

AMIBIASIS HEPATICA *

PEDRO RAMOS,
Académico de número,

en colaboración con el doctor GUILLERMO HARO Y PAZ

INTRODUCCIÓN

En una revisión llevada a cabo hace tres años por uno de nosotros en los archivos de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General, se reunieron hasta 159 casos de amibiasis hepática entre los enfermos internados en ella desde 1939 hasta 1951 inclusive; aunque los datos referentes al lapso comprendido entre 1939 y 1944 eran incompletos, porque la revisión no pudo comprender la totalidad de los casos internados.¹

De 1952 a la fecha, la experiencia de la unidad de Gastroenterología se ha visto aumentada con la observación de 38 casos más, lo que permite que la presente revisión se haga sobre un total de 197 enfermos estudiados en el lapso 1939-1954.

Tenemos la impresión de que esta recopilación es la mayor que se puede obtener en nuestro país, como producto de la experiencia de una sola entidad, porque se concentran a ella enfermos de diversas procedencias. No intentamos resumir la experiencia de todo el Hospital General; pero damos a conocer la del Servicio especializado en la Institución.

Cuando se ha tenido la ocasión de extraer líquido purulento, éste ha tenido el aspecto habitual de champurrado. Sin embargo, en algunos casos, al puncionar el absceso, el pus que primero escurre por el trocar semeja crema de chicharo y sólo al cabo de un tiempo se va tornando obscuro hasta tomar el aspecto achocolatado del pus amibiano. Es probable que éste, en tales casos, se decante y que sobrenade la parte más flúida y sólo cuando se ha vaciado parcialmente empieza a escurrir la que contiene la sangre y los tejidos esfacelados que le dan el color característico. Este conocimiento tiene utilidad práctica porque podría tomarse como piógeno un absceso que en realidad no lo es. Los cultivos del pus han sido negativos en estos casos.

* Trabajo leído en la sesión reglamentaria del 16 de marzo de 1955.

En todos los casos la clínica orientó el diagnóstico. Entre los síntomas predominaron dolor, hepatomegalia y fiebre. El más frecuente ha sido el dolor en la región hepática con irradiaciones hacia hombro y escápula del mismo lado. Cuando se ha localizado en el lóbulo izquierdo, el dolor ha sido epigástrico, o en el cuadrante superior izquierdo e irradiado hacia el hombro y a la escápula del mismo lado.

La presencia de hepatomegalia ha sido muy útil para establecer el diagnóstico. Cuando es considerable, se traduce por el abombamiento general de la región, dato que en general no se encuentra en otros crecimientos de la glándula, o bien, si es más discreta, por el crecimiento hacia abajo, adelante, atrás o al costado. El dolor provocado por la palpación o por la presión a través de los espacios intercostales, la fluctuación y el edema de la pared fueron de indudable valor cuando los hubo.

En el absceso agudo, la fiebre, en general remitente, fue precedida habitualmente por calosfríos y se elevó en ocasiones hasta 40°C. En los abscesos crónicos, por el contrario, la fiebre no pasa en general de 38°C y es ondulante. Algunos de nuestros enfermos presentaron solamente ligeros febrículas de hasta 37.5°C.

Los hallazgos que proporciona la radiología tienen mucha importancia para el diagnóstico. A la fluoroscopia se puede apreciar elevación del hemidiafragma derecho en la mayoría de los casos y, lo que es más importante, hipocinesia o parálisis del mismo. En proyección ánteroposterior existe fijación y aun borramiento del ángulo cardiofrénico, y en lateral hay fijación o borramiento del ángulo costofrénico anterior. Los movimientos se hacen a expensas de la mitad posterior en esta proyección, dato que tiene mucho valor para la distinción con el absceso subfrénico (ver figuras 1 y 2). Las radiografías en pósteroanterior y lateral son de utilidad para localizar el absceso, aun cuando se sabe que la mayoría se desarrollan en el lóbulo derecho y en la cara ánterosuperior. En casos de absceso abierto a los bronquios, Alejandro Celis, Alberto Robles y María Elena Villalobos,² describieron la solución de continuidad correspondiente al sitio de ruptura del diafragma en proyección lateral; opacidad basal derecha, cavidad hidroárea subdiafragmática y atelectasia pulmonar (Fig. 3).

Alfonso Acevedo Olvera,³ también del Hospital General como los antes citados, introdujo en nuestro medio la inyección de aire en el absceso una vez que ha sido puncionado, y obtuvo imágenes muy interesantes y demostrativas de la cavidad. El "neumoabsceso" permite también la vigilancia de la evolución, pues a medida que la curación progresa se puede observar la reducción del tamaño de la sombra. El mismo método ha per-

mitido, tomando placas a la misma distancia en posición de pie y con la cabeza abajo, calcular con precisión el tamaño de la cavidad del absceso. (Ver figuras 4 y 5).

Las imágenes que presentamos, de un caso comunicado por Everardo Ortiz de Montellano, Vicente Guerrero y Hebe Serrano,⁴ de absceso del lóbulo izquierdo abierto a pericardio, con sobrevida del enfermo y que permiten observar neumoaabsceso y neumopericardio fueron logradas por este método. (Ver figura 6). No se ha empleado habitualmente la inyección intracavitaria de medio de contraste.

La broncografía es de utilidad en los casos de absceso abierto a los bronquios; la sustancia de contraste pasa al hígado a través de la comunicación broncohepática. (Ver figura 7). El neumoperitoneo puede demostrar la falta de separación del hemidiafragma derecho y del hígado por las adherencias formadas entre ellos, en aquellos casos en que el absceso crece hacia la cúpula o se ha abierto hacia la pleura o los bronquios.

En algunos casos es útil el estudio de la topografía de las vísceras huecas del abdomen, principalmente del estómago y colon, para conocer la deformación que puede imponerles la presión de un absceso que crece hacia abajo o hacia la izquierda. (Ver figura 8).

En general, la ayuda del laboratorio no es equiparable a la que proporciona la clínica y la radiología. La fórmula blanca nos muestra en la mayoría de los casos una leucocitosis moderada, que en ocasiones, sin embargo, hemos visto llegar a 20,000. El promedio de 117 casos fue de 10,585. Confirmamos también el hecho establecido de que la leucocitosis es menor mientras más viejo es el absceso.

La presencia de amibas o quistes en las materias fecales es de poco valor diagnóstico y su ausencia no lo excluye. No tenemos experiencia con la prueba de fijación del complemento.

En resumen, creemos justificado aconsejar que, ante un enfermo que presente fiebre que se prolongue varias semanas y cuya causa no se haya podido precisar, debe pensarse en absceso hepático y si al dato de fiebre se agregan hígado grande y doloroso, abombamiento de la base del hemitórax derecho, edema de la pared o fluctuación intercostal, el diagnóstico es muy probable y la confirmación, en la mayoría de los casos, la obtendremos con la ayuda de los Rayos X.

Para la terapéutica se emplean medidas conservadoras y quirúrgicas. Las primeras comprenden el uso de diversos medicamentos, especialmente emetina y cloroquina, complementado, cuando es necesario, por la punción evacuadora; las segundas se refieren al tratamiento por la intervención llamada "a cielo abierto" con canalización del absceso.

Las normas actuales de conducta conservadora en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General son las siguientes:

Emetina: 8 centigramos diarios divididos en 2 inyecciones hasta alcanzar una dosis máxima de 70 centigramos (la dosis clásicamente recomendada es la de 1 centigramo por kilo de peso como dosis máxima). Una vez alcanzada esta dosis, si el proceso sigue su evolución, hay que continuar con tabletas de cloroquina (generalmente Aralén), que contienen 15 cg. de sustancia base por comprimido; se prescribe a dosis de seis el primer día y tres o cuatro a los siguientes, por un lapso que puede prolongarse por dos, tres, o más semanas. Creemos que la cloroquina como complemento de la emetina ha resuelto un gran problema, porque una vez alcanzada la dosis máxima de la última, era necesario suspenderla, aun sin contar con otros recursos medicamentosos.

A pesar del hecho conocido de la toxicidad de la emetina, no hemos encontrado justificado sustituirla, ya que nunca hemos visto un caso de intoxicación grave y sus resultados continúan siendo magníficos. Aconsejamos, desde luego, tomar precauciones y vigilar al enfermo, estar atentos ante los síntomas digestivos, nerviosos o circulatorios que sugieran la intoxicación emetínica, y vigilar el estado del miocardio por medio de electrocardiogramas tomados antes, durante y después del tratamiento. Los antibióticos se emplean solamente en los casos complicados o con infección secundaria.

La punción aspiradora se practica en los abscesos que no se reabsorben; siempre debe ser precedida por tratamiento médico (que evita la hemorragia), a excepción de los casos en que se sospeche ruptura inminente a las vísceras vecinas o a la cavidad peritoneal. Su técnica actual ha sido descrita con detalle por Abraham Ayala González y Mario Santillán Villaseñor.^{5, 6}

Consideramos como de excepción el tratamiento quirúrgico. Está indicado, sin embargo, cuando ha fracasado el tratamiento conservador, cosa por lo demás rara; cuando el absceso se ha infectado secundariamente, aunque en la actualidad, con antibióticos, algunos de ellos no lo ameritan. También cuando se encuentra en inminencia de abrirse al exterior y en algunas complicaciones: como a) cuando el absceso abierto a los bronquios no drena suficientemente y resiste el tratamiento conservador; b) cuando hay invasión de la cavidad pleural; c) cuando existe absceso pulmonar consecutivo a uno del hígado; y d) cuando se ha abierto a la cavidad peritoneal o a una víscera hueca: duodeno, colon, etc. o al pericardio, aunque en este caso es muy rara la oportunidad de intervención ya que en general la muerte es inmediata.

El pronóstico depende fundamentalmente de tres factores; primero: de la unidad o multiplicidad del absceso; segundo: de que sea simple o complicado, y tercero: de la terapéutica empleada.

Todas las estadísticas señalan una alta mortalidad para los abscesos múltiples, y algunas ascienden al cien por ciento. Nosotros sólo tenemos registrado un caso, que terminó con la muerte.

Las complicaciones del absceso hepático amibiano modifican de manera notable el pronóstico, ensombreciéndolo. La mortalidad en los casos complicados fue de 46.6 por ciento que contrasta con la de 3.1 por ciento de los casos no complicados. (Ver figura 9).

Las complicaciones que se presentaron en la primera serie fueron en número de 20 sobre 120 casos, en la segunda aumentó su número, 10 entre 38; sin embargo, la mortalidad en este segundo grupo fue menor, ya que en el primero fue de 60 por ciento y en el segundo de 20 por ciento. (Ver figura 10). La complicación más frecuente fue la apertura a los bronquios.

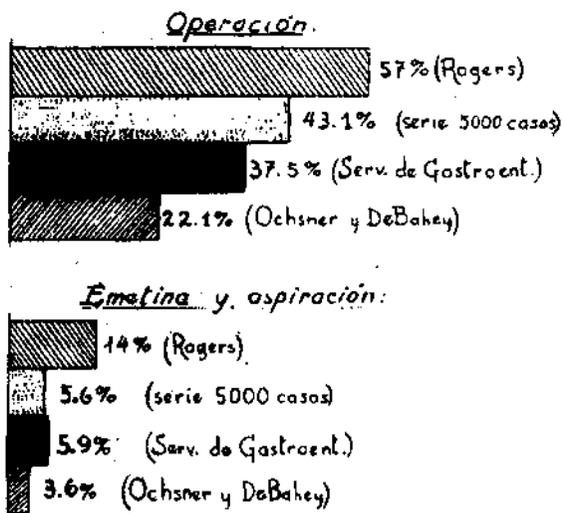


FIG. 11

Pero debemos hacer notar que el pronóstico mejora notablemente gracias al tratamiento. Ya Miguel Jiménez había logrado hacer bajar en su época la mortalidad con el empleo de la punción^{7 8} y Rogers impuso un descenso, con el uso de la emetina, de 57 hasta 14 por ciento. En la Unidad de Gastroenterología del Hospital General la mortalidad para los casos operados y para los tratados conservadoramente ha sido de 37.5

y 5.9 por ciento hasta 1951. Las cifras de Ochsner y DeBakey⁹ son respectivamente 22.1 y 3.6 por ciento (Ver figura 11).

La mortalidad global fue de 9.4 por ciento de 1939 a 1951; de 7.8 por ciento de 1952 a 1954 y de 9.1 por ciento en el lapso de 1939 hasta 1954. (Ver figura 12). El porciento de casos tratados conservadoramente ha sido sensiblemente igual en las dos series: 94.3 por ciento de 1939 a 1951, y 94.8 por ciento de 1952 a 1954.

Es de hacer notar que la mortalidad en los casos no complicados fue de cuatro por ciento en el lapso de 1945 a 1951, en tanto que no hubo defunciones en ese grupo entre 1952 y 1954, período durante el cual se empleó la terapéutica conservadora en la forma antes indicada con emetina, cloroquina y punción evacuadora cuando se hizo necesaria.

CONCLUSIONES:

1. El trabajo que se presenta está basado en la observación de 1974 casos de amibiasis hepática internados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General.

2. La clínica orientó el diagnóstico en la mayoría de los casos y el estudio radiológico lo confirmó. Los datos que suministra este último método son mucho más importantes que los que proporciona el laboratorio.

3. El tratamiento de elección es el conservador a base de emetina, cloroquina y punción evacuadora cuando es necesaria; dicha maniobra ha sido practicada en México por don Miguel Jiménez desde 1842 y ya entonces hizo disminuir considerablemente la mortalidad del absceso hepático.

4. Consideramos como de excepción al tratamiento quirúrgico a pesar de que, según se desprende de publicaciones recientes, el uso de los nuevos antibióticos ha hecho descender la mortalidad en los casos operados. No creemos, sin embargo, que sus resultados aventajen a los del tratamiento conservador.

5. Al comparar la estadística de 38 casos en los últimos tres años (1952-1954) con la anterior de 159 (1930-1951), se nota un descenso en el porciento de mortalidad, tanto en los casos no complicados como en los complicados. Lo atribuimos a la introducción de la cloroquina como complemento terapéutico de la emetina en los primeros, y al empleo de los nuevos antibióticos en los segundos.

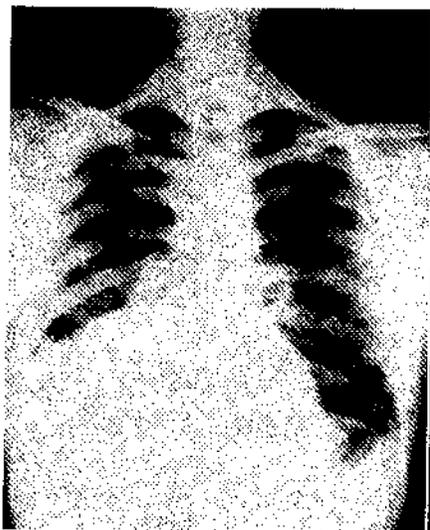


FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

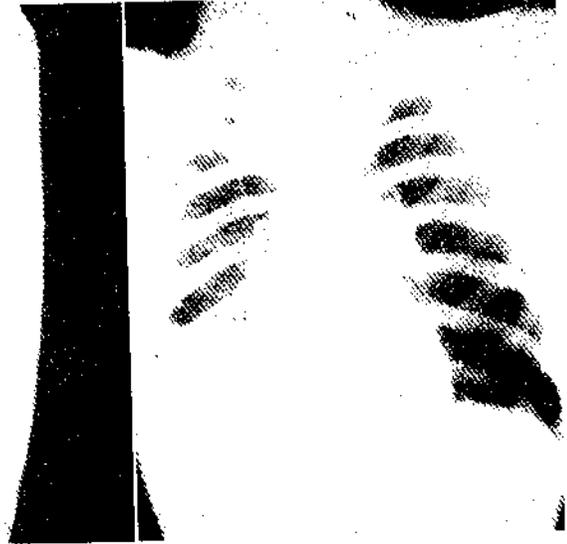


FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7



FIG. 8

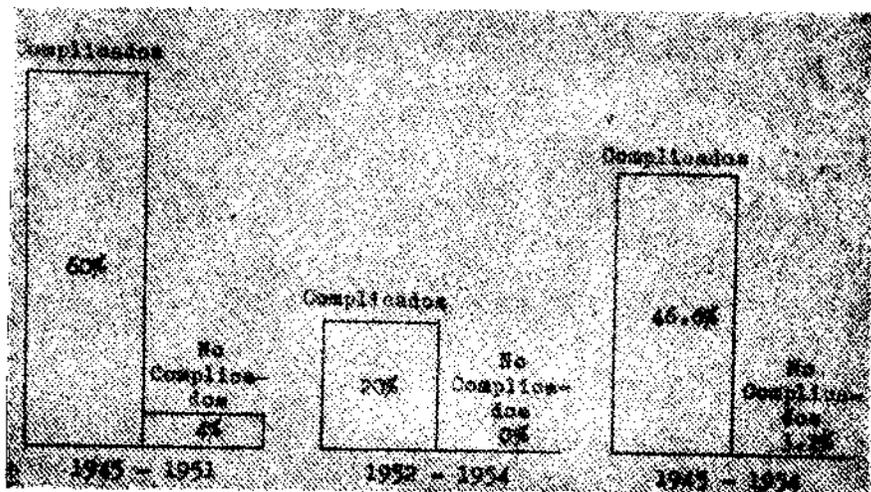


FIG. 9

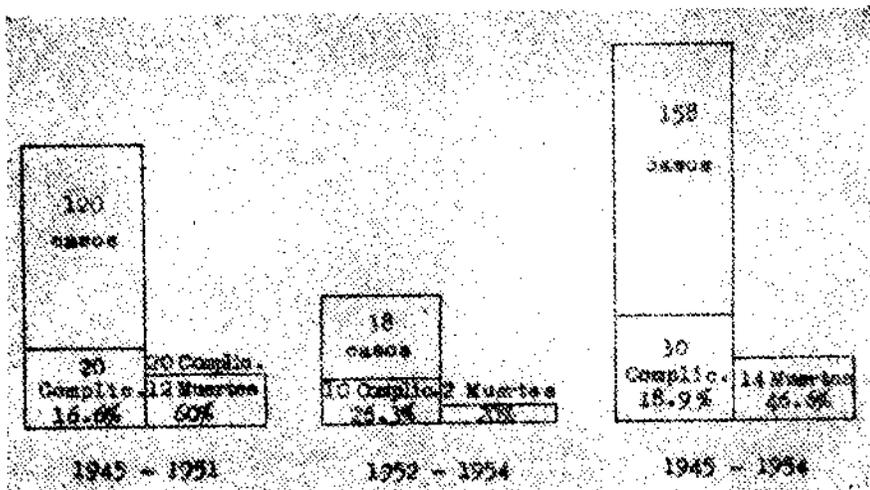


FIG. 10

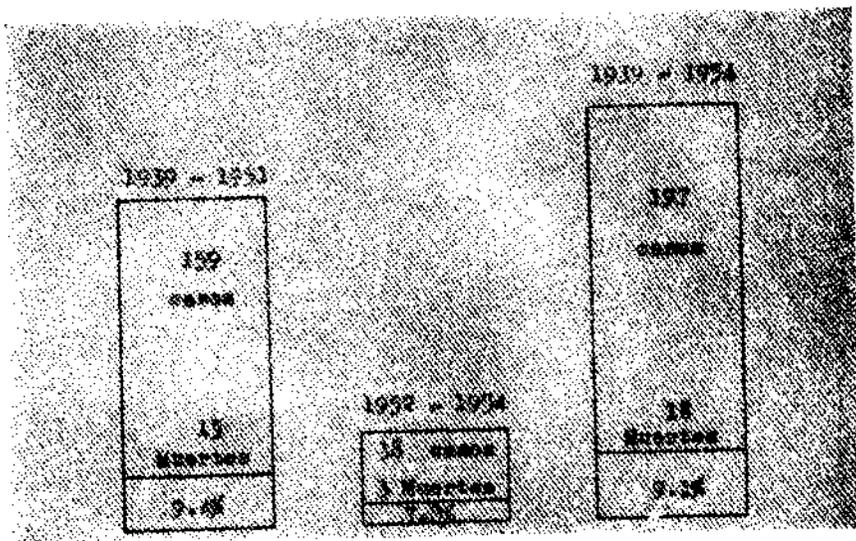


FIG. 12

CONSIDERACIÓN FINAL

La literatura médica mexicana sobre el absceso hepático es abundante y valiosa. Hemos agregado a este artículo una bibliografía mexicana fundamental sobre absceso hepático, revisión que no pretende haber agotado el tema ni siquiera en los periódicos editados en la ciudad de México, pues falta aún relación de lo escrito en provincia. En cambio, comprende las publicaciones del doctor Miguel F. Jiménez, que hemos tenido oportunidad de conocer.

La primera de ellas apareció en el Periódico de la primitiva Academia de Medicina en 1842.¹⁰ En 1857 publicó siete lecciones en la Revista "La Unión Médica de México"¹¹ y en 1854 y 1864 editó sus dos obras sobre abscesos del hígado. Tan sólo entre 1864 y 1880⁷⁻⁸⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵ se encuentran en la Gaceta Médica de México 16 artículos de diferentes autores. La producción posterior ha sido también importante; sin embargo, habitualmente apoyamos nuestros datos en trabajos extranjeros, antes europeos y hoy americanos y rara vez se citan nuestros antecedentes, probablemente porque se cree que les faltan datos estadísticos y consignan sólo hechos y rara vez cifras o resultados; pero el doctor Miguel Jiménez los citaba e ilustraba sus clases con cuadros semejantes a los que hoy empleamos y también leía revistas del continente como el American Journal of Medical Sciences, cuando casi todos seguían las opiniones casi dogmáticas de autores europeos.

Hace 11 años afirmamos²⁰ que el doctor Jiménez había empleado por primera vez en el mundo la punción con trócar para evacuar los abscesos del hígado. Posteriormente encontramos datos en contrario. Fue J. Clark quien en 1790 trató así tres abscesos, pero sus resultados no fueron favorables.²⁷ En 1833 Roberts²⁸ en Londres y Biett²⁹ en París informaron haberlas practicado y Smith³⁰ en 1841 y Monat³¹ en 1842 en Madras (India) las emplearon también. Otros datos son ya de 1844 y 1847, pertenecen respectivamente a Vernois³² quien escribió su tesis sobre Punción del hígado y a Clay³³ pero la actuación de los dos fue ya contemporánea con el ejercicio del doctor Jiménez. Posteriormente, en 1862, se llevó a cabo una polémica en las columnas de Lancet entre Inspectores médicos del Ejército Británico en la India, motivada por la prohibición a practicar punciones y encontramos en ella al doctor Cameron, entre otros, como defensor del procedimiento. En la segunda edición de la traducción francesa de la obra clásica de Frerichs³⁴ se encuentra un comentario sobre esta discusión y, a juzgar por su información, los resultados en la India

fueron bastante inferiores a los que se lograron aquí, puesto que la mortalidad antes de las punciones era de 82 por ciento según Jiménez¹⁰ afirma y descendió hasta el 30 según Brassetti.⁷⁻⁸ Villagrán asegura que el absceso hepático “comenzó a disminuir el número de sus víctimas desde que el doctor Jiménez tuvo la feliz idea de dar salida al pus por medio de punciones sucesivas practicadas con un trócar a través de los espacios intercostales”.¹⁴

Si se tiene en cuenta la dificultad de comunicación de aquellos días es explicable el consenso general entre sus contemporáneos para quienes el método de punción era una idea enteramente personal del doctor Jiménez. Por eso el doctor Lino Ramírez escribió una Memoria en francés en la que (dice su traductor, el doctor Juan Ma. Rodríguez) “trató de dar a conocer y vulgarizar en Europa el método particular del doctor Jiménez que los profesores mexicanos hemos adoptado, acerca de cuyo método ni aun tienen idea los profesores europeos”, y en el texto afirma Ramírez “que el peligro de puncionar había hecho retroceder a los prácticos ante la idea (si alguno la hubiera tenido antes que el doctor Jiménez)” y desea que, aunque se deseche de su trabajo aquello que no considere exacto, quede el “conocimiento de un método operatorio desconocido en Europa, sancionado ya por una experiencia de muchos años”.¹⁵

Es necesario dejar bien sentado que el mismo doctor Miguel Jiménez relató en el artículo de 1843 las circunstancias en que practicó punción el 21 de septiembre de 1842 a la enferma María Benigna Medina y es lógico pensar que no era la primera, puesto que agrega: “Esta observación pertenece a una serie de casos que poseo, de afecciones del hígado, que tal vez posteriormente me servirán de materiales para un trabajo más extenso”.

Todos los testimonios indican que tanto los médicos ingleses en la India como el doctor Jiménez en México, sin comunicarse entre sí, actuaron en la misma forma y en la misma época ante circunstancias clínicas semejantes. Los trabajos de los dos grupos no se popularizaron en Europa.

Al releer la obra de Jiménez pueden reconocerse diversas etapas; primero su preocupación por continuar las líneas generales de tratamiento usado entonces y consistente en crear adherencias, que Begin procuraba por medio de una incisión previa y Recamier por la aplicación de sulfato de potasa que penetraba hacia los tejidos hasta que el absceso intrahepático hacía hernia en la llaga necrótica. Poco a poco se desprendió de esta preocupación, describió los signos por los cuales suponía la presencia del absceso, proscribió la formación de adherencias y preconizó la punción.

precoz a través de los espacios intercostales y siempre desde la cara superior del hígado.

Aunque en ocasiones el éxito se lograba con una sola punción, en la mayoría era preciso verificar varias; pero debe tenerse en cuenta, para juzgar la bondad de su método, que no contaba con tratamiento médico eficiente.

La desorientación empezó en nuestro medio al popularizarse el método de Stromeyer-Little o sea la intervención con resección costal. En 1883 Demetrio Mejía³⁵ no encontraba comparables sus resultados; pero, por desgracia, todas las reglas de la Escuela Mexicana se fueron olvidando y un tratamiento que sólo esperaba el advenimiento de la emetina cayó en el olvido y se vió sustituido por un tratamiento quirúrgico de resultados menos efectivos.

Hubo necesidad de que se nos demostrase en el extranjero la poca seguridad de la intervención y las ventajas del tratamiento conservador para que se volviese al método abandonado y gracias a ello la mortalidad ha disminuído. Por desgracia la resistencia a reconocer estos hechos se manifestaba aun recientemente en algunos medios quirúrgicos.

Es de desearse que en adelante citemos y confiemos en nuestra experiencia, en nuestros datos y en nuestras tradiciones puesto que en este punto podemos ufanarnos, en realidad, de haber estado a la vanguardia. La separación de nuestras tradiciones sólo nos trajo un retroceso y es necesario convencernos de que poseemos las bases lógicas y los instrumentos más sencillos para el tratamiento de esta afección. Es de desearse que podamos, apoyándonos en nuestra experiencia, ser dignos de lo que Jiménez escribió en 1875: "La historia de la supuración del hígado ha llegado entre nosotros a un grado de perfección que todas sus circunstancias son hoy de un conocimiento vulgar y su tratamiento se ordena con plena conciencia de las indicaciones que tiene que llenar".

COMENTARIO

Presentamos tan sólo las observaciones y conclusiones clínicas de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que esta nueva revisión permite, porque no tenemos nada que agregar a lo aceptado universalmente en relación con los capítulos de etiología y patogenia.

Aceptamos, con la mayoría de los autores, la clasificación de la amibiasis hepática en: hepatitis, absceso agudo y absceso crónico, aunque comprendemos que habrá ocasiones en que sea imposible la diferenciación

entre el primero y el segundo, distinción a veces de poca trascendencia por representar etapas distintas de un mismo padecimiento. Los casos vistos caben casi todos dentro de los dos últimos grupos.

El padecimiento se encontró en proporción de 3 por ciento entre la suma total de padecimientos digestivos. Nuestra estadística concuerda con otras en lo que respecta a la mayor frecuencia del absceso en el sexo masculino. En un grupo de 167 casos comprendido en el número total se encontraron 128 hombres y 39 mujeres, o sean 76.6 y 23.4 por ciento respectivamente. En ese mismo grupo el predominio de edades se encontró en la cuarta década; el enfermo más joven tenía 18 años; el más viejo, 84.

Hubo franco predominio en el lóbulo derecho. De 112 casos, 97 se localizaron en el lado derecho, 13 en el izquierdo y dos en el medio, o sean 87, 12.2 y 1.8 por ciento respectivamente. En el mismo grupo se consideraron como amibianos puros 88.7 por ciento y como infectados secundariamente 11.3 por ciento. Procedían del Distrito Federal 60.4 por ciento, del estado de México 9.5, del estado de Hidalgo 4.3 y el resto de otros estados, o sea el 25.8 por ciento. Había antecedentes de alcoholismo en 63.5 por ciento, no los había en 23 por ciento, ocasional en 3.1 por ciento y no se consignaron datos a este respecto en 10.4 por ciento; 72.6 por ciento de los que tenían antecedentes alcohólicos tomaban cerveza, tequila, aguardiente, mezcal, habanero y alcohol y 27.4 por ciento únicamente pulque.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. This paper is presented from the observation of 197 cases of hepatic amebiasis interned at the Unidad de Gastroenterología del Hospital General.
2. Bedside procedures pointed to the diagnosis in most cases and X-rays confirmed it. The latter is much more important than laboratory data.
3. Treatment of choice is medical, with the usage of emetine; chloroquin and aspirating puncture if necessary; the last procedure was successfully used in Mexico since 1842 by Miguel Jiménez.
4. Surgical treatment must only exceptionally be resorted to, in spite of new optimistic literature on the subject.
5. Mortality rates dropped in the group treated from 1952-1954 in comparison with the 159 cases treated from 1930 to 1951. This is probably due to the use of chloroquin and antibiotics.

REFERENCIAS

1. Haro y Paz Guillermo: Experiencia en el tratamiento del absceso hepático amibiano en el servicio de Gastroenterología del Hospital General. Año XVII, Tomo XVII, No. 99, Pág. 167. 1952.

2. Villalobos Ma. Elena, Celis Alejandro, Robles Díaz Alberto: Complicaciones respiratorias del absceso hepático. Revista Médica del Hospital General. Vol. XIX, No. 7, Pág. 395. Julio de 1951.
3. Acevedo Olvera Alfonso, Silva Rivera Guillermo: Neumografía intrahepática en abscesos amibianos. Revista de Gastroenterología de México. Año XIX, Tomo XIX, No. 109, Pág. 1. 1954.
4. Ortiz de Montellano Everardo, Serrano Hebe, Guerrero Vicente: Absceso hepático amibiano abierto a pericardio. Relato de un caso de supervivencia. Revista de Gastroenterología de México, Año XIX, Tomo XIX, No. 110, Pág. 84. 1954.
5. Ayala González Abraham. Tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos. Revista de Gastroenterología de México. Año XIV, No. 82, Pág. 202. 1949.
6. Santillán Villaseñor Mario. Punción del absceso hepático amibiano. Revista de Gastroenterología de México. Año XIII, Tomo XIII, No. 77, Pág. 293. 1948.
7. Brassetti Francisco. Absceso de hígado: ¿Cuál es el mejor procedimiento para abrirlos? Gaceta Médica de México, Tomo IV, Págs. 362-374. 15 de octubre de 1869.
8. Brassetti Francisco. Absceso de hígado: Epoca y modo de extraer los tubos de canalización. Gaceta Médica de México, Tomo IV, Págs. 393-394. 15 de noviembre de 1869.
9. Ochsner A., De Bakey M., Macdowell W.: Hepatitis amibiana y absceso hepático. Revista de Gastroenterología de México. Nos. 44, 45 y 46. 1943.
10. Jiménez F. Miguel. Absceso del hígado comunicado con los bronquios. Periódico de la Academia de Medicina, Tomo I, 2a. serie, Pág. 229. 1842.
11. Jiménez F. Miguel. Abscesos del hígado. Lecciones dadas en la Escuela de Medicina por Jiménez, Prof. del Ramo. La Unión Médica de México, Tomo I, No. 12, Pág. 137 y siguientes. 1857.
12. Jiménez F. Miguel: Absceso hepático (caso interesante). Gaceta Médica de México, Tomo II, No. 1, Págs. 233-235 1o. de agosto de 1866.
13. Jiménez F. Miguel. Absceso de hígado, dos hechos. Gaceta Médica de México, Tomo III, No. 8, Págs. 123-131. 1o. de mayo de 1867.
14. Caso Bruno: Absceso hepático curado con una sola punción y sin aplicación permanente de tubo. Gaceta Médica de México, Tomo III, No. 11, Págs. 173-174. 1o. de junio de 1867.
15. Villagrán J. M. B.: Absceso hepático curado con una sola punción y sin aplicación permanente de tubo. Gaceta Médica de México, Tomo III, No. 11, Págs. 175-176. 1o. de junio de 1867.
16. Ramírez Lino: Absceso de hígado: Memoria póstuma escrita en francés por el Sr. Lino Ramírez y traducida por el Dr. Juan M. Rodríguez. Gaceta Médica de México, Tomo IV, Nos. 23, 24, 25 y 26, Págs. 416-424. 15 de diciembre de 1869.
17. Zamora E.: Absceso del hígado. El porvenir. Tomo III-IV. Pág. 249. 1871-1872.
18. Jiménez F. Miguel. Absceso del hígado: incidente grave que puede ocurrir en su historia. Gaceta Médica de México, Tomo VII, No. 18, Págs. 317-320. 15 de septiembre de 1872.
19. Jiménez F. Miguel: Tratamientos de los abscesos de hígado por el método

- del Sr. Jiménez; Procedimientos operatorios que han dado los mejores resultados y condiciones en que conviene este tratamiento. Gustavo Ruiz Sandoval. El Porvenir, Tomo V-VI, Pág. 117. 1872-1873.
20. Jiménez F. Miguel: Absceso de hígado: incidente que puede ocurrir en su tratamiento. Gaceta Médica de México, Tomo IX, No. 16, Págs. 301-306. 15 de agosto de 1874.
 21. Jiménez F. Miguel: Diagnóstico diferencial en los abscesos del hígado. Gaceta Médica de México, Tomo X, No. 18, Págs. 345-349. 15 de septiembre de 1875.
 22. Montes de Oca Francisco. Algunos datos para servir a la historia de los abscesos de hígado que ocupan el hueco epigástrico. An. Asoc. Larrey, México L; Págs. 68-83, 1875.
 23. Román J. de M.: Tratamiento de los abscesos de hígado del hueco epigástrico por la punción directa. México. 1879.
 24. Vargas E.: Breve estudio sobre el diagnóstico diferencial de los abscesos del hígado abiertos en la pleura. México. 1879.
 25. Carmona y Valle Manuel: Abscesos de hígado: Algunas observaciones relativas a los pus hepático, etc. Gaceta Médica de México, Tomo XV, No. 6, Págs. 121-136. 15 de marzo de 1880.
 26. Haro y Paz Guillermo, Ramos Pedro, Sáenz Arroyo Rafael, Flores López Ramón. "Consideraciones sobre el tratamiento del absceso hepático amibiano". Revista de Gastroenterología de México, Año IX, No. 49, Pág. 1. 1944.
 27. Clark J.: Historia of Cases of abscess in liver with observations on effects of opening them. Med. Comment. Edinburgh, Decuris 2, IV, 317-354. 1790.
 28. Roberts: Abscess of liver, with hydatid "operation". Lancet. London 1, 189-190. 1833 Oct. 6.
 29. Bielt: Hydatides du foie avec développement considerable de cet organe; ponction explorative, incision; sortie d'une grand quantité d'asephalocuptes; guérison. Gz. des Hôp. Paris, VII, 383. 1833.
 30. Smith W. R.: Two cases of hepatic abscess explored and punctured. Madras G. Med. Jour. 111, 382-395. 1841.
 31. Monat: Cases of hepatic abscess, in which examination by the exploratory needle was had recourse to. Madras G. M. J. IV, 187-190, 1842.
 32. Maxime Vernois Ange. Ponction Du Foie. Paris Thesis. 1844.
 33. Clay C.: Case of large abscess of liver successfull treated by puncture. Med. Times. London. XVI, 395. 1847.
 34. Prof. Frerichs Théod. Traité Practique des Maladies du foie et des voides biliaires. J. B. Bailliere et Fils; Págs. 383-403, Paris. 1866.
 35. Mejía Demetrio: Estudio acerca de los abscesos de hígado. Ausencia de ictericia. Diagnóstico local. Terminaciones naturales contraindicaciones de la punción. Gaceta Médica de México, Tomo XVIII, No. 15, Págs. 293-305. 1o. de agosto de 1883.

BIBLIOGRAFIA MEXICANA

SOBRE

HEPATITIS AMIBIANA

1. Jiménez F. Miguel: Absceso del hígado comunicado con los bronquios. Periódico de la Academia de Medicina: Tomo I, 2a. serie, Pág. 229. 1842.
2. Jiménez F. Miguel: Abscesos del hígado. Lecciones dadas en la Escuela de Medicina por el Dr. Jiménez, Prof. del Ramo. La Unión Médica de México: Tomo I, No. 12, Pág. 137 y siguientes. 1857.
3. Jiménez F. Miguel: Absceso hepático (caso interesante). Gaceta Médica de México: Tomo II, No. 1, Págs. 233-235. 1o. de agosto de 1866.
4. Jiménez F. Miguel: Absceso de hígado, dos hechos. Gaceta Médica de México: Tomo III, No. 8, Págs. 123-131. 1o. de mayo de 1867.
5. Caso Bruno: Absceso hepático curado con una sola punción y sin aplicación permanente de tubo. Gaceta Médica de México: Tomo III, No. 11, Págs. 173-174. 1o. de junio de 1867.
6. Villagrán J. M. B.: Absceso hepático curado con una sola punción y sin aplicación permanente de tubo. Gaceta Médica de México: Tomo III, No. 11, Págs. 175-176. 1o. de junio de 1867.
7. Brassetti Francisco: Absceso de hígado: ¿Cuál es el mejor procedimiento para abrirlos? Gaceta Médica de México: Tomo IV, Págs. 362-374. 15 de octubre de 1869.
8. Brassetti Francisco: Absceso de hígado: Epoca y modo de extraer los tubos de canalización. Gaceta Médica de México: Tomo IV, Págs. 393-394. 15 de noviembre de 1869.
9. Ramírez Lino: Absceso de hígado: Memoria póstuma escrita en francés por el Sr. Lino Ramírez y traducida por el Dr. Juan M. Rodríguez. Gaceta Médica de México: Tomo IV, Nos. 23, 24, 25 y 26, Págs. 416-424. 15 de diciembre de 1869.
10. Zamora E.: Absceso del hígado. El Porvenir: Tomo III-IV, Pág. 249. 1871-1872.
11. Jiménez F. Miguel: Absceso de hígado: incidente grave que puede ocurrir en su historia. Gaceta Médica de México: Tomo VII, No. 18, Págs. 317-320. 15 de septiembre de 1872.
12. Jiménez F. Miguel: Tratamientos de los abscesos de hígado por el método del Sr. Jiménez; Procedimientos operatorios que han dado los mejores resultados y condiciones en que conviene este tratamiento. Gustavo Ruiz Sandoval; El Porvenir: Tomo V-VI, Pág. 117. 1872-1873.
13. Jiménez F. Miguel: Absceso de hígado: incidente que puede ocurrir en su tratamiento. Gaceta Médica de México: Tomo IX, No. 16, Págs. 301-306. 15 de agosto de 1874.
14. Jiménez F. Miguel: Diagnóstico diferencial en los abscesos del hígado. Gaceta Médica de México: Tomo X, No. 18, Págs. 345-349. 15 de septiembre de 1875.
15. Montes de Oca Francisco: Algunos datos para servir a la historia de los

- abscesos de hígado que ocupan el hueco epigástrico. An. Asoc. Larrey, México L; Págs. 68-83. 1875.
16. Román J. de M.: Tratamiento de los abscesos de hígado del hueco epigástrico por la punción directa. México. 1879.
 17. Vargas E.: Breve estudio sobre el diagnóstico diferencial de los abscesos del hígado abiertos en la pleura. México. 1879.
 18. Carmona y Valle Manuel: Abscesos de hígado: Algunas observaciones relativas a los pus hepáticos, etc. Gaceta Médica de México: Tomo XV, No. 6. Págs. 121-136. 15 de marzo de 1880.
 19. Mejía Demetrio: Estudio acerca de los abscesos de hígado. Ausencia de ictericia. Diagnóstico local. Terminaciones naturales contra indicaciones de la punción. Gaceta Médica de México: Tomo XVIII, No. 15 Págs. 293-305. 1o. de agosto de 1883.
 20. Silva Máximo: Ligeras consideraciones acerca de un absceso hepático abierto en la pared abdominal. La Escuela Médica: Tomo V, No. 13, Pág. 164. 1884.
 21. Terrés José: Absceso hepático. Revista Médica de México: Tomo I, No. 1, Pág. 14. 1888-1889.
 22. Mejía Demetrio: Algunas particularidades relativas a las hepatitis supuradas, su terminación y tratamiento. Observaciones. Autopsias. Gaceta Médica de México; Tomo XVIII, No. 4, Págs. 61-71. 15 de febrero de 1883.
 23. R. del Valle. Diagnóstico de los abscesos del hígado. La Escuela de Medicina: Tomo XV, No. 1, Pág. 498. 1889-1900.
 24. Díaz Lombardo Germán: Algo sobre tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios. Gaceta Médica de México: 2a. Serie. 5, Págs. 53-54. 1905.
 25. Vértiz J.: Nota del Dr. J. Vértiz sobre abscesos de hígado. Gaceta Médica de México: 3a. Serie 7, Pág. 396. 1912.
 26. Vértiz Joaquín: Nota sobre abscesos hepáticos abiertos por los bronquios. Gaceta Médica de México: Tomo X, Pág. 176. 1915.
 27. Ulrich Ernesto: Contribución al estudio de los abscesos hepáticos de origen amibiano. Revista Mexicana de Ciencias Médicas: Tomo II, No. 1, Pág. 1. 1928.
 28. Alarcón Donato G.: Síndrome hepatopulmonar amibiano. Gaceta Médica de México: Tomo LXXIII, No. 5, Págs. 372-390. 31 de octubre de 1943.
 29. Haro y Paz Guillermo, Ramos Pedro, Sáenz Arroyo Rafael, Flores López Ramón: "Consideraciones sobre el tratamiento del absceso hepático amibiano". Revista de Gastroenterología de México: Año IX, No. 49, Pág. 1. 1944.
 30. Treviño Roberto: Abscesos hepáticos. Revista de Gastroenterología de México: Año XII, Tomo XII, No. 71, Pág. 372. 1947.
 31. Santillán Villaseñor Mario: Punción del absceso hepático amibiano. Revista de Gastroenterología de México: Año XIII, Tomo XIII, No. 77, Pág. 293. 1948.
 32. Acevedo Olvera Alfonso: Tratamiento médico del absceso hepático amibiano. Revista de Gastroenterología de México: Año XIV, Tomo XIV, No. 82, Pág. 197. 1949.
 33. Ayala González Abraham. Tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos. Revista de Gastroenterología de México: Año XIV, No. 82, Pág. 202. 1949.

34. Haro y Paz Guillermo: Abscesos piógenos del hígado curados con sulfas y antibióticos. *Revista Hígado y Bazo*: Vol. I, Nos. 1 y 2. 1949.
35. Sepúlveda Bernardo, Jinich Horacio: Hepatitis y abscesos hepáticos amibianos; diagnóstico y tratamiento médico. *Revista de Investigación clínica del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*. Vol. XI, No. 3, Págs. 283-307. Julio 1950.
36. Aguirre Alejandro, Beltrán Francisco.—Absceso hepático postoperatorio. *Boletín Médico del Hospital Infantil*: Vol. VII, No. 6, Págs. 894-899. Diciembre de 1950.
37. Fournier V. Raúl, Treviño V. Armando: La Cloroquina en el tratamiento del absceso hepático amibiano. *Revista de Gastroenterología de México*: Tomo XV, No. 90, Pág. 392. Nov.-Dic. 1950.
38. Villalobos Ma. Elena, Celis Alejandro, Robles Díaz Alberto. Complicaciones respiratorias del absceso hepático. *Revista Médica del Hospital General*: Vol. XIX, No. 7, Pág. 395. Julio de 1951.
39. Haro y Paz Guillermo: Experiencia en el tratamiento del absceso hepático amibiano en el servicio de Gastroenterología del Hospital General: Año XVII, Tomo XVII, No. 99, Pág. 167. 1952.
40. Flores López Ramón: Ruptura espontánea de absceso hepático amibiano. *Revista de Gastroenterología de México*: Año XVIII, Tomo XVIII, No. 105, Pág. 140. 1953.
41. Orozco G. Elena: Tratamiento actual del absceso hepático. *Revista Mexicana de Medicina*: Vol. XXX, No. 679, Pág. 297-302. Julio de 1953.
42. González Constandse R.: Tratamiento médico del absceso hepático amibiano. *Prensa Médica Mexicana*: Vol. XIX, No. 2, Págs. 283-6. 1953.
43. Acevedo Olvera Alfonso, Silva Rivera Guillermo: Neumografía intrahepática en abscesos amibianos, *Revista de Gastroenterología de México*. Año XIX, Tomo XIX, No. 109, Pág. 1. 1954.
44. Ortiz de Montellano Everardo, Serrano Hebe, Guerrero Vicente: Absceso hepático amibiano abierto a pericardio. Relato de un caso con supervivencia. *Revista de Gastroenterología de México*: Año XIX, Tomo XIX, No. 110, Pág. 84. 1954.