10 to 15 %), but both if they don't cure in two months, generally, become chronic; and then it is the time to operate to obtain the definitive cure.

He affirms, with Sergent, that to establish real and complete cure of the pulmonary abscess, it is required, at least; clinical and radiological silence and duration of both elements during a long time.

Clinical treatments have not security on its action and chirurgi- cal treatment, that is which is employed in chronic forms, must be done opportunely and with the maxim fitness. At present, an "era of optimism" is opened in the cure of these chronic diseases with Castex and Capdehourat's argentin treatment by "medicamental nebulizations".

#### ZUSAMMENFASSUNG:

**Lungenabszess**, von Dr. Federico S. Lozano, Professor Suplente der ärztlichen Klinik, der Fakultät der wissenschaftlichen Medizin, der Universität National von La Plata.

Der Verfasser beschreibt die klinisch-röntgenlogischen Eigenschaften der Lungenabszesse:

Er lässt die verschiedenen Einteilungen vor sich vorüberziehen der Lungenvereiterungen, adoptierend, als mehr geeignet, die tägliche klinische Praxis und auch die italienische Einteilung von Trincas und Zanetti, mit einigen Umänderungen; welche die Abszess Bronchiektasie scheidet von den Lungenabszessen und sie in die "zweitklassigen Lungenvereiterungen" stellt, zurückzuführen auf schon vorhandene Prozesse und schon abgegrenzte in der Lunge, welche unterschiedlich sind von der anderen Sorte, der spezifischen Eiterungen (Tuberkulose, Amebiase, Lues, Mikose u. s. w.).

Er zeigt darauf hin, dass die klinische und röntgenlogische Diagnostik von dem einfachen akuten Abszess in seinem Entwicklungsprozesse festzustellen sehr schwer und fast unmöglich in der Praxis ist.

Das einfache akute Abszess heilt in vielen Fällen spontan (50 bis 60 %) und das akute abszess in der Anfangsverfaulung kann auch so heilen; im kleineren Durchschnitt (10 bis %); aber beide, wenn die Heilung in der Zeit von zwei Monaten nicht vor sich geht, werden allgemein chronisch und dann ist es an der Zeit, wo man einen chirurgischen Entschluss fassen muss, um die absolute Heilung erreichen zu können.

Er besteht darauf im Uebereinkommen mit Sargent, um die vollkommene und wirkliche Heilung eines Lungenabszesses aufzubauen, muss man wenigstens beanspruchen; klinisches und röntgen-

logisches Schweigen und Ausdauer von beiden Elementen durch längere Zeit hindurch.

Die verschiedenen ärztlichen Behandlungen, klasich, haben keine Sicherheit in ihrer Wirkung und die chirurgische Behandlung, welche die gewählte ist in den chronischen Formen, muss nur dann mit Gelengenheit und vollkommener Tüchtigkeit gemacht werden.

Gegenwärtig öffnet sich eine "Optimismus Epoche" in der Heilung von diesen Leiden mit der argentonischen Behandlung mit den "medikamentosen Nebulizationen" von Castex und Capdehourat".