LAS PLEURESIAS PURULENTAS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

c.1.

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

DANIEL AGUIRRE,

Ex-Interno del Hospital General de Guatemala (Primer Servicio de Medicina 1903-1904.)

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

MAYO DE 1905.

GUATEMALA

Tipografía de Arturo Síguere y Cía.

6ª Av. Sur, Nº 1.

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

ACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

PROPIETARIOS:

DECANO	Doctor	Don	Juan J. Ortega.
VOCAL 1º	"	"	Luis Toledo H.
VOCAL 2º	"	"	Nicolás Zúñiga.
VOCAL 3º	"	"	Luis A. Abella.
VOCAL 4º	"	"	Mariano S. Montenegro.
SECRETARIO	"	"	Ernesto Mencos.

SUPLENTES:

DECANO	Doctor	Don	Javier A. Padilla.
VOCAL 1º			
VOCAL 2º	"	"	Rafael Mauricio.
VOCAL 3º	Licdo.	"	Manuel Monge M.
VOCAL 4º	"	"	Alberto Argueta.
SECRETARIO	Doctor	Don	Alberto Padilla.

Tribunal que practicó el examen general privado:

DECANO	Doctor	Don	Juan J. Ortega.
VOCALES	"	"	José Azurdia.
	"	"	Domingo Alvarez.
	"	"	Julio Sánchez.
SECRETARIO	"	"	Ernesto Mencos.

NOTA.—Solo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en tesis. (Artículo 286 de la Ley de Instrucción Pública.)

Honorable Junta Directiva:

He aquí mi trabajo, que pondrá fin á esta ya luenga vida de estudiante. Juzgadlo, nada hallaréis allí de nuevo; sólo he querido condensar en él lo que se ha escrito sobre un tema cuya importancia está á la vista de todos. Como mis conocimientos en la materia distan mucho de ser profundos, no dudo que estará plagado de errores; pero ¿quién ha escrito entre nosotros nada nuevo? Acaso no hayan faltado quienes con sobra de voluntad han emprendido la tarea; pero de seguro, desalentados por la carencia de medios, han renunciado á ella y se han limitado á copiar; ¡triste fin de todos los que no podemos hallar otro medio de salir del paso!

Qué triste es tener que decir la verdad! La verdad que tanto lastima el amor propio, la que nos hace bajar la vista y avergonzarnos de nosotros mismos. Es cierto; nada hallarán aquí los que se hagan la ilusión de encontrar algo digno de leerse, absolutamente nada. Una recopilación de lo que sobre este punto se ha escrito, extractada, reducida, agotada como dicen los químicos.

Y bien! Puede exigirse belleza á la naturaleza silvestre? Puede acaso la tierra más fecunda dar frutos si no hay quien la cultive? Puede acaso la inteligencia alzar su raudo y poderoso vuelo hasta la región infinita de la ciencia, si apenas tiene algunas plumas en sus alas? Puede el pensamiento humano elevarse hasta las sublimes concepciones del arte, si carece de fuerzas y si tiene que moverse dentro de una estrecha cárcel donde apenas dispone de espacio para ello?

El corazón y el cerebro, lo que se siente y lo que se piensa, lo que impresiona las más íntimas fibras de la vida, y la expresión libre de esos sentimientos no pueden separarse un solo instante, y mientras el pensamiento vegeta encadenado, el corazón se degenera.

La vida en una atmósfera viciada por deletéreos gases, es imposible. Las funciones orgánicas se paralizan; á la parálisis sucede casi inmediatamente la muerte y luego la descomposición y la vuelta de la naturaleza á su estado más simple. Con ésto, la desaparición del sér y el olvido.

La inteligencia, sublime manifestación de la vida del hombre, tampoco puede vivir, pero ni desarrollarse en un medio impropio, falto de todos ó casi todos los elementos de subsistencia. La libertad es á la inteligencia, lo que el oxígeno á la vida orgánica. Una y otro son indispensables, tanto que nada puede la una sin el otro.

El marasmo y el decaimiento que nos invade y nos imposibilita se hace cada día mayor. Así como la falta de movimiento degenera los músculos y los atrofia, la falta de libertad hace degenerar las inteligencias é impide el desarrollo de las facultades que le son inherentes.

Plantas sin luz, estamos destinados á morir sin gloria, con esa muerte oscura y miserable de los seres ínfimos. Organismos sin fuerzas, tendemos á desaparecer en el ocaso de nuestra vida de ilotas sin haber alcanzado á comprender la grandeza de lo que nos rodea, sin haber alcanzado la gloria, sin haber comprendido la naturaleza en las grandiosas manifestaciones de su existencia.

DIJE.

DIAGNÓSTICO DE LAS PLEURESÍAS PURULENTAS

I

DEFINICIÓN.— La inflamación de la serosa que envuelve los pulmones, de la pleura, ha recibido el nombre de pleuresía ó pleuritis, que según la intensidad del proceso inflamatorio, puede ser aguda ó crónica, seca ó con derrame; y según la cualidad del derrame se llama sero-fibrinosa, purulenta, hemorrágica, etc.

ETIOLOGÍA.— Entran entre las múltiples causas que pueden darle nacimiento, las siguientes: El frío, al que tánto se le concedía en otro tiempo, y que hoy es considerado más bien como un medio, como un agente provocador, quedando en su lugar, como verdaderas causales, los agentes microbianos que han llegado hasta la pleura, y se desarrollan allí, produciendo ya una pleuresía simple cuya intensidad es poco peligrosa relativamente, ya pleuresías gravísimas que comprometen la vida del enfermo.

Figuran entre éstas, las que aparecen en los individuos atacados de una infección grave, (tifoidea, escarlatina, etc.) en los que, hallando un terreno bien dispuesto y un organismo casi indefenso, alcanzan mayor grado de virulencia, haciendo de estas complicaciones una fase fatal que oscurece el pronóstico.

El más común de los micro-organismos hasta ahora encontrados, es el bacilo de Koch, de tal modo que, en Francia sobre todo, se le atribuyen todas las pleuresías llamadas antes *a frigore*. Landouzy concluye, de sus investigaciones, que el 98% de las pleuresías son de naturaleza tuberculosa; Netter da un promedio de 70 á 80%. Aschoff ha experimentado, inoculando exudado pleurítico en conejillos, obteniendo un porciento positivo, y concluye diciendo que "casi todas las pleuresías llamadas idiopáticas son de origen tuberculoso." Unverricht no es del mismo parecer, y considera excesivas las opiniones de la escuela francesa, fundándose en que hay un gran número de pleuríticos que, una vez curados de su pleuresía, no tienen nunca ninguna manifestación tuberculosa; y aunque puede objetársele que la tuberculosis es curable, no es éste un argumento de mucho peso, puesto que esa cuabilidad es aun un problema.

Eichorst acepta que hay un gran número de pleuresías cuyo origen es tuberculoso, pero que hay también grupos que aparecen de tiempo en tiempo, hasta cierto punto epidémicas, y que hay una pleuresía que representa una enfermedad infectiva independiente

Debemos hacer mención también de las observaciones que algunos facultativos nuestros han hecho con respecto á la importancia de la tuberculosis y su influencia sobre la patogenia de los derrames.

Gracias á la bondadosa cooperación del Doctor Azurdia que nos ha facilitado algunos datos, podemos decir que entre nosotros es bastante frecuente la aparición de derrames pleurales como primera manifestación de una tuberculosis que, si bien no ha tenido repercusión alguna sobre el organismo, no por eso dejan de ser sospechosas.

Se trata en el primer caso de una muchacha de 9 años, atacada de tifoidea y complicada de supuración de los oídos. Algunos días después de la crisis, y cuando se creía que el peligro había pasado, la fiebre se presenta, la temperatura alcanza 39.5 y 40°, sobreviene fatiga, dolor de costado, tos; el tórax se abomba y la disnea es horrible. Ante un cuadro tal, se hace una punción exploradora y se extrae pus. Los signos clínicos del derrame son claros y la intervención se impone. Practícase una pleurotomía que da salida á 3 litros de pus. Curación sin drenaje. Todos los fenómenos alarmantes desaparecieron rápidamente, y la herida cicatrizó por primera intención. En la actualidad, la muchacha es robusta y no padece de nada. Este caso parece más bien debido al bacilo de Eberth.

En los otros enfermos se desarrolla más ó menos como sigue:

Se trata de una señorita cuyos antecedentes son muy dudosos. L. B.—La tuberculosis se ha presentado en algunos miembros de su familia. Ella no había presentado hasta entonces ninguna manifestación. A causa de un enfriamiento es atacada de tos, dolor de costado, fiebre, disnea, etc. Los signos físicos corroboran de igual modo y hacen sospechar una pleuresía seca que fué tratada con revulsivos, antisépticos pulmonares, etc. Ningún accidente posterior. Curación rápida. Después no ha vuelto á padecer de nada.

A. R., estudiante de Medicina, es atacado en medio de una buena salud, de una pleuresía sero-fibrinosa que fué la primera manifestación de una tuberculosis que evolucionó con toda rapidez, invadiendo ambos pulmones y la laringe. Este joven, imbuído de las ideas que hicieron del cacodilato un medicamento de moda, abusó de tal modo que se intoxicó y fué atacado de parálisis consecutivas, padeciendo aun hoy de una parálisis del radial. Gracias al excelente régimen higiénico y alimenticio, está un poco bien y ha conseguido ver estacionarse su tuberculosis.

—P., hijo de un Médico, ha venido padeciendo, desde su tierna infancia, de una serie de enfermedades, de las que felizmente ha salvado. A los 10 ú 11 meses fué atacado de escarlatina maligna, como complicación, sobrevino, pocos días más tarde, una supuración de los oídos que aún le dura al lado izquierdo, á pesar de los cuidados á que está sujeto; tuvo una nefritis escarlatinosa que revistió caracteres alarmantes, llegándose á coagular toda la orina que se colocaba en un tubo de ensayo. No obstante todo esto, pasó después de mil vicisitudes á una salud relativa y fué llevado al campo donde mejoró rápidamente. De vuelta á Guatemala, es atacado 15 días después de un dolor de costado muy agudo; tos quintosa, fiebre de 39°. La percusión, palpación y auscultación, denuncian una pleuresía con derrame el cual es extraído rápidamente, trayendo un curación rápida y duradera; pues hoy, después de un año, está sano, bastante robusto y vivaracho.

Estos casos, y varios otros más que sería largo enumerar, ponen de relieve la frecuencia de los derrames en los niños, y al mismo tiempo la facilidad relativa con que curan sin que haya más tarde manifestaciones de otra especie, no obstante la fuerte prevención que en favor de la tuberculosis existía en ellos.

En el mismo caso se halla la niña, objeto de la observación III que va al fin, y que fué operada por el Doctor Ortega, y la que hacemos objeto de referencia á propósito del tratamiento quirúrgico.

Entre los numerosos micro-organismos que pululan en los derrames pleuríticos, desempeñan un papel de importancia los siguientes: el estreptococo, pneumococo, el estafilococo, el bacilo de Eberth, y muchos otros que estudiaremos más adelante, á propósito de la Bacteriología, y que en los derrames pleuríticos, purulentos sobre todo, contribuyen á darles un carácter especial que ha servido á varios autores para hacer una división en el estudio de las pleuresías purulentas, basándose en la presencia de uno de estos microorganismos y en los caracteres que cada uno de ellos hace tomar á la marcha de la enfermedad.

En otros casos, la pleuresía es consecutiva á lesiones ó procesos patológicos de vecindad, así la vemos desarrollarse en los casos de abcesos subfrénicos, en la intoxicación apendicular, etc.

Las lesiones pulmonares, tales como la pneumonía, la gangrena, la sífilis pulmonar, etc., provocan gran número de veces las pleuresías que las acompañan.

Una multitud de afecciones más pueden provocar también inflamaciones de la pleura; por ejemplo, los quistes hidáticos del hígado, aneurismas de la aorta descendente, tumores del mediastino, etc.

Los traumatismos tienen su parte importante. Las lesiones de la columna vertebral, etc., etc., las provocan aún. Muchos procesos abdominales (peritonitis tuberculosa, infección puerperal), ejercen una funesta influencia en la aparición de los procesos pleurales.

Las pleuresías purulentas reconocen idénticos orígenes, sólo que tratándose de ellas, los agentes microbianos son la causa de la purulencia, cualquiera que sea la vía por la cual invadan la pleura.

II.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones de las pleuresías purulentas son más acentuadas á medida que envejecen. El líquido es al principio sucio y seropurulento se hace rara vez purulento *d'emblé* (desde luego; inmediatamente).

Las dos hojas de la pleura se cubren de falsas membranas que se hacen más y más espesas, se organizan y forman por su reunión tabiques que dividen la cavidad pleural en pequeños compartimentos, donde algunas veces se aloja el pus formando verdaderos quistes. Las adherencias provocadas por estas falsas membranas impiden el resbalamiento de las hojas pleurales.

La cantidad de líquido es muy variable y alcanza hasta 3 y 4 litros; el pulmón está retraído y como amostazado en el vértice de la cavidad, ó junto á la columna vertebral y forma en algunos casos una especie de muñón supurante; otras veces las adherencias le impiden el resbalamiento hacia el fondo de la cavidad y entonces se aplasta sobre sí mismo, tomando una forma variable según la disposición de las adherencias. En todo caso es incapaz de funcionamiento alguno.

Las paredes del tórax están deformadas unas veces, retraídas otras, algunas son perforadas. Las costillas son origen de supuraciones que se agregan á las del pulmón y que contribuyen á hacer mayores los sufrimientos de los desgraciados enfermos.

Cuando el pus abre una vía en una dirección cualquiera, deja fístulas por donde queda saliendo, á medida que se forma, y que no desaparece sino para reaparecer en cuanto el derrame alcanza de nuevo regulares dimensiones. Al travez de ellas penetra algunas veces el aire, dando lugar, por su presencia y contacto con el pus, á la formación de gases que vienen á constituír lo que se llama un pío-pneumo tórax.

También hay casos, y frecuentes, en que debido á una lesió avanzada de la tuberculosis pulmonar, la pleura y el pulmón s adhieren de tal modo que forman, por decirlo así, como un plastró Estas adherencias se hacen por lo general al nivel de las caverna tuberculosas, y contribuyen á la producción de la macicez limitada aún del soplo anfórico que se oye auscultando al nivel de las caverna

III.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es relativamente fácil para aquellos que cont nuamente frecuentan los Hospitales y gustan de hacer un exame detenido y minucioso de los enfermos que en ellos se asisten. N sucede lo mismo con los que pasan ante ellos sin cuidarse poco r mucho de lo que sufren los desgraciados. Una observación detenid de los síntomas y una racional interpretación de éstos, pueden condu cirnos con alguna facilidad al diagnóstico.

Cuando nos encontremos enfrente de un enfermo en que se sosp che una afección torácica, debemos, para ser metódicos, plantearno las proposiciones siguientes:

1ª Es una afección torácica la que aqueja al enfermo?

2ª Qué clase de afección es? Es pulmonar, pleural ó mediastin

3ª Si es pleural, ¿hay ó no derrame? ¿De qué clase es, y cuál e su abundancia?

4ª Cuál es su origen y qué tratamiento debe dársele según la condiciones é indicaciones que se nos presenten.

Rara vez es difícil dar una contestación satisfactoria á nuestr primera proposición. El enfermo nos dice que tiene fatiga, to dolor de costado; que no puede acostarse de un lado, que le falt aire, pareciéndole que va á ahogarse. Tiene dificultad para lo movimientos, y su cara acusa el sufrimiento que le abruma.

La observación de estos síntomas nos hará comprender qu nuestro enfermo está atacado de una afección aguda del aparat respiratorio. Su análisis nos hará conocer la clase de afección que aqueja, y su armonización con otros signos nos permitirá llegar diagnóstico.

Trátase casi siempre de individuos que se ocupan en rudo trabajos (labradores, herreros, albañiles, etc.) ó de mujeres que

ocupan de oficios comunes, pero cuya constitución acusa una extrema debilidad; ó bien de individuos atacados de alguna infección grave (tifoidea, escarlatina, etc.)

Sanos hasta el día que empezaron á sufrir, es después de una lluvia que les sorprendió en su trabajo, ó á consecuencia de un baño frío ó una brusca salida de una habitación caliente al patio ó calle; y en los convalecientes, bruscamente. Tal es el primer acontecimiento. Después, desde el mismo día, tuvo un poco de fiebre, cuyo grado no ha sabido apreciar; la tos ha aumentado molestándole bastante, el dolor de costado le impide hasta los mas ligeros movimientos. Ante un cuadro tal, no es difícil afirmar que el aparato respiratorio de un individuo está atacado de una afección aguda.

Veamos cómo podemos descartar la pleuresía de los otros procesos patológicos que pueden desarrollarse en el aparato respiratorio. Para ello nos valdremos de los métodos clínicos: inspección, palpación, percusión, auscultación; y analizaremos cada uno de los signos que nos suministran dándoles su interpretación más racional.

La inspección, nos hace notar, en un gran número de casos, ó un abombamiento de la región toráxica de un lado, ó un aplanamamiento y depresión de la pared; siempre una inmovilidad del lado afectado, casi absoluta, y un ensanchamiento de las excursiones respiratorias del lado opuesto.

El enfermo señala con su dedo donde le duele más y procura inmovilizar todo su tronco, ejecutando sus movimientos con lentitud. Está muchas veces inclinado hacia el lado enfermo; y parece que rehuye la posición regular, procurando la relajación de todos los músculos de lado enfermo.

Con un poco de atención pueden notarse á la simple vista las enormes desviaciones viscerales producidas por los grandes derrames, sobre todo del lado izquierdo. La disnea se impone y el sufrimiento es tal que se refleja en el semblante del individuo.

La palpación nos permite conocer síntomas de gran valor é importancia. Debemos insistir á propósito del modo de practicarla, ya que hemos tenido oportunidad de verla practicar de diferentes modos en las salas de nuestro Hospital. Todos los autores recomiendan hacerla poniendo la mano completamente de plano, en contacto con la parte palpada. Así podremos apreciar con facilidad las diferencias de intensidad de las vibraciones torácicas. Sinembargo, oímos á un clínico nacional aconsejar la palpación con la cara palmar de los dedos y con el borde cubital de la mano. Nuestro Jefe

de Clínica, Dr. Domingo Alvarez, no aconseja hacerla sino con toda la mano, despacio y cuidadosamente, lo cual nos ha permitido apreciar mejor el estado de las vibraciones torácicas. Cuando se hace hablar al enfermo en voz alta, se nota, por lo general, una disminución en la intensidad y la desaparición completa, en cuanto el derrame, alcanza una cantidad regular. Hay, pues, aquí disminución de las vibraciones torácicas del lado enfermo. Solo en los exámenes clínicos delicados, cuando se quiere apreciar muy detenidamente el límite del derrame ó las diversas zonas de enquistamiento, debe practicarse la palpación con el borde cubital de las manos. Sólo la experiencia puede hacernos fácil la apreciación de estos fenómenos.

Al lado opuesto nótase un aumento aunque no muy notable, como que la mayor cantidad de aire que se ve obligado á alojar el pulmón sano le hiciera más sonoro.

La percusión, que más comunmente se practica con los dedos de la mano derecha encorvados en ángulo recto, es de una importancia notable. Por su medio y practicándola centímetro por centímetro, podremos apreciar el estado del pulmón y el límite del derrame, si es que existe. Recordemos que en el estado normal hay tres zonas diferentes, cuyo sonido varía un poco, en razón de la disposición misma del órgano. En la parte superior el sonido es claro; un tanto velado por la interposición de la escápula hacia el medio; sonoro hacia abajo, esta sonoridad disminuye muy poco en la parte inferior. Cuando el derrame existe, la percusión da un sonido mate ó macizo, y esta macicez se extiende á toda la región ocupada por el derrame, aumentando ó disminuyendo, según que la cantidad de líquido aumente ó disminuya. Es importante marcar con un lápiz el límite del derrame, á fin de darse cuenta de las variaciones que sufra, como de la forma que adopte, ya que en más de una ocasión acepta formas caprichosas y variadas, debidas á la presencia de falsas membranas organizadas y que forman tabiques. No hay que confundir la macicez hídrica, reveladora de la presencia de un derrame seroso ó purulento, con la que se observa en una condensación del tejido pulmonar, en una esclerosis, congestión, etc.; la regularidad y el carácter de esta macicez, lo mismo que la marcha de la enfermedad, nos permitirán distinguirlas.

En algunos casos es de difícil apreciación, y hay necesidad de mucha delicadeza para no exagerar ni disminuír su importancia.

También es importante desde el punto de vista del tratamiento, puesto que, por su medio [illegible]

y este volumen constituye en la actualidad una base para la intervención.

La percusión nos da á conocer un sonido particular, cuya existencia se debe al grado que haya alcanzado el derrame; nos referimos al skodismo. Cuando percutimos el vértice de ambos pulmones, en el estado normal, el sonido que en ellos se produce es claro; pero desde que el derrame ha alcanzado una altura mediana (5.ª ó 6.ª costilla) se oye, al percutir, que hay mayor sonoridad. Esta sonoridad disminuye á medida que la cantidad de líquido aumenta, y desaparece cuando ha alcanzado 1,800 ó 2,000 gramos. Su importancia no es tanta como quiso dársele cuando se descubrió; no obstante, su presencia es reveladora, en muchísimos casos, de un derrame pleural.

La auscultación, un procedimiento de investigación que debemos al inmortal Laenec, y cuyo descubrimiento no acabaremos de apreciar, es en estos casos de una importancia inapreciable.

Por su medio completamos nuestro examen y conocemos varios fenómenos cuya existencia son de una seguridad casi absoluta..

Cuando hay derrame, el murmullo vesicular se halla disminuído y desaparece en cuanto ha alcanzado algún volumen. Hacia la parte superior del lado enfermo, pero sobre todo al lado sano se oye aumentado (respiración suplementaria); va disminuyendo á medida que se aproxima al límite del derrame, no oyéndose nada en toda la extensión de éste.

El soplo suave, lejano y velado, que se percibe al nivel del derrame y hacia su parte superior, existe al principio de la enfermedad, desapareciendo cuando el derrame aumenta y reapareciendo si disminuye.

No hay que confundir este soplo con el tubario de la pneumonía; su menor intensidad, su carácter de velado y lejano, no permiten confundirlo con el otro cuyo timbre es característico, y cuyo asiento es casi invariable.

Uno de los síntomas más importantes que nos da á conocer la auscultación es el *frote*. Rudo al principio, recordando el crugido del cuero nuevo, es clásico al principio de toda pleuresía. Débese al roce de las dos hojas pleurales, cuyas superficies, en lugar de ser lisas, están inflamadas, gruesas y no resbalan con facilidad.

Cuando el exudado existe en cantidad regular, el frote desaparece y no se oye más, la razón es obvia. Al desaparecer el derrame, preséntase de nuevo, dándosele entonces el nombre de frote de retorno. Es algunas veces difícil de encontrar, porque ó no se le busca con el cuidado necesario, ó es un poco perceptible para oídos poco ejercitados. Frecuentemente se halla al nivel de la pared interna de la axila ó un poco más abajo. También es frecuente encontrarlo al final de la inspiración, hacia atrás, en la base del pulmón.

Es posible y casi seguro oírlo al final de las grandes inspiraciones ó al terminar la expiración.

La auscultación de la voz nos proporciona el conocimiento de tres fenómenos de suma importancia, y son la broncofonía, la egofonía y la pectoriloquia afónica.

Prodúcese la primera en los derrames medios, cuando por la compresión el tejido pulmonar se ha vuelto más denso. No es exclusivamente debida á los derrames; es en ellos menos intensa que en la pneumonía; también se oye en la esplenización pulmonar y algunas veces en la dilatación de los bronquios

La egofonía, voz de cabro, es una variedad de la anterior; óyesela, aunque transitoriamente, en un pequeño espacio en la proximidad del ángulo del homóplato. Desplázase con los cambios de posición del enfermo. Es casi exclusivamente denunciadora de un derrame mediano y de reciente formación. Su presencia en un sólo lado corresponde con la unilateralidad del derrame. Parece deberse á las vibraciones independientes de una lámina pulmonar que flota en la superficie del líquido y resuena de un modo especial (Barth).

También suele encontrarse en los procesos de condensación y en la formación de cavidades en el tejido pulmonar (Ebstein).

La pectoriloquia afónica (Baccelli), es un fenómeno de propagación anómala de la voz baja. En el estado normal, cuando aplicamos el oído al tórax, apenas puede percibirse la voz cuando hablamos en secreto; no sucede lo mismo cuando hay derrame; entonces el cuchicheo de la voz se oye tan bien, que pueden percibirse con claridad todas y cada una de las palabras pronunciadas.

Dadas las condiciones en que se produce la mayor parte de las veces, se ha querido hacer de él un signo diferencial entre los derrames serosos y purulentos. En efecto, parece que en los primeros, la congestión edematosa del pulmón y la ausencia de falsas membranas, permiten su producción. No obstante, no debe tenerse una confianza tan absoluta. Se le ha oído en los derrames purulentos y en las infiltraciones y cavidades pulmonares. Jaccoud, en una de sus lecciones clínicas, afirma haberlo encontrado varias veces en derrames purulentos, en la infiltración cancerosa ó carcinosis pleural y en el cáncer reblandecido del pulmón.

Su importancia ha disminuído mucho desde la introducción de la punción exploradora, que ha venido á ser el medio más eficaz y seguro en la diferenciación de los derrames.

También podemos encontrar, por medio de la auscultación, otros ruidos tales como el retintín metálico, propio de las cavernas; la repercusión exagerada de la voz, la fluctuación torácica, que no son de tanta importancia, pero que pueden conducirnos, cuando están asociados á los anteriores, á la solución de nuestra segunda proposición.

Conocemos, pues, por los medios físicos de exploración que acabamos de exponer, que nuestro enfermo padece de una afección pleural, y que ésta va acompañada de derrame. Réstanos averiguar si el derrame es seroso, hemorrágico, purulento ó pútrido, y para ello procuraremos interpretar, de una manera racional, algunos fenómenos que se observan en el curso de las pleuresías con derrame, y cuyo análisis clínico haremos con alguna detención, á fin de que se conozca su importancia.

En primer lugar, la fiebre: he aquí un síntoma que rara vez deja de presentarse en el curso de una pleuresía aguda. Brusca en su aparición, la mayor parte de las veces alcanza 38°5 39° 40°, con ó sin oscilaciones. Dieulafoy dice que en las pleuresías purulentas la fiebre no tiene un carácter determinado, lo que no parece muy conforme con lo que diariamente se observa. Si es verdad que tanto en los derrames serosos como en los purulentos falta muy rara vez, no es menos cierto que los caracteres que reviste, pueden permitirnos sospechar la presencia de un derrame purulento. Así, en los derrames serosos hemos observado muy poca elevación de temperatura, en general 38° 38°5, y sólo al principio del accidente; desapareciendo en cuanto han pasado los fenómenos agudos. De ello tenemos varias observaciones que hemos recogido durante nuestro internado en el Hospital General, de los cuales en el que ocupaba el número 27 de la 1ª Sala de Medicina, asistido en el mes de mayo del año pasado, la fiebre duró 3 días, habiendo cesado desde la tarde del tercero cuando el dolor de costado había disminuído mucho, cedía la tos que ya era un poco más moderada, y sólo quedaban, para demostrar la presencia del derrame, la macicez, la egofonía y algo de pectoriloquia afónica, lo mismo que un chasquido al nivel de la escapula en la parte posterior de la axila. Del mismo modo el enfermero de esa Sala, Elfego, jamás tuvo más de 38° y llevaba unos 1,200 gramos de líquido en su pleura. Habíase quejado de fiebre los dos primeros días de su gravedad. En cambio la temperatura es casi constante en las pleuresías con derrame purulento, en las que, cualquiera que sea su origen, denuncian su formación por medio de una fuerte temperatura, ya sea que se forme bruscamente, ó ya que una pleuresía serosa se transforme en purulenta.

Unverricht insiste muy especialmente en el carácter de la fiebre, y dice que, por regla general, el proceso no se inicia violentamente, no hay frío, sino alguno que otro escalofrío; la temperatura sube lentamente, sólo en los casos muy graves y en especial en los que más tarde serán purulentos, puede abrirse la escena con un escalofrío violento, y la temperatura sube violentamente alcanzando 40° y más.

Piensa que si á un violento principio se agrega una persistencia de la fiebre durante varios días, con exacerbaciones entrecortadas de remisiones cortas y escalofríos, casi podemos afirmar la existencia de un derrame purulento.

La presencia de los microorganismos, tales como el estreptococo, el pneumococo, el bacilo de Koch; la exaltación de su virulencia en la cavidad cerrada pleural, y la enérgica reacción del organismo frente á dichos microbios y á sus toxinas, explican con bastante claridad la más ó menos fuerte elevación de temperatura (Manquat).

Las supuraciones prolongadas, por otra parte, cualquiera que sea el origen y el agente infeccioso que las provoque, se manifiestan siempre por la constancia de la temperatura y la caquexia del individuo.

Otro signo importante es el edema; poco apreciable en algunos casos, hasta el extremo de pasar desapercibido ante ojos inexpertos, es en otros extremadamente notable y es visible hacia el borde posterior de la axila, hacia la extremidad inferior del homóplato y en algunos casos se extiende hasta el brazo del mismo lado.

Wintricht, conociendo la suma importancia de este signo en las pleuresías purulentas, ha ideado un modo por medio del cual se hace perceptible el edema de la pared toráxica por pequeño que sea. Consiste en hacer con los dedos pulgar é índice de ambas manos, en puntos simétricos del tórax, un pliegue igual en cuanto sea posible.

Cuando una vez hecho el pliegue se suelta la piel, en el lado enfermo el espesor del pliegue será mayor.

No hay que confundir este edema con el fenómeno que aparece en las mismas pleuresías purulentas, cuando la cantidad de líquido derramado es excesiva: nos referimos al empiema pulsátil. Este es un pequeño tumor acuminado que aparece en un lugar variado del

tórax, más frecuentemente entre el 6º y 7º espacio intercostal del lado izquierdo, que aumenta ó disminuye con la respiración y que pulsa como si estuviera animado de latidos. En la gran mayoría de los casos existe en los derrames purulentos del lado izquierdo y va acompañado de enormes desviaciones viscerales, hallándose rechazado el corazón de tal modo que pasa el borde del esternón.

El empiema pulsátil es exclusivo á los derrames purulentos. Sin embargo, Fraentzel y Eichorst describen algunos casos de sero-tórax pulsátil (Ebstein).

El dolor, que bajo la forma de dolor de costado es tan frecuente al principio de las pleuresías, no reviste caracteres que puedan hacernos pensar en la serosidad ó purulencia del derrame. Sucede lo mismo con casi todos los signos físicos que la inspección y la percusión nos dan á conocer. No pasa esto con la auscultación, por medio de la cual conoceremos algunos signos de mayor importancia.

Auscultando el pecho del lado enfermo, dice Dieulafoy, no se percibe nada, hay una ausencia completa de todo ruido, tanto normales como anormales. Algunas veces hay soplo de timbre brónquico, cavernoso y aun anfórico. En cuanto á la egofonía, tan característica en los derrames serosos y aun sero-purulentos, desaparece generalmente en los purulentos, y la pectoriloquia afónica pierde allí sus caracteres (Baccelli).

Los caracteres de los esputos podrán llamar la atención de un experto, pero en la mayor parte de los casos pasan desapercibidos. Sinembargo, hay un período en la marcha de las pleuresías purulentas en que los caracteres de los esputos pueden permitirnos sospechar la clase de derrame.

La pleura, como toda membrana animal, es permeable. Se verifica pues, en ella, como en una membrana en experiencia, un fenómeno de ósmosis, por el cual, el pus coleccionado en su cavidad, pasa al travez de ella y llega á los bronquios, de donde es arrojado al exterior por la expuición. Pero hay aun casos más concluyentes en los que el pus es arrojado de tal modo que sale á bocanadas como cuando se vacía una gran caverna pulmonar; nos referimos á la vómica. En un momento inesperado, el enfermo es presa de tos, pero de una tos incesante, que no disminuye sino con la salida de grandes cantidades de pus. La pleura se ha ulcerado; el pus se ha abierto paso al travez de esa ulceración hacia los bronquios y es arrojado por la boca.

La vómica, que era bastante frecuente en los derrames purulentos de la gran cavidad pleural, cuando se temía abrirla, va siendo cada vez menor á medida que se conocen los ventajosos resultados de la toracentesis y de la operación del empiema (Trousseau.)

Es aun bastante frecuente en los derrames enquistados y en los derrames interlobulares, cuyo diagnóstico es bastante difícil.

No hay que confundir las vómicas producidas por la perforación de la pleura y debidas á la presencia de una colección purulenta en su cavidad, con las vómicas consecutivas á quistes hidatídicos del pulmón, quistes hidáticos del hígado, abcesos del mismo, etc., que pueden evacuarse por la boca, después de haberse abierto en un grueso bronquio los dos primeros, y de haberse abierto paso al travez del diafragma los segundos.

Un minucioso examen clínico, los signos físicos propios de estos procesos, la marcha de la lesión y los caracteres del líquido arrojado, cuyo análisis micróscopico puede hacerse con relativa facilidad, no nos permitirán confundirlos unos con otros.

La vómica pleural es, en este caso, patognomónica de las pleuresías purulentas enquistadas.

Quédanos aún, como medio seguro de diagnóstico, la punción exploradora. Esta se practica con una jeringa pequeña de Pravaz, hundiendo la aguja en un espacio intercostal aparente según la cantidad y la localización del derrame; ordinariamente en el 6º, 7º ú 8º espacio intercostal.

Ya no es indispensable hacer notar que para llevarla á cabo debemos estar completamente antiseptisados. No sería perdonable ver á un Médico que hace una punción exploradora sin antisepsia. Nadie ignora los benéficos resultados de los procedimientos antisépticos aun en las más pequeñas intervenciones quirúrgicas.

Húndase, pues, la aguja en un espacio intercostal hasta sentir que penetra en la cavidad, (sensación de resistencia vencida) y armado de la jeringa hágase ajustar bien á la aguja y hágase el vacío. El líquido se precipita lentamente. Cuando se haya sacado lo que necesitamos, retírese la aguja y cúbrase con colodión yodoformado el lugar por donde penetró. Procédase enseguida al examen del líquido atraído á la simple vista y al microscopio, con ó sin coloración; y, por último, á los cultivos, para reconocer, por sus caracteres, qué clase de agente infeccioso se ha desarrollado.

Cabe aquí dar á conocer la división que hacen Dieulafoy y los más modernos autores, de las pleuresías purulentas, clasificándolas según el agente séptico que las produce.

Tenemos, en primer lugar, las pleuresías purulentas debidas al estreptococo. Solamente los caracteres del pus y los cultivos, seguidos del examen microscópico, pueden darnos una idea completa para conocer cuando una pleuresía purulenta es estreptocócica. Casi exclusivamente propia del adulto, donde se la ha encontrado con frecuencia, es rarísima en los niños, donde el pneumococo parece ser el predominante.

Rara vez purulentas *d'emblé*, el líquido pasa por una serie de transformaciones desde turbio hasta purulento. Sin ser homogéneo ni luable, como el pus, debido al pneumococo, es por el contrario mal ligado, y colocado en un vaso, sepárase en dos capas: una serosa que sobrenada y otra espesa, pulverulenta, que cae al fondo (Dieulafoy).

Los caracteres del cultivo del estreptococo son los siguientes: En caldo claro, nadan grumos en forma de capas que se depositan en su mayor parte á lo largo de las paredes del recipiente cuando está inmóvil. Depositánse en el fondo, dejando sobrenadar el líquido transparente, si se agita. No licúa la gelatina; coagula la leche; y en gelosa las colonias toman el aspecto de pequeños granos de sémola transparentes. Se desarrolla mal en patatas glucosadas y pierde rápidamente su virulencia en caldo, gelosa y gelatina. En una mezcla de líquido de ascitis (⅓) y caldo (⅔), Marmoreck ha conseguido conservar la virulencia durante varios días.

Aerobio y anaerobio, se presenta bajo la forma de pequeños cocus agrupados en cadenitas más ó menos largas, coloreándose por el Graam y sus derivados (Thoinot y Masselin).

Otra forma frecuente, pero sobre todo en los niños, es la pleuresía pneumocócica, que es también la que tiene más tendencia á las vómicas. Rara vez primitiva, es decir, que aparezca como la manifestación de un proceso patológico, es casi siempre consecutiva á una pneumonía. De 58 pneumónicos, 38 tenían pleuresías á pneumococos, según Maragliano. Año con año se presentan también en los servicios de nuestro Hospital General, gran número de pneumónicos, en los que rara vez deja de estar invadida la pleura. El año pasado (1904), se asistieron durante nuestro internado en el Primer Servicio de Medicina, no menos de 25 casos, en los que la pleuresía complicaba y agravaba la pneumonía. Recordamos el caso del enfermo que ocupó el número 9, al que se extrajeron no menos de 800 gramos de pus verdoso y poco fétido.

En el Segundo Servicio de Medicina, tuvimos oportunidad de observar 3 casos de pleuresías purulentas, cuyo origen un poco obscuro, lo atribuímos á pneumonías que habían sido mal asistidas en el campo. ¿Cómo diagnosticar una pleuresía purulenta producida por el pneumococo? Aquí también los caracteres del pus y los cultivos, son los únicos que nos permiten conocer que un derrame purulento es debido al pneumococo. Luable y de buena naturaleza, rico en elementos celulares y fibrina, espeso, cremoso, amarillo verdoso y poco fétido, no se separa, como el pus del estreptococo, en capas (Dieulafoy).

Cultívase difícilmente; necesita una temperatura media de 30 á 35°, pudiendo desarrollarse hasta 42°. A 43°, el desarrollo se detiene ó no se produce cuando se cultiva en caldo que enturbia ligeramente (Thoinot). En gelosa alcalinizada, da colonias redondeadas, poco salientes, comparables á pequeñas gotas de rocío. En suero, la sobrevida es mayor. Pero el suero de conejo es el líquido más á propósito para su desarrollo. En él pulula más, y conserva su virulencia durante mayor número de días. Colórase con el Graam y puede colorearse fácilmente con todos los colores anilinados. Su cápsula necesita una coloración especial; y se presenta este micrococo bajo la forma de diplococo lancolado y encapsulado.

También el stafilococo, el micrococus piogenes tenuis, el tetrágeno, el neumo-bacilo de Frienlander, el coli-bacilo, etc., pueden producir pleuresías purulentas que, como las anteriores, no pueden ser diagnosticadas, sino después de un examen microscópico detenido, y de sus caracteres de cultivo en los diversos medios de que dispone la Bacteriología.

Adrede hemos dejado por último el bacilo de la tuberculosis ó de Koch, cuya importancia en la producción de las pleuresías purulentas, es de primer orden. La tuberculosis es fuente principal en la producción de las pleurecías purulentas. Debemos recordar aquí un caso cuya observación resumimos, y que se presentó en la sala de mujeres, correspondiente al Primer Servicio de Medicina donde era Interno. Ocupó el número 28, y entró al Hospital quejándose de una fatiga extrema, decía que se ahogaba. Tenía poca tos, temperatura 39. No había podido dormir en 6 días y se hallaba tan postrada que fué preciso conducirla en una silla. La sola inspección del torax denunciaba un abombamiento muy marcado del lado izquierdo, y una desviación tal del corazón, que latía al lado derecho, bajo la 4ª costilla, en la línea mamaria.

Macicez absoluta en toda la altura del pulmón izquierdo, nada se oía á ese lado; en cambio, la respiración era fuerte, casi soplante en el lado derecho. Ni pectoriloquia, ni egofonía, ni soplo, ni frote

nada absolutamente. El exceso de líquido impedía la producción de alguno de estos síntomas tan preciosos en el diagnóstico de una pleuresía. En este caso la intervención se imponía rápidamente, si no queríamos ver ahogarse aquella mujer. Practicamos la punción con la aguja número 2 de Dieulafoy, y sacamos como 1,800 gramos de un líquido turbio, sin olor alguno, muy espumoso.

La disnea disminuyó notablemente, cesó la fatiga y esa noche pudo dormir mejor. Por la noche hubo poca tos y amaneció con 38°. Auscultando se oían pequeños crujidos en el vértice del pulmón izquierdo, había macicez aunque no tan pronunciada, y el aire salía á sacudidas.

Dos días después, como reapareciera la fatiga, aumentara la temperatura hasta 39° y la macicez se hiciera más marcada, se hizo nueva punción, sacando esta vez unos 2,000 gramos de líquido de un aspecto análogo al anterior. Entonces se notó que el corazón traspasó el esternón hacia su lugar correspondiente y latía en la línea para-esternal izquierda, al nivel del 6° cartílago intercostal. La temperatura de la tarde fué de 37.6, disminuyó la opresión y la fatiga, bebió un poco de caldo y leche, y durmió 3 horas. La tos permanecía en el mismo estado. En el examen que se hizo del estado del pulmón ese mismo día y los días siguientes, se notaron síntomas de una tuberculosis, que se acrecían más y más, llamándonos poderosamente la atención. Oíanse crujidos y estertores crepitantes en el pulmón izquierdo que había ocupado ya su lugar. Había submacicez, y las vibraciones torácicas parecían aumentadas. El examen bacteriológico del líquido no dió á conocer la presencia de bacilos de Koch, pero probablemente, por no decir otra cosa, no hallamos el bacilo, no tanto porque no existiera, cuanto por la falta de práctica que en esta clase de exámenes tenemos.

Esta señora, que pidió su alta á los 20 días de su llegada á la sala, volvió como un mes después, ocupando la cama número 344. De nuevo se había reproducido el derrame: el corazón desviado, macicez absoluta en los dos tercios inferiores, un poco de soplo y de egofonía. Nueva punción, extrayendo unos 800 granos de un líquido purulento, de color blanquecino, grumoso, y exalando un olor especial algo repugnante. La fiebre era de 39.2 y continua. Bajo la influencia de la punción y quitado el obstáculo, el corazón volvió muy poco hacia la izquierda, pero ya no hasta su lugar. No cesó la fatiga, la tos era constante y de vez en cuando tan fuerte, que no la dejaba momento de reposo, y después del acceso quedaba fatigadísima. En los días siguientes el derrame se reprodujo, y con él su cortejo de síntomas, hasta que, al fin agotada por la supuración exceciva, sucumbió cinco días después. Se notará que no se intentó siquiera intervenir quirúrgicamente, porque no pareció indicada la intervención á causa del estado agónico de la enferma.

La autopsia demostró fuertes adherencias del corazón con el pericardio, y de éste con la pared torácica. El corazón ocupaba un espacio tras del esternón, al nivel de la inserción del 5° cartílago costal. El pulmón izquierdo estaba retraído, adherido en su vértice por falsas menbranas resistentes y fibrosas. Al corte se vió que estaba sembrado de granulaciones tuberculosas.

He aquí una nueva observación que recogió mi inteligente compañero, J. Rodríguez Guerrero, en el Primer Servicio de Medicina de Hombres.

Benito P., natural de Mixco, entró al Primer Servicio de Medicina á cargo del Doctor Domingo Alvarez, en Diciembre de 1903. Quejábase de fríos y calenturas que todos los días le sacudían fuertemente, alcanzando 39°: 39.5 cada tarde y seguidas de abundantes sudores. Esto, que no es raro, desapareció bajo la acción de las inyecciones de quinina, y el individuo curó de sus accesos palúdicos. Quedose de enfermero de la sala, ocupando su puesto desde el 15 de Diciembre. Veinte días después, y con motivo de un fuerte catarro y una bronco-neumonia *á frigore*, que evolucionó favorablemente, empezó á quejarse de sudores nocturnos, tos, dolor de costado y ligera elevación de temperatura todas las tardes. Repasé cuidadosamente sus pulmones y encontré: á la inspección un abombamiento un poco notable del lado derecho; el movimiento le fatigaba rápidamente, haciéndose su respiración casi dispneica; había pocos movimientos respiratorios de ese lado y procuraba hacer el menos ejercicio posible. A la palpación no se sentían vibraciones. Auscultando no se oía murmullo vesicular y se percibía una respiración brónquica en la parte superior del pulmón derecho; había un poco de egofonía y la pectoriloquia era clara. Nada de soplo, ni frote. Se pensó en un derrame sin precisar su naturaleza. Se hizo la punción con el aspirador Dieulafoy y se extrajeron 1800 gramos de un líquido amarillento, cetrino. Los beneficios de la punción fueron rápidos; pero 3 días después, un violento acceso de fiebre con escalofríos, tos fuerte, dolor de costado, disnea é imposibilidad de movimiento, me hicieron pensar en que la pleuresía tomaba un carácter grave. Examinósele cuidadosamente y no hallando nada que nos hiciera pensar en la transformación purulenta del derrame, se creyó que aunque se había reproducido no era de tan gran cantidad. Sin embargo se

hizo una nueva punción y se extrajeron 800 gramos de un líquido algo turbio, que dejó depositarse algunos grumos. El desarrollo de los síntomas de una tuberculosis que hasta allí había evolucionado sordamente, nos dió la clave del origen de esta pleuresía. El enfermo curó con las 2 punciones que se le hicieron.

Por lo que se vé, tiene la tuberculosis un papel preponderante en el desarrollo de las pleuresías purulentas. Las observaciones que publicamos al fin de este trabajo, y que fueron recogidas en los servicios 2° y 3° de Cirugía del Hospital General y en la Casa de Salud de hombres, son una prueba concluyente de lo que afirmamos.

Por su lectura se comprenderá hasta donde puede conducirnos la observación del estado tuberculoso de un individuo, y la marcadísima influencia que tiene el bacilo de Koch en la purulencia de los derrames pleurales.

Réstanos aún diferenciar un derrame purulento de otras afecciones con que puede confundirse. Son estas, el abceso subfrénico, el quiste hidático del hígado, las cavernas tuberculosas, los quistes y supuraciones pulmonares, los epiteliomas y carcinomas del pulmón y de la pleura.

Difícil, por no decir otra cosa, el diagnóstico diferencial entre una pleuresía purulenta y un abceso sub-frénico, pasa, por su rareza, casi desapercibido, y, entre nosotros, no sabemos que se haya relacionado aún algún caso. No obstante, para un observador juicioso, hay algunos signos cuyo conocimiento es imprescindible, y que resumiremos tomándolos de las Lecciones Clínicas del Profesor Jaccoud.

"Poco numerosos y poco precisos son los medios de que disponemos. Con escepción de Leyden, que en tres casos hizo un diagnóstico exacto, todos los demás observadores, se han equivocado."

"Los anamnésicos tienen una importancia capital. Ante todo, hay que interrogar al enfermo sobre su enfermedad; antes de tener disnea, antes de presentar esos signos de pneumotorax, no sufría del pecho, sufría del vientre desde hacía más ó menos tiempo. Accidentes intestinales ó peritoníticos, han precedido á los acontecimientos actuales; en algunos casos ha habido salida de pus por los asientos."

"La desviación del corazón rechazado hacia arriba y á la izquierda, en el caso, por demás frecuente, en que la colección está á la derecha, es un signo de gran valor; en efecto, un verdadero pneumotorax no puede producir una desviación semejante, sino á condición de ser total, y el examen demuestra que el pneumotorax de que se trata, es parcial, puesto que se oyen ruidos pulmonares en una altura diferente á partir de la clavícula."

"El cambio brusco que experimenta el derrame al cambiar de posición, es un signo al que Leyden atribuye un gran valor, pero en realidad carece de él, puesto que también el pneumotorax cambia de lugar del mismo modo."

"Pfuhl y Leyden, dan también grandísima importancia á la integridad de los pulmones en el abceso sub-frénico; esto necesita explicación. Del lado sano, está sano el pulmón, lo que puede hacernos dudar de la existencia de un pneumotorax del otro lado; pero cuando un pulmón está bastante alterado para dar lugar á tal accidente, es raro que el otro esté normal."

"De este modo, el signo de Pfuhl y Leyden, tiene gran valor; pero ellos dan como signo positivo, la persistencia del ruido respiratorio normal en la región subclavicular del lado opuesto. Esto no puede verificarse por las razones que siguen: En primer lugar, el ruido respiratorio subclavicular, puede ser normal en el caso de pneumotorax parcial inferior: En segundo lugar, si el diafragma es rechazado muy alto por el falso pneumotorax, el pulmón sufre una condensación proporcional á dicha compresión, y no se oye ruido respiratorio, sino soplo."

Hay aún un signo sacado de las variaciones de la presión en la colección purulenta. "Si se practica la punción y se observa la salida del líquido, se nota todo lo contrario de lo que pasa cuando es debido á una pleuresía. Es Pfuhl el que ha hecho conocer este fenómeno que observó en uno de sus enfermos donde practicó la punción con el apararo de Potain provisto de un manómetro. Notó que mientras salía el líqnido, la columna manométrica subía en la inspiración y bajaba en la expiración, todo lo contrario de lo que pasa en los derrames pleurales."

Como se vé, además de la marcha de la enfermedad, los anamnésicos y los signos que preceden, pueden diferenciar bastante una pleuresía purulenta de un abceso sub-frénico.

No queremos pasar por alto, á este respecto, lo que sobre el particular observamos en el Segundo Servicio de Medicina del Hospital Rosales, durante nuestra práctica en aquel establecimiento en el año de 1902.

A la cama número 43, llegó para ser asistida la señora F. L. de 60 años de edad. Quejábase de un agudísimo dolor en las costillas, decía, del lado izquierdo, dolor que le había empezado tres ó cuatro días antes y que le quitaba la respiración. Cuando llegó al servicio tenía 39.3° de temperatura, pulso muy frecuente y algo filiforme, respiración ansiosa; la facies denunciaba el horrible sufrimiento que

la atormentaba. A la inspección nada notable se observaba, sino la dificultad de los movimientos respiratorios y la agitación de la enferma. La palpación del torax no dió á conocer nada, y la auscultación apenas denunciaba una ligera congestión pulmonar. Palpando el abdómen, se llegó á un punto en que la defensa muscular y el dolor era tal, que la enferma gritaba. Este punto doloroso estaba situado al nivel de la 9ª y 10ª costilla, sobre la línea axilar anterior. La sonoridad del espacio de Traube estaba normal y el corazón ocupaba su sitio. Había poca tos, y la espectoración no presentaba carácter alguno que nos pusiera en la vía del diagnóstico. Ninguna otra cosa notable se observaba en la enferma. Al día siguiente la postración de la enferma y la debilidad eran tales, que se temió un fin próximo fatal. No obstante, como se observara un ligero edema al nivel del punto doloroso, se creyó que un derrame purulento supra-agudo ó una peritonitis se hubieran desarrollado. Se hizo una punción exploradora y no se sacó nada. Temperatura 39.5 m. y T. 40, pulso filiforme, respiración ansiosa, disneica, cara pálida y seca, piel ardiente, las excursiones respiratorias del lado enfermo eran casi nulas. Por la noche se la consiguió calmar un poco con morfina; al interior tónicos y antisépticos pulmonares. La mañana del tercero día murió y se procedió á la autopsia, que nos enseñó lo siguiente: abierta la cavidad torácica se encontró de especial que el pulmón izquierdo estaba fuertemente congestionado en su parte inferior y había contraído adherencias con el diafragma. Nada de líquido ni exudado de ninguna especie. Al cortarlo se notó que su tejido era sano, exceptuando la parte inferior donde estaba duro y tenía una coloración rojo-obscuro. El otro pulmón completamente sano. El corazón y los gruesos bazos sanos. Nada de adherencias en ninguna otra parte. Se procedió á abrir la cavidad abdominal. Hígado bueno; tubo intestinal normal; riñón derecho en su lugar y sin alteración alguna; riñón izquierdo adherido fuertemente en su extremidad superior y haciendo cuerpo con la cara posterior del bazo. Separados bruscamente, se escapó una cantidad de pus fétido, de color terroso, con grumos y en cantidad como de 6-700 gramos. La cavidad ó bolsa purulenta estaba formada arriba y atrás por la cara inferior del diafragma, abajo y adelante por la extremidad superior del riñón izquierdo y cara postero-interna del bazo; hacia fuera el bazo y una pequeñísima parte de la pared torácica y hacia adentro la unión del riñón con las insersiones del diafragma. Cuando hubimos hallado ésto, pudimos explicarnos la vacilación y vaguedad del diagnóstico y la rápida y fatal terminación de nuestra enferma.

No queremos aparecer como capaces de hacer, pero ni de sospechar el diagnóstico de un abceso subfrénico, pero sino no nos equivocamos, se trataba aquí de uno. Publicamos esta observación, que ha quedado hasta hoy inédita, porque nos parece oportuna.

En cuanto á los *quistes hidáticos* del hígado, que con más frecuencia se pueden tomar por un derrame pleurítico, su diferenciación es aún bastante difícil. Su marcha insidiosa, la casi ninguna manifestación de su presencia y el excesivo volumen que algunas veces alcanzan, hacen su confusión tanto más fácil, cuanto que rara vez se asiste á su desarrollo y somos llamados cuando por una causa cualquiera, aparecen fenómenos alarmantes.

También aquí los antecedentes del enfermo tienen su importancia. No ha padecido del pecho, no ha tenido tos, ni punto de costado, ni elevación de temperatura. Su disnea data de poco tiempo y en sus esputos nada hay que llame la atención. Pero en algunos casos, una vómica viene á sacarnos de la duda. El quiste se ha abierto en la pleura y los pulmones, y su contenido es arrojado por vómicas sucesivas, citándose casos de curación sin complicaciones de ninguna especie.

Raros por demás, no por eso debemos atenernos á una evolución que puede complicarse de fenómenos graves. La inspección de la caja torácica denuncia algunas veces deformación, y el punto de costado está muy abajo. El hígado se halla abajado y desborda las falsas costillas en unos 3 ó 4 centímetros, y la percución puede darnos á conocer el límite de la macicez que rara vez afecta la forma de la de un derrame pleurítico.

Por último, una punción exploradora, seguida del examen microscópico, nos da á conocer la presencia de ganchos de equinococos que son patognomónicos del quiste hidatídico.

Los quistes y supuraciones pulmonares consecutivas á un proceso agudo tal como una pneumonía, son fáciles de distinguir del derrame purulento. Los caracteres del principio y la marcha de la lesión se prestan á confusión; pero basta auscultar cuidadosamente al paciente, y analizar los fenómenos que la auscultación nos suministra, para no vacilar en el diagnóstico.

No obstante, cuando un proceso pulmonar se complica con una lesión inflamatoria de la pleura, la diferenciación es más difícil, y el diagnóstico puede quedar suspenso hasta la observación detenida de los síntomas, y la intervención con las punciones exploradoras.

Acabamos de presenciar un caso en el Primer Servicio de Medicina en que llegó á creerse en un derrame purulento. La intensidad

de la fiebre, la macicez, la tos, el punto de costado, la pectoriloquia afónica, en fin, contribuían á hacer sospechar el derrame de carácter purulento. Hasta la desviación del corazón existía y bastante marcada. Sin embargo, se practicó la punción exploradora y no se encontró nada. El paciente sufría de una pleuro-neumonía lobular aguda, cuya intensiddad era tal que por un momento llegó á confundir los pareceres de los compañeros é hizo el pronóstico sombrío. Felizmente bajo la influencia de un tratamiento enérgico, el enfermo ha mejorado notablemente, y se halla convalesciente de su gravedad.

También los tumores malignos del pulmón, el epitelioma sobre todo, puede prestarse á confusión por los signos á que dan nacimiento. Felizmente su rareza es tal, por lo menos entre nosotros, que no debe preocuparnos mucho. El mejor medio de diferenciación consiste en la práctica de la punción exploradora.

En algunos casos, las cavernas pulmonares pueden también prestarse á confusión. "A veces, dice Tronsseau, son tan marcados los gorgoteos, la respiración anfórica y la voz cavernosa, que no se puede dejar de referirlos á la existencia de cavernas pulmonares, sobre todo cuando estos ruidos tienen por asiento el vértice del pecho y aun cuando estos ruidos se oigan hacia el ángulo inferior del homóplato, no se puede menos que abrigar la misma idea, por lo idénticos que son estos gorgoteos y este soplo, á los que se producen en grandes cavidades fraguadas en medio del parenquima pulmonar."

"Más el principio y la marcha del mal, la macicez de las partes declives, el desquiciamiento de los órganos vecinos, la amplitud del pecho, la falta de lesión en el vértice de los pulmones, y por fin el estado general del sujeto, permiten en general establecer el diagnóstico. (Trousseau.)

PRONÓSTICO

El pronóstico de las pleuresías purulentas es muy variable, según el agente microbiano que las haya producido, y según las condiciones del individuo en que se presentan.

Cuando el pneumococo, el estafilococo, el neumobacilo de Friendlander, son sus agentes, la curación rápida es la terminación más ordinaria; bastando á veces, para alcanzar buen éxito, la punción sola y única; como lo veremos á propósito del tratamiento.

Las pleuresías debidas al estreptococo, son más graves que las anteriores, sobre todo porque sobrevienen como complicaciones de pirexias infecciosas tales como tifoidea, escarlatina, etc., y porque

más peligrosas. Citemos especialmente la gravedad del pronóstico de las pleuresías consecutivas á la intoxicación apendicular, que revisten un carácter de gravedad especial por la exaltación de la virulencia de los micro-organismos en la cavidad cerrada (Dieulafoy.)

En los casos de pleuresías purulentas debidas al bacilo de Koch, el pronóstico reviste un carácter grave, y aunque se han visto casos de curación aparente, estos son los menos frecuentes. Por otra parte, cada vez que estos derrames purulentos se presentan en tuberculosos, se trata de inviduos que han llegado al tercer período de tuberculización, que carecen de sujeto, si es permitido decirlo.

Los derrames que á causa de un traumatismo se producen, constituyen, casi siempre, una complicación que agrava el pronóstico, pero por lo general, son curables, aunque á veces necesitan de una ó más intervenciones (obs. número ....)

En los niños el pronóstico es un poco variable según el agente de la supuración. En los que el pneumococo es el agente principal, cuando se diagnostica é interviene á tiempo, es favorable; pero si no se nos llama sino cuando han pasado ya algunos días y sobre todo en los primeros días de la enfermedad, debe ser muy reservado. En ellos, como en los adultos, pueden sobrevenir complicaciones de toda clase, pericarditis, meningitis, etc., que ensombrecen el pronóstico. Sucede lo mismo con las asociaciones, que revisten por lo general, una gravedad excepcional.

En todo caso, hay que tomar en consideración, el grado de resistencia del sujeto. En cuanto al lado afectado, la pleuresía izquierda es más grave que la derecha (Comby y Marfan.)

Cuando el estreptococo ó el bacilo de Koch son los agentes de las supuraciones, el pronóstico debe reservarse, y su severidad es tanto mayor cuanto que el estado caquéctico de los niños tnberculosos no promete nada favorable. Sin embargo, hay casos, aunque raros, en que las consecuencias, próximas ó lejanas, son nulas, como lo atestiguan algunas de las observaciones que publicamos.

TRATAMIENTO DE LAS PLEURESÍAS PURULENTAS

Dividiremos el tratamiento en dos partes: tratamiento médico, casi solo aplicable á los derrames serosos, pero que para ser completos debemos referir; y tratamiento quirúrgico, el único que puede darnos buen resultado en las pleuresías purulentas.

Expondremos los diversos métodos curativos antiguos y modernos, insistiendo en algunos que, por ser defendidos por personalidades médicas notables, son importantes de conocer. Pero antes debemos decir alguna cosa de la profilaxia, tan importante en todo lo que con las infecciones se relaciona.

Hay que evitar sobre todo los enfriamientos bruscos, causa á la que antes se daba tanta importancia, y que si bien no tiene en la actualidad tan marcada influencia, sabemos que siempre obra como agente provocador. Estas precauciones dejan de tener efecto, aunque se impongan, entre las gentes cuyas necesidades y pobreza les impiden poseer medios de abrigo suficientes y viven á la intemperie; pero no por eso debe dejarse de advertirles á fin de que se protejan de algún modo.

Corresponde al médico principalmente, prevenir á sus enfermos, y evitar por los medios higiénicos y terapéuticos de que dispone, complicaciones que pueden comprometer, hasta el grado de obscurecer el pronóstico, la terminación de una enfermedad. La higiene es de una importancia primordial. Sus procedimientos y reglas, por su sencillez misma, están llamados á evitarnos muchos sinsabores y amarguras.

El tratamiento médico de los derrames tiene por base la posibilidad de que estos sean reabsorbidos. Para ello, de una manera análoga á lo que se hace con los derrames peritoneales, se ha recurrido al método derivativo, purgantes, régimen lácteo, diuréticos. La digital ha sido muy usada, y Unverricht reconoce que es superior á cualquier otro medicamento; reune á su cualidad de diurético, sus otras propiedades de antitérmico y moderador de la excitación cardiaca.

Hasta Trousseau, y aun hoy, los cáusticos aplicados á la región torácica, han ocupado un lugar importante en el tratamiento de las pleuresías con derrame. Se pretende que sustraen una gran cantidad de líquido por derivación y abrevian la reabsorción. Entre nosotros aún están en boga entre algunos médicos. Hemos tenido oportunidad de ver ordenar la aplicación de cáusticos enormes y repetidos, en individuos que hubieran curado con una simple punción.

Manquat, ha venido combatiendo en su tratado de Terapéutica, con razonamientos científicos, la inutilidad y los perjuicios que este método ocasiona, no sólo en lo que al tratamiento de las pleuresías se refiere, sino siempre que se usan. Para él, fuera mejor no usarlos; y de tal modo limita sus indicaciones, que pudiera decirse que los

suprime. En realidad, los perjuicios que puede acarrearnos su aplicación, son en mucho superiores á los beneficios que de ellos esperamos. Recordamos á este respecto lo que en repetidas ocasiones hemos oído decir á uno de nuestros maestros: "Yo no sé por qué se combate tanto hoy la aplicación de los cáusticos. A mí siempre me han dado buenos resultados." Sus razones algo más que suficientes tendrá el maestro, y no se basará solamente en que le han dado buenos resultados siempre.

Parece que en éste, como en muchos otros casos, hay que llenar una indicación precisa y racional, porque no se comprende de otro modo el que le hayan dado resultado siempre bueno, si los aplicara así por así. No obstante, creemos que mientras la indicación que ha de llenarse no sea racional, no deben usarse los cáusticos, y que debemos andar muy parcos en su aplicación procurando que llenen alguna indicación formal.

En su lugar disponemos de multitud de procedimientos científicos más racionales para combatir lo que con los cáusticos quería conseguirse. Y así, para combatir el dolor de costado, tan agudo en algunas ocasiones, podemos recurrir á las ventosas secas, á las unciones con pomada salicilada, á las pulverizaciones de cloretilo, etc., ó á la inyección de morfina y la antipirina. En varias ocasiones hemos visto desaparecer el dolor de costado con la aplicación de 4 ó 6 ventosas secas aplicadas loco dolenti.

La aplicación de un vendaje con esparadrapo aglutinante, es también otro recurso que ha dado buenos resultados, al decir de Otto que lo aplica del modo siguiente: Con una venda de 7 ú 8 centímetros de ancho rodea el torax á una altura que corresponde á la localización del dolor, con el objeto de impedir, comprimiendo fuertemente, toda excursión ó movimiento respiratorio. Dos vueltas que empiezan en la línea axilar del lado sano, son suficientes.

Las aplicaciones de tintura de yodo, se han empleado también con frecuencia; pero se necesita mucha precaución en su uso. Ha habido que lamentar algunos acontecimientos desagradables, sobre todo si la tintura es vieja. El aceite de beleño, la gaza con pomada salicílica, las fricciones con líquidos espirituosos etc., dan buen resultado. (Unverricht.)

No queremos pasar por alto el tratamiento que Jaccoud expone y

Lecciones Clínicas. Es el siguiente: Tártaro estibiado á altas dosis. "Cuando en la pleuresía aguda, se aplica el tártaro estibiado según os indicaré, dice Jaccoud, los acontecimientos pasan como sigue:

"En la misma tarde, en lugar de la ascención térmica vesperal ordinaria, hay un ligero descenso de la temperatura; acentúase al día siguiente por la mañana, pero lo más á menudo hay un nuevo ascenso por la tarde; este día, segundo de la medicación, á pesar de los vómitos y diarrea de la víspera, el enfermo acusa una mejoría que atestigua la atenuación del proceso inflamatorio, y desde este día ó el siguiente, se puede hacer constar una disminución del derrame. Repito la medicación á las 24 ó 48 horas si hay lugar, y raro es que me vea obligado á una tercera administración del remedio. No me decido á ella, sino cuando hay fiebre todavía; si esta no existe, y el derrame persiste, doy la preferencia á un drástico compuesto de aguardiente alemán y jarabe de Nerprun, á dosis iguales, variando de 15 á 30 gramos, según la individualidad del enfermo y el grado de fatiga que resulta de la medicación estibiada."

"Aplico mi método como sigue: la dosis máxima para un día es de 0.40 centígramos; doy sólo 0.30 en la mujer y en los hombres debilitados por una causa cualquiera. Hago tomar el tártaro estibiado en un julepe simple sin adición de ópio; esta asociación, que tiene por efecto, facilitar lo que se ha llamado tolerancia, retarda ó impide los efectos evacuantes del medicamento, siendo justamente ellos los que me propongo conseguir. La poción estibiada se administra por cucharadas cada hora. Por la tarde doy una poción tónica."

A menos de urgencia extrema, que no he encontrado jamás, dejo al enfermo en reposo durante el día siguiente. Al tercero ó cuarto día, según los caracteres de la fiebre y las condiciones del derrame, reitero la medicación, ya á las mismas dósis ó disminuidas en 0.10 centígramos. Si aun es necesario una tercera administración, dejo pasar 2 ó 3 días.

"Este tratamiento es eficaz, aún en la pleuresía febril, ligada á una tuberculosis principiante, con la condición de que no haya accidentes intestinales."

En los casos en que la persistencia del derrame sea tal que no ceda á ninguna de las mediaciones citadas, Jaccond recurre, antes que á la punción, al régimen lácteo, sin perjuicio de haber echado mano á los purgantes drásticos y á los cáusticos. El régimen lácteo tiene una influencia incontestable en esos casos. Jaccoud lo atestigua con trece casos de su práctica, y Siredey apoya esta opinión con ejemplos notables. (Jaccoud).

Deducimos de las ideas de Jaccoud, que no hay que recurrir á la toracentesis en caso alguno, por lo menos, mientras no se imponga por la aparición de los fenómenos asfíxicos. Hay que agotar los recursos médicos, y para ello, la medicación estibiada en primer lugar, los drásticos y cáusticos y el régimen lácteo son bastantes.

Este tratamiento, no hemos visto aplicarlo en el Hospital, ni creemos que hoy haya quien lo aplique ni recurra á él en caso alguno. Cualquiera que haya visto el estado en que estos pobres pleuríticos se hallan, vacilará antes de aventurarse con él.

Trousseau y Dieulafoy, no nos hablan de tratamiento médico, y creen que, en tratándose de derrames, la punción y aspiración del líquido pueden, asociadas á un régimen apropiado y una medicación reconstituyente y tónica, traer la curación rápida del enfermo con desaparición total del derrame.

En sus notables lecciones clínicas, después de hacer una historia detallada de la toracentesis, Trousseau reclama para sí el mérito de la vulgarización en Francia. Apoyado en observaciones personales, y alarmado sobre todo, por los repetidos casos de muerte causados por la abundancia del derrame, planteó y sacó avante en la Academia de Medicina la toracentesis, cuyas indicaciones encontraba en los casos siguientes: Cuando se nos llame cerca de un enfermo cuya vida se halle de tal modo comprometida que no quede tiempo que perder. (casos desesperados). En los casos en que el derrame alcance un volumen excesivo, procurando entonces, evitar una terminación brusca, fatal, y llevando un marcadísimo alivio al enfermo. Y cuando la lentitud de la reabsorción sea tal que temamos un enquistamiento.

Tales indicaciones son aún de actualidad, porque por lo general no se llama al médico cuando es tiempo de precaver ú observar á su enfermo, sino cuando la gravedad del mal hace temer algo muy grave.

Dieulafoy, en su tratado de Patología Interna, resume de este modo las indicaciones de la toracentesis: Sin preocuparse por la presencia ó ausencia de fiebre, sin preocuparse por las consecuencias, plantea el problema así: Dada una pleuresía aguda con derrame, pueden presentarse dos casos: En el uno la toracentesis es urgente; en el otro es discutible. ¿Cuándo es urgente y cuándo discutible?

Para él, la urgencia no depende tanto del estado del enfermo, que tenga ó no derrame, fiebre, tos, etc., cuanto de la cantidad del líquido contenido. Insiste especialmente en que no debemos dejarnos engañar por las manifestaciones externas del proceso. La disnea es un guía

infiel y engañador; y esperar para evacuar un derrame de la pleura, á que el pleurítico esté atacado de disnea, es esperar á que el derrame haya tomado tales proporciones, que la vida del enfermo está en peligro. (Dieulafoy.)

Y más adelante agrega: "Yo pienso que hay que acabar con las indicaciones poco precisas é insuficientes en que se ha querido basar la urgencia de la toracentésis. Poco importa el tiempo de la pleuresía; poco importa que tenga ó no fiebre el enfermo; poco importa que esté ó no disneico. Lo que importa es la cantidad de líquido derramado. (Dieulafoy.)

Natural es preguntarse, en qué momento es indispensable intervenir? A eso, Dieulafoy contesta diciendo, que cuando el derrame alcanze 1,500 á 2,000 gramos; y se conocerá que alcanza esa cantidad, por la experiencia y por el estudio de algunos signos dados por el derrame. "En los pequeños derrames, el soplo es velado y está limitado á la expiración; en los derrames medios, el soplo toma un timbre brónquico y se oye en los dos tiempos de la respiración; en los grandes derrames (2 ó 3 litros), el soplo es en algunos casos cavernoso y anfórico, en otros no hay soplo. Nada hay de absoluto en la existencia de estos caracteres, y por consiguiente son insuficientes para evaluar la cantidad de líquido derramado. La mensuración del pecho, algunas veces excelente, tampoco es segura. Debemos, pues, atenernos á los signos seguros que dan la extensión de la macicez y el desplazamiento de los órganos." (Dieulafoy)

No continuaremos copiando; y si he trasladado aquí, textualmente, lo que dice Dieulafoy acerca de la importancia de la toracentesis y de sus indicaciones, lo que por otra parte casi todos los estudiantes de Patología saben, es porque queremos hacer notar la discrepancia entre las opiniones de dos clínicos, cuyos nombres han traspasado los límites de Francia, y cuya opinión es respetada donde quiera que se dé cabida á las conquistas del genio, y donde se quiera apreciar en lo que vale, la ardua labor del hombre de ciencia, y los progresos que han alcanzado en nuestro tiempo los procedimientos terapéuticos más racionales, basados en la experiencia y estudio.

He aquí la opinión de Jaccoud, expresada en su lección clínica dada el 24 de Diciembre de 1884, en la Clínica de La Pitié. Refiérese en su primera observación á un enfermo en el que se imponía el diagnóstico de pleuresía aguda con derrame, por los signos siguientes: macicez sin elasticidad, ausencia de vibraciones vocales, soplo agudo predominando en la expiración, egofonía, pectoriloquia afónica; todo

esto se observaba al lado izquierdo; el derecho estaba sano. "¿Qué había que hacer? Se practicaría la toracentesis inmediata? El enfermo no tenía esa disnea grave que distingue la abundancia del derrame y que para esta operación constituye una indicación de urgencia. Aquí la respuesta era negativa, no hay lugar á operación. Pero á falta de esta indicación vital, será preciso recurrir á la toracentesis como medio de tratamiento?

"Para responder á esta cuestión, basta precisar la acción de la toracentesis en esta ocasión. Sobre qué obra? Sobre el líquido que quita, no es dudoso. Pero qué hace sobre la inflamación pleural, causa de este derrame? ¡Nada, absolutamente nada!"

"Ahora, en nuestro enfermo, y en todos los casos análogos al suyo, esta causa está aún en actividad, puesto que el proceso inflamatorio mantiene una fiebre fuerte; luego, cuando hayais quitado el líquido, la causa persistirá, continuará obrando como antes, el derrame se reproducirá, y qué habéis ganado? ¡Nada!"

"Penetraos bien de esta situación. Tenéis ante vosotros un efecto, es el derrame; una causa es la inflamación de la pleura cuya persistencia está demostrada por la fiebre. Y bien, en el caso examinado y en los semejantes, el efecto no es fuente de un peligro actual; pero la causa ó su persistencia, no puede más que aumentar el efecto, y traer por este aumento, el inminente peligro que nos hará recurrir á la punción, vuelta entonces el único medio de responder á la indicación vital; por consiguiente, lo que es más urgente, más útil de combatir, es la causa, es decir, hay que disminuir el proceso inflamatorio febril. Para ello, aunque se puede recurrir á los antipiréticos, la digital sobre todo, es un tratamiento incompleto." (Jaccoud.)

Llega así hasta lo que más atrás copiamos, el tratamiento estibiado. No puede ser más opuesta la opinión de ambos clínicos; ni puede decirse tampoco que uno ú otro dejen de tener razón. Ambos se apoyan en su experiencia propia, en la de muchos otros autores de nota, y la lógica de sus razonamientos parécenos incontrovertible.

Quédanos, pues, para poder apreciar mejor el resultado de uno ú otro tratamiento, la experiencia que en el curso de nuestra profesión podamos adquirir, y el estudio que por ningún concepto debemos descuidar, si no queremos quedarnos rezagados ante el vertiginoso progreso de las ciencias, y de la investigación positiva de las leyes que rigen las múltiples manifestaciones del trabajo celular.

En la Escuela Alemana no se vacila ya en la excogitación de los procedimientos. "Sólo en la minoría de los casos de pleuresías será posible emprender un tratamiento causal. Si la enfermedad es

secundaria, se atenderá á los procesos primitivos; pero como no es posible combatir esos procesos, porque no conocemos un método terapéutico capaz de hacerlo, sólo en casos muy raros podrá abrigarse la pretensión de establecer una terapéutica causal de la pleuresía. Ni aún á los métodos etiocráticos puede recurrirse con confianza; ni aún por medio del mercurio y del yoduro en la sífilis, porque es sabido que estos medicamentos, pueden ciertamente hacer retroceder los procesos sifilíticos, mas no logran su completa desaparición." (Unverricht).

Prescriben la inmovilidad más absoluta en los casos de derrame, y rechazan los vejigatorios como tratamiento, recurriendo á los diversos métodos enumerados atrás, para calmar el dolor, la tos, etc.

Desconfían del tratamiento médico, y aceptan el quirúrgico como más racional. Hacen la punción, aceptando como indicaciones de ella, las formuladas por Tronsseau, á las que Unverricht agrega la siguiente: La existencia de restos de un exudado pleurítico.

Multitud de procedimientos y aparatos les sirven para hacer la punción, fundados en principios científicos, y "si se utilizan para el tratamiento de los derrames pleuríticos los datos proporcionados por la manometría, se convendrá en que el procedimiento más simple, el del sifón, bastará casi siempre." (Unverricht).

Este autor ha dado á conocer un aparato de su invención que consiste en un sifón, en el cual se ha interpuesto un globo de goma que tiene dos válvulas que se abren en una sola dirección. Se parece á esas jeringas que sirven para poner lavativas, que por un lado aspiran el líquido del enema, y por el otro lo arrojan al recto. Alexander modificó este aparato, enlazando el tubo sifón con una botella que tiene un tapón con dos tubos en donde se hace el vacío por medio del globo de goma. Este es el mismo principio en que está basado el aspirador de Potain, en el que se emplea una bomba aspirante é impelente para encarecer el aire.

Las objeciones que, á la aspiración del líquido con un aspirador como el de Dieulafoy, se hicieron, han desaparecido ante la realidad de los hechos. Con la aparición del aspirador Dieulafoy, todos los procedimientos anteriores desaparecieron, habiéndose abandonado para siempre el trocar de Reybard, la incisión, etc., y reemplazados por una aguja cuya picadura es tan insignificante, que cuando ha terminado la operación no queda señal alguna en la piel, y el líquido en lugar de ser proyectado por sacudidas dolorosas, en medio de accesos de tos muy penosos y prolongados, pasa de la cavidad torácica al aspirador, sin que el enfermo se dé cuenta de ello. (Dieulafoy).

He aquí el procedimiento que Dieulafoy emplea: "El enfermo está sentado en su lecho, con los brazos tendidos hacia adelante. Señalo en la piel previamente aseptisada, el lugar donde debo practicar la picadura, y practico la punción hacia atrás en el 7º ú 8º espacio intercostal, en la prolongación del ángulo inferior del omóplato. Este lugar está situado más abajo y más atrás que en el antiguo procedimiento. Paréceme ventajoso buscar el líquido en una posición más declive."

"La toracentesis debe hacerse con la aguja número 2 ó 3, absolutamente aséptica, y no con trocar ó aguja de diametro mayor. Se asegura la permeabilidad de la aguja con un hilo de plata, se le pone en comunicación con el aspirador por medio del tubo de cauchú. Previamente se hace el vacío, y hasta que se haya hecho, se hace la punción. Para esto, el operador busca con el índice de la mano izquierda el espacio intercostal de manera que limite la costilla superior con el bordo superior del índice, y la costilla inferior con su borde inferior, sirviéndose entonces de la extremidad del índice como de un conductor, y teniendo la aguja aspiradora en la mano derecha, penetra con seguridad en el espacio intercostal y en la pleura. Introducida la aguja en los tejidos, se hunde dos ó tres centímetros, se abre la llave correspondiente del aspirador, y atravesando el tubito de cristal, el líquido llega al aparato. Si no aparece es que no se ha hundido la aguja suficientemente; empújesele sin temor, indicando el instante preciso en que se encuentra el líquido, su aparición en el tubo de cristal. Una vez lleno el aspirador, se le vacia lentamente, sin apretar; y esta detención de algunos instantes, es bienhechora para el pulmón, que no se ve solicitado ó desplegarse rápidamente. Comiéncese esta maniobra varias veces, según la capacidad del aspirador, y después de haber retirado un litro de líquido, lo que es fácil, puesto que el aparato está graduado, se detiene la salida. Retírese la aguja. La operación ha durado 8 ó 10 minutos, y apenas se nota señal de picadura de la piel."

"Cuando la operación se hace con método, el enfermo no debe experimentar ni tos, ni dolor, ni malestar. Si la pleuresía está asociada á otras lesiones, y si el campo de la hematosis está estrechado por lesiones cardiacas y pulmonares, si se supone que existen adherencias pleurales, si sobre todo el enfermo acusa durante la operación una sensación de desgarradura ó de dolor en el interior del pecho, es preferible dejarlo para recomenzar al siguiente día, suspendiendo la salida del líquido aun cuando no se hayan retirado más que

algunas centenas de gramos. Pero estas precauciones, que no deben exagerarse erradamente en las pleuresías complicadas, constituyen la gran excepción en las pleuresías simples."

"Cuando el derrame alcanza ó pasa de dos litros, se retira al día siguiente un nuevo litro de líquido, y se continúa así hasta el agotamiento. Pero si la cantidad no alcanza más que 1,500 ó 1,800, se puede abandonar lo restante, en la seguridad de que se reabsorverá con tanta mayor facilidad, cuanto que una parte del líquido se ha retirado. No hay que olvidar que un derrame puede reproducirse con rapidez y tenacidad. En este caso, se practica la toracentesis cuantas veces sea necesario, teniendo cuidado de examinar al enfermo los días siguientes, porque el derrame puede reproducirse inmediatamente y traer una muerte rápida é inesperada."

Recomiéndase exclusivamente la aguja número 2, á la que, por su pequeño calibre, se le han hecho objeciones que carecen de fundamento, siendo más bien benéfico para el enfermo tan pequeño diámetro, que permite la salida del líquido con una lentitud tal, que el pulmón puede desplegarse sin sacudidas, y suprime los accesos de tos tan dolorosos que acompañaban á la toracentesis antigua. En caso de obliteración de la aguja, se la quita y, después de desobstruirla, se la hunde de nuevo. Para evitar el pinchamiento del pulmón, caso raro en exceso, procúrese colocar la aguja de modo que siga la pared torácica; ésto cuando se haya extraído tanto líquido que se tema que el pulmón venga á encontrar la aguja. (Dieulafoy.)

No haremos más que señalar los accidentes consecutivos ó la toracentesis, que, en algunos casos, revisten caracteres de gravedad; procediendo metódicamente pueden evitarse. Estos son: congestión y edema pulmonar, expectoración albuminosa, asfixia lenta ó brusca, síncope, hemiplegía, apoplegia, muerte más ó menos rápida, transformación del derrame seroso en purulento. Casi todos estos accidentes dependían del poco cuidado que se tenía al hacer la toracentesis, ya por falta de asepsia, ya por la brusca salida de una cantidad de líquido, etc. Hoy tienden á desaparecer, y por nuestra parte no hemos observado un solo caso durante nuestra práctica en el Hospital.

Aunque todo lo anterior, más se refiere al tratamiento de las pleuresías no purulentas, hemos creído oportuno exponerlo á fin de ser lo más completo que se pueda, dentro de los límites de un trabajo como éste, de suyo deficiente, no tanto por la extensión, cuanto por la solidez de los conocimientos en él expuestos.

Vamos á entrar de lleno en los diversos medios terapéutico quirúrgicos de que disponemos para el tratamiento de los derrames purulentos, exponiendo sus indicaciones principales y los métodos ó manera de practicarlos.

En realidad, no hay mas que dos procedimientos: la punción seguida ó no de las inyecciones detersivas y modificadoras, y la toracotomía ú operación del empiema. Esto tratándose de derrames agudos; si el derrame es crónico, hay que recurrir á operaciones más serias y complicadas, cuyo tipo es la operación de Estlander.

Las pleuresías purulentas no pueden ser tratadas mas que por la toracotomía ú operación del empiema. Ningún otro tratamiento influye en ella de una manera definitiva, y en presencia de un derrame purulento, nada podemos hacer mejor que intervenir rápidamente sopena de ver caquectizarse á nuestro enfermo, y sucumbir víctima de la asfixia ó de la supuración excesiva.

No obstante, para que se conozca cómo procedían los maestros del siglo pasado, expondremos sus métodos, que obtuvieron resultados halagadores y cuyo perfeccionamiento nos ha conducido á las operaciones actuales. En estos casos la única indicación, ó por lo menos, la principal para justificar la intervención, es la presencia del pus en la cavidad pleural.

Dice Trousseau: "En los casos de derrame purulento, debe hacerse de otro modo la operación. Aunque mediante los síntomas que os he indicado, podais suponer la existencia de una pleuresía purulenta, nunca será bastante absoluta vuestra certidumbre, para que dejeis de creeros obligados á guardar las mismas precauciones, que si se tratase de un derrame de serosidad, salvo ciertos casos. Comenzais, pues, por punzar el pecho con el trocar; retirais la cánula, y haceis la misma cura que en el hidro-torax simple. Puede suceder, aunque muy rara vez, que no vuelva á formarse el derrame, ó que habiéndolo hecho, se abra en los bronquios, circunstancia relativamente muy favorable. Pero en casi todos los casos, el líquido purulento se acumula de nuevo, y la herida que se hizo con el trócar se abre expontáneamente y dá salida al pus. Desde aquel momento se establece una fístula, que no desaparece hasta que la curación es completa, ó hasta que el pus se abre paso por los bronquios, como ya os he dicho. Si por una casualidad no sale el pus sino poco á poco, puede suceder que el pecho se estreche al mismo tiempo que el pulmón recobra su sitio y se consiga la curación sin pneumotorax. De ordinario el pus sale en abundancia y es reemplazado por el aire que

penetra en el pecho; se fragua, pues, un hidro-neumotorax y entonces hay que intervenir quirúrgicamente. Agrandad, entonces, la herida con un bisturí, de mannra que se pueda introducir una cámula mayor que ha de quedar en permanencia. Esta cámula debe ser de metal y encorbada de manera que, al delatarse el pulmón, no venga á chocar contra su extremidad. El pabellón estará guarecido por una rodaja elástica, que se colocará entre el instrumento y la piel, para impedir que ésta se escorie."

Hecha la incisión, déjese salir una gran parte del pus derramado, sin vaciar completamente la pleura, como ha parecido útil hacerlo en los derrames serosos; después, y por medio de una jeringa, haced una inyección yódica."

"He aquí la fórmula que empleo:

R.	Tintura de yodo	50	gramos
	Yoduro de potasio.....	20	id.
	Agua destilada.....	100	id.

"Hay que mezclar esta solución con partes iguales de agua templada y recomendar al enfermo que se mueva, á fin de poner en contacto la solución con toda la superficie de la pleura. Entonces se deja salir una parte del líquido, para evitar los accidentes del yodismo." (Trousseau. Cl. Med. del Hot. Dieu.)

Esto mismo se repite todos los días, hasta que se suprima la salida del pus. A medida que la pleura contenía menos líquido, el pulmón se iba distendiendo hasta ocupar su lugar. Como se ve, este tratamiento tenía por objeto dar salida á la mayor cantidad del pus contenido en la pleura, é ir á modificar su superficie por medio de la solución yodo-yodurada. Su duración era larga, sobre todo en los niños, y molesta; y no siempre se conseguía el objeto deseado.

Dieulafoy cree que es preciso decidirse pronto y practicar la operación. El, ha puncionado los derrames purulentos, sobre todo aquellos que por su excesiva cantidad habian dado lugar á la formación de empiema pulsátil, (2 observaciones); pero aunque ha conseguido en un caso éxito completo, y en el otro uno mediocre, aconseja hacer un diagnóstico rápido y preciso, é intervenir inmediatamente. Sólo juzga buenas las punciones seguidas de inyecciones, en los casos en que no pueda recurrirse á ningún otro medio (2ª observación), juzga las punciones como un medio puramente paliativo; prolongan la existencia, alivian al enfermo, pero no curan. Aunque ha visto curar uno de sus enfermos con sólo la punción, no tiene confianza en ella, y cree que en la gran mayoría de los casos hay que recurrir á la toracotomía.

"En un momento dado, después de haber pesado el pro y el contra, tomad una decisión, sin perder un tiempo precioso. Nuestra falta de decisión priva al enfermo de las probabilidades de curación, se favorecen las infecciones secundarias, y se da al pulmón tiempo para ponerse más duro y carnificarse."

"En presencia de un empiema pulsatil, no hay que vacilar; nada de contemporizaciones; de dos cosas una: ó juzgáis que la operación es perjudicial, que está contraindicada, y entonces, no pudiendo hacer nada mejor, recurris á las punciones repetidas, ó bien consideráis que la operación está indicada y la aconsejáis sin deteneros en el empleo del tratamiento intermedio." (Dieulafoy.)

Manquat, refiriéndose á las pleuresías purulentas, que él llama "*empiema tuberculoso*," dice que pueden sobrevenir en tres condiciones diferentes: 1ª—Se trata de un empiema con infección supra-agregada de la pleura (empiema cualquiera en un tuberculoso); 2ª—La pleuresía purulenta es consecutiva á un pneumo-torax; (po-pneumo-torax;) 3ª—Se trata de una tuberculosis pleural; es el empiema tuberculoso propiamente dicho.

En el primer caso, la supuración es debida casi siempre al estreptococo, rara vez al pneumococo ó al estafilococo ú otros microbios asociados. Estos curan por la pleurotomía, si la tuberculosis no se opone á ello; lo que es sumamente raro. Una contraindicación de la operación en este caso, sería la rapidez de la marcha y el grado más ó menos avanzado de la tuberculosis. Cuando hay asociaciones (empiemas mixtos,) aunque el pronóstico es muy grave, la pleurotomía no contribuye á empeorarlo."

"En el segundo caso, el mayor número de los autores cree necesaria la intervención por la pleurotomía seguida de lavados, pero en la mayor parte de los casos, si no en todos, esta operación deja una fístula persistente. Si la caquexia tuberculosa y las lesiones pulmonares están un poco avanzadas, hay que abstenerse."

"En el tercer caso, se trata de una tuberculosis pleural. La pleurotomía simple conduce á una fístula permanente, y por lo general se ha abandonado. Basta entonces conformarse con las punciones repetidas." (Manquat, Trat. de Terapéutica.)

Netter cree que no hay que recurrir á la intervención armada en las pleuresías purulentas que, por un examen microscópico, resulten ser debidas al pneumococo. Conténtase con las punciones repetidas, que para él dan grandes probabilidades de curación.

Laudouzy y Labbe, se deciden por completo por el abandono de las punciones, y con más razón de las punciones repetidas seguidas ó no de lavados antisépticos.

Para ellos, fuera de los casos plenamente comprobados en que el pneumococo sea el agente provocador, y que, según su experiencia, curan con solo las intervenciones con el aspirador, debe recurrirse á la pleurotomía que juzgan de fácil ejecución, sin peligro de ninguna especie y que todos los médicos deben saber practicar. No recurren al cloroformo, la morfina ó el éter, porque los juzgan contraindicados por los trastornos orgánicos y funcionales pulmonares y cardiacos dependientes de la pleuresía. Aconsejan y recurren con ventaja, á la cocaina. Su procedimiento operatorio no difiere del generalmente practicado, y una vez practicada la operación, la curación es la misma.

Por su parte, aunque la cuestión de los lavados no está decidida por completo, recurren gustosos á ellos "haciéndolo de preferencia, ya con líquidos antisépticos, ya con agua hervida y destilada, ó con suero artificial, mientras salga por la herida líquido purulento, y sobre todo. si el líquido es fétido."

"En ese caso, todas las soluciones antisépticas son buenas: solución de sublimado al $^1/_{2,000}$; solución de ácido salicílico al $^2/_{100}$, de creolina al 3%. Por exceso de prudencia los lavados antisépticos serán seguidos de un último lavado de agua hervida." (Laudouzy y Labbé.)

Al hablar de las diversas clases de agentes microbianos, que son los agentes más frecuentes en la producción de las pleuresías purulentas, vímos que los principales eran el estreptococo, el pneumococo, el estafilococo, el bacilo de Koch y otros no tan importantes como los primeros, pero que también pueden producirla, tales son el bacilo coli–comuni, tan frecuente en los procesos apendiculares y cuyas complicaciones pueden comprender la pleuresía, que reviste una gravedad especial, por las asociaciones y por el estado general del sujeto; el bacilo de la fiebre tifoidea, bacilo de Eberth, que también se ha encontrado en las pleuresías consecutivas á esta pirexia; los diversos agentes de la gangrena pulmonar, etc.

Cada uno de ellos, da á las pleuresías que produce, un carácter especial, no tanto bajo el punto de vista del diagnóstico, que ya vimos no es seguro sino previo examen microscópico y de las culturas y caracteres del agente microbiano, cuanto por las indicaciones terapéuticas á que da lugar la presencia de uno ú otro de estos micro–organismos, cuya importancia ya nadie desconoce y cuya influencia en la mayor ó menor gravedad del proceso tampoco nadie desconoce.

Devobe y Courtois Suffit, en su obra "Tratamiento de las Pleuresías Purulentas," hacen un estudio detallado de las indicaciones que deben llenarse según el agente microbiano que se encuentre ser el causal de la pleuresía, y señalan especialmente la importancia del conocimiento de estos agentes, en vista del procedimiento operatorio que debe preferirse.

"En una palabra, dicen, dos problemas se presentan al *Clínico* frente á una pleuresía purulenta: 1° buscar cuál es el microorganismo causal, ó la *variedad bacteriológica*; 2° buscar cuáles son las relaciones del pus y de la pleura: *enquistamiento*, *tabicamiento*, etc., ó la *variedad anatómica.*"

Ya, al estudiar el diagnóstico, vimos cómo dividen las pleuresías purulentas y cuáles eran los caracteres que presentaba su marcha en cada una de ellas. Veamos qué indicaciones deben llenarse y á qué procedimiento debemos recurrir.

En las pleuresías purulentas debidas al pneumococo, que como sabemos, son más frecuentes en los niños, las que con más facilidad dan lugar á vómicas y también las que curan más fácil y rápidamente, se ha preguntado si pueden curar espontáneamente, ya por reabsorción del derrame, ya á consecuencia de una ó varias vómicas. La solución no parece muy aceptable, considerando que la vómica, no se produce más que en un cuarto de las pleuresías pneumocócicas, que esta vómica no aparece sino un mes por lo menos, después del principio de la enfermedad, necesitándose después varias semanas para la cicatrización de la bolsa.

En tales circunstancias el enfermo queda expuesto á graves accidentes, tales como: producción de un pneumotorax, prolongación y persistencia de la supuración. No es, pues, prudente abandonar un enfermo á los cuidados de la naturaleza, y debe intervenirse tanto mas, cuanto que está demostrado que tratándose de esta variedad de pleuresías, cualquier medio que procure la evacuación del pus, da mejores resultados que en cualquiera otra variedad. (Debove-y C. S.)

Atrás hemos visto que Netter piensa que tratándose de esta variedad, las punciones bastan (4 obs. personales–32 de otras fuentes.) Fernet es de la misma opinión; pero especifica que si son eficaces y suficientes en los casos en que los agentes patógenos han perdido su virulencia, las punciones seguidas de un lavado y una inyección antiséptica, tienen más probabilidad aún de ser eficaces y suficientes, puesto que pueden triunfar aun en los casos en que la actividad de

los agentes patógenos no haya disminuido, respondiendo á dos indicaciones: evacuar el líquido y destruir la virulencia de los agentes patógenos.

Devobe formula claramente su opinión y dice: "Siempre que la experiencia demuestre que sólo el pneumococo y poco virulento, y sobre todo si se trata de un niño, hay que atenerse á la punción simple seguida ó no de inyecciones antisépticas. Debe practicarse esta operación con todos los cuidados de la más rigurosa antisépsia, pues la introducción de otro microbio en la pleura, cambia inmediatamente las codiciones ulteriores, y la punción se hace insuficiente." Pero si el microbio se hace virulento y creemos que hay necesidad de otras punciones, hay que abandonar el método y no vacilar en practicar la operación del empiema; podemos agregar: La pleuresía purulenta pneumocócica es el triunfo de la operación del empiema antiséptico. La rapidez de la curación en estos casos y los numerosos ejemplos en que ha bastado una sola incisión sin lavados ulteriores, demuestran la eficacia del método.

Tratándose pues de la pleuresía purulenta pneumocócica, la punción y el empiema simple, sin lavados, rigurosamente antisépticos, encuentran aquí su indicación. (Debove y Courtois Suffitt.)

En la pleuresía purulenta estreptocócica, rara vez primitiva, el tratamiento debe ser más enérgico, porque la tenacidad, de este micro-organismo, su resistencia á los agentes antisépticos y la facilidad con que se reproduce el derrame purulento, hacen necesario mayores cuidados. El valor de la punción es muy discutible, casi todos los observadores han fracasado y se han visto precisados á recurir á la pleurotomía. Netter y Laverán no vacilan en aconsejar una intervención rápida por la pleurotomía, y aunque Fernet parece vacilar y piensa: "que puede intentarse la punción con inyecciones antisépticas en algunos casos en que la enfermedad es limitada ó donde su evolución es relativamente lenta y no va acompañada de fenómenos generales graves ó, en fin, donde la virulencia de los agentes patógenos no parece excesiva. Debove y Courtois Suffit se inclinan decididamente á la pleurotomía y no vacilan en agregar que, la intervención debe ser rápida, completa y enérgica, ó lo que es lo mismo: "Práctica inmediata del empiema, seguida de inyecciones antisépticas en la cavidad pleural."

Poderosas razones hay para ello: "A los que dicen que la punción es algunas veces suficiente, respondemos: que esta intervención es útil en la minoría de los casos. Esto ya es un valor, puesto que una ley no puede establecerse sino fundándose en los casos más numerosos y no en las excepciones."

"Contra el empiema practicado sin lavados, decimos: que para curar las pleuresías á estreptococos, es indispensable, no sólo vaciar las cavidades, sino esforzarse en destruír, hasta donde sea posible, los microbios infiltrados en las paredes pleurales. Que si no se toma esta precaución, se expone á recaída."

"Al empleo de los métodos de suavidad, que se usan cuando la virulencia de los microbios no es excesiva, objetamos que no hay nada seguro sobre la virulencia actual y menos sobre la virulencia ulterior. Que se dejen en la cavidad pleural algunos microorganismos, porque se han mostrado poco virulentos, y quedaremos expuestos á ver perecer á los enfermos largo tiempo después, de infección purulenta generalizada, porque los estreptococos que se habían abandonado, pueden exaltar su virulencia hasta el punto de infectar la economía, y acarrear la muerte en pocos días."

"Apoyados en estas razones, creemos que en la gran mayoría de los casos de empiema estreptocócico, hay que recurrir á una intervención franca y enérgica."

"Creemos que la solución de sublimado es la mejor para lavados consecutivos. Lo único discutible es la frecuencia de los lavados. Pensamos que si los lavados son necesarios, es perfectamente *oiseux*; hacer pasar torrentes de sublimado en la pleura."

"Un sólo lavado puede bastar; talvez haya necesidad de dos. Esto debe hacerse según los casos." (Debove y C. Suffit).

Debemos ocuparnos de las variedades de pleuresías producidas por el estafilococo, el bacilo encapsulado de Friendlander, el bacilo tífico? Su importancia no es de primer orden; no obstante, bueno es conocer que aunque rara vez son los autores únicos de un derrame purulento, en cambio están casi siempre asociados en el mayor número de casos. La asociación más frecuente es la del estreptococo y estafilococo, hasta tanto que, hay que ser muy cuidadosos en nuestras precauciones antisépticas, siempre que se trate de hacer una punción de la pleura, por los peligros que puede acarrearnos una asociación semejante. En todo caso, es á la operación del empiema á la que debe recurrirse.

La misma conducta debemos observar en los casos de pleuresías purulentas desarrolladas en individuos tuberculosos, solamente que, además de las precauciones indicadas, debe tomarse en consideración el estado del pulmón, y no operar nunca en aquellos que tienen muy avanzada su lesión tuberculosa. En esos casos hay que limitarse á la punción solamente.

Nuestra conducta en los casos de pleuresías gangrenosas y pútridas es, si se quiere, más enérgica aún, dada la gravedad del proceso. "Todos los autores que han estudiado estas pleuresías, están de acuerdo en recomendar, como único tratamiento racional, la pleurotomía, y los resultados que se han obtenido parecen animarnos á perseverar en esta conducta."

"Esta es la conclusión más justa. Estos empiemas graves, necesitan una intervención rápida y enérgica. La abertura de la pleura debe ser amplia, suficiente para permitir la evacuación de masas gangrenosas que flotan en el líquido purulento, y todas las que van á desprenderse del pulmón durante los primeros días del tratamiento consecutivo. Los lavados antisépticos son indispensables en el momento de la operación, y mucho tiempo después, hasta que se haya obtenido la antisepsia de la pleura. La gravedad del estado general no constituye contraindicación para la operación." (Debove, etc).

Llegamos á las pleuresías purulentas tuberculosas. ¿Cuál es el medio más apropiado para curarlas? Ningún acuerdo hay en este punto. Mientras Bouveret se inclina á la pleurotomía, Netter prefiere las punciones y Fernet aprovecha uno ú otro, según las indicaciones. Debove y Courtois Suffit se declaran partidarios de las punciones repetidas, y apoyan su opinión en varios hechos cuya realidad es innegable. En primer lugar, una colección purulenta tuberculosa no es comparable á un abceso frío, que es fácil de atacar por todas partes, y que no tiene repercución en el organismo; no siendo así la colección tuberculosa de la pleura, que descansa sobre el pulmón y que es casi solidaria de una tuberculosis pulmonar avanzada. En segundo lugar, la marcha de la pleuresía tuberculosa es insidiosa, no presentándose purulenta desde el principio y transformándose más tarde, cuando la envoltura pleural ha engrosado de tal modo, que constituye una verdadera cáscara protectora; y por último, es preferible hacer punciones, aunque tengan que repetirse con alguna frecuencia, á crear una fístula permanente, lo que no es muy bello que se diga.

Y terminan Debove y Courtois diciendo que: "Sin considerar la lesión tuberculosa como un *noli me tángere,* rehusamos admitir la asimilación del abceso frío pleural, con el abceso frío vulgar, bajo el punto de vista terapéutico bien entendido."

"Rechazamos con tanta mayor razón la operación del empiema que deja persistir una fístula, cuanto que, aumentada la cavidad,

supurando siempre y no pudiendo ser llenada, necesita á su vez de una operación, la de Estlander, y que ésta, en casi todos los casos, si no siempre, se termina con la muerte.''

Ya hemos expuesto más atrás cuál es el modo de pensar de Dieulafoy, Manquat, etc., á este respecto. Nos abstenemos de juzgar ni de opinar nada, porque nuestros conocimientos son insuficientes, y nos limitamos á exponer las opiniones más autorizadas, dejando al juicio del lector y á su experiencia, el formarse un concepto según las circunstancias. Esto no obstante, debemos manifestar que en el caso á que se refiere la observación número 3, el Doctor Ortega, nuestro Jefe de Clínica quirúrgica, ha operado con buen éxito, á pesar de ser tuberculoso el individuo. De igual modo el enfermo de la observación número 2, fué operado, y el proceso de cicatrización avanzaba bien cuando el paciente sufrió un acceso de tuberculosis aguda y sucumbió á sus lesiones pulmonares. En cambio otro, operado en el Segundo Servicio de Cirugía á cargo del Doctor Ortega, y al que se refiere la observación número 1, es un individuo cuyo pulmón derecho cruje, tiene tos poco fuerte y sus esputos, aunque no francamente nunmulares, son sospechosos. El enfermo que se operó en el Tercer Servicio de Cirujía y que casi está sano, es un tuberculoso del segundo período. Mi Jefe de Clínica Médica, Doctor Domingo Alvarez, fué partidario decidido de la intervención y la llevó á cabo con buen éxito.—Observación número 4.

Ya que hemos expuesto cuales son las indicaciones que deben atenderse en el tratamiento de las pleuresías purulentas, según su origen microbiano, y según el carácter que revisten las diferentes asociaciones, pasemos á la descripción de los métodos operatorios. No insistiremos sobre la punción de que hemos hablado largamente atrás; solo nos referiremos á la operación del empiema, de tan fácil ejecución, que tantos buenos resultados ha dado desde que el método antiséptico suprimió el peligro de las infecciones secundarias. Describiremos en seguida la operación de Estlander, aplicable sobre todo al tratamiento de los empiemas crónicos, por lo general de origen tuberculoso, y haremos referencia á algunos procedimientos que ha expuesto el Profesor Terrier en sus lecciones sobre Cirugía del pulmón y de la pleura, cuyo conocimiento debemos al Doctor Ortega.

Operación del empiema: No vamos á pasar en revista las diversas viscisitudes porque ha pasado, desde su aparición como método curativo de las pleuresías purulentas. Numerosas discusiones, interesantes y profundamente científicas, que han tenido lugar en el seno de Academias y Congresos; opiniones de autores cuya experiencia es

por sí sola apoyo sólido en pro y en contra; experiencias, etc., etc., tantas y tantas veces combatidas y sostenidas con ardor y entusiasmo, hasta que la aparición de Moutard Martin (1872) cuyas memorias sostenidas con talento, hicieron que se tomara un poco en cuenta por los más acérrimos partidarios de la toracentesis, su rival durante varios siglos, y por los defensores de la no intervención, etc. Trousseau, precisando clara y sencillamente las indicaciones de la toracentesis, puso de relieve los casos en que, á juicio de él, debía recurrirse á la operación del empiema. El descubrimiento de Lister y la aplicación de los métodos antisépticos á toda intervención quirúrgica, el conocimiento de los diversos agentes microbianos, de sus caracteres y desarrollo, y el progreso inmenso que en asepsia y antisepsia se ha alcanzado en estos últimos años, han hecho desaparecer los últimos temores de los reservados y ha abierto una vía rápida, eficaz y fácil de ejecutar, al tratamiento de los derrames purulentos de la pleura, salvando así de tantos y tan largos padecimientos á los desgraciados enfermos que sucumbían á la infección, á las supuraciones prolongadas que fatalmente les conducían al sepulcro.

Como toda conquista nueva, este procedimiento ha tenido sus alternativas de favor y de decaimiento. Hoy, conocidas ya sus indicaciones, no se aceptan los términos medios y se opera con rapidez, y con toda la antisepsia que requiere una intervención tan importante. Es por esto que la pleurotomía incompletamente antiséptica no tiene razón de ser, cediendo por completo su puesto á la pleurotomía antiséptica. Y agregan Devobe y Courtois que "es peligroso establecer grados en la antisepsia. Puede ser un ideal; pero en todo caso es preciso aproximarse lo más posible. Hay que alcanzar el objeto deseado sin omitir medio alguno y sin descuidar ninguna precaución."

"Por consiguiente, toda operación del empiema debe ser completamente antiséptica; toda intervención que no se practica así, es incompleta y mala. No debe tomarse en cuenta; pues es evidente que es inútil multiplicar las inyecciones antisépticas, si desde el principio no tomamos todas las precauciones para impedir la introducción de los gérmenes patógenos durante la operación."

Hay que estar perfectamente penetrados de lo que es la antisepsia, para no confundir una cosa con otra y la aserción de que "toda la antisepsia se resume en los lavados de la pleura," es una equivocación lamentable que debe desaparecer ante la realidad de los hechos." "Toda pleurotomía será rigurosamente antiséptica, cualquiera que sea el tratamiento ulterior. La operación es una, las consecuencias terapéuticas pueden ser diversas." Devobe, etc.

Corresponde al Doctor J. J. Ortega, acompañado de los Doctores Ramón García y Pedro Molina Flores, el honor de haber practicado la primera operación del empiema en Guatemala, en un individuo de nacionalidad italiana que presentaba un enorme derrame purulento del lado derecho. Es tanto mayor su mérito, cuanto que la antisepsia era casi desconocida entre nosotros (1883), y nadie antes de él se había atrevido á intervenciones semejantes. Los resultados de la intervención fueron brillantes y animaron de tal manera al Doctor Ortega, que se decidió á practicarla de nuevo en la primera oportunidad, que no tardó en presentarse. Tratábase de una niña de 3 ó 4 años, de la familia de un ilustre facultativo, el Doctor L., y cuyos antecedentes hereditarios son nulos, puesto que sus padres viven todavía y ella misma recobró de tal manera su salud, que es en la actualidad una de las damas más estimables de nuestra sociedad.

La aparición del derrame fué brusca, precedido de una violenta fiebre con hipertermia, delirio y estado tifóidico de la niña. La tos y el dolor de costado bastante exagerados, y la fatiga extrema. El Doctor Ortega se decidió á intervenir y acompañado del Doctor Monteros, llevó á cabo la pleurotomía, que dió salida al pus y trajo el más marcado alivio á la enferma. Los resultados no se hicieron esperar, y después de una corta permanencia en la cama, la herida cicatrizó completamente y la enfermita recobró rápidamente su salud.

Este caso y el de la niña que es objeto de la observación número 3, se prestan á algunas reflexiones cuya importancia no debe pasar desapercibida.

Los antecedentes hereditarios, en ambos casos, no permiten sospechar nada que pueda llamar la atención sobre alguna diátesis ó enfermedad cuya repercusión sea indudable.

Hasta poco tiempo antes de enfermar, estas niñas disfrutaban de una salud envidiable; sanas, robustas, vivarachas, en suma bien constituidas.

En una, la enfermedad no tuvo consecuencias de ninguna especie; el crecimiento y desarrollo natural fué regular, y su salud no se ha alterado hasta hoy. En la otra, es más que probable una feliz terminación; su pulmón ha recobrado su lugar, se oye entrar el aire en toda su extensión, la sonoridad es casi normal y el deslizamiento de las hojas pleurales es suave sin frote de ninguna naturaleza.

"Cuando debe practicarse la pleurotomía? Cualquiera que sean las consecuencias, es una operación precoz; debe practicarse desde que se cree indispensable." Al principio, aun el mismo Moutard Martin, recomendaba empezar por el método de las punciones repe-

tidas. Afirma Bouveret que hasta hace pocos años, la pleurotomía era operación tardía; parecía esperarse, dice, que la gravedad del paciente viniera á legitimar la intervención que aun se temía. La temporización no hace más que acumular probabilidades en contra de la curación; favorécese la caquexia y facilita oportunidad al pulmón de esclerosarse, impidiéndole recobrar su funcionamiento regular.

Procedimiento operatorio: 1º Punción exploradora: ya hemos visto cual es su importancia desde el punto de vista del diagnóstico; no disminuye por lo que hace al tratamiento. Se aconseja hacer una punción exploradora como la primera etapa de la pleurotomía, porque por su medio, llegamos seguramente sobre la colección líquida, evitándonos caer sobre una falsa membrana adherente que impidiera la salida del pus. Además, agrega Devobe, es solo con la ayuda de una punción que se puede reconocer de una manera exacta el asiento del derrame. El lugar escojido para hacerla es "en plena macicez, si se trata de un derrame de la gran cavidad pleural; en el punto donde la macicez parezca más evidente, si se sospecha un derrame enquistado ó tabiqueado." (Devobe.)

Otros autores, sin darle tanta importancia como quiere Debove, aconsejan practicarla, sirviéndonos de guía para hacer la incisión y para estar seguros de ir á abrir la cavidad purulenta. Es importante tomar todas las precauciones de la antisepsia, á fin de evitar, hasta donde sea posible, las infecciones secundarias. Para ello se tendrá cuidado de lavar el lugar donde va á hacerse, con jabón, alcohol, sublimado y hervir ó autoclavear cuidadosamente la aguja y la jeringa con que ha de practicarse.

Del mismo modo, deben autoclavearse ó desinfectarse cuidadosamente los instrumentos con que ha de practicarse la operación, y se lavará esmeradamente para desinfectar de una manera rigurosa la pared torácica sobre que va á llevarse á cabo. Estos cuidados antisépticos son de rigor y tienen una grandísima influencia en el éxito de la operación.

Cualquiera que sea el procedimiento escogido (pleurotomía simple, ú operación de Rosser), no debe haber vacilación ni descuido alguno. Son tan fáciles de ejecutar y tan frecuentemente necesarias, que no es preciso ser Cirujanos para hacerlas, y ningún médico debe rehusarse á practicarlas.

La anestesia ha sido discutida en los pleuríticos, porque dada la gravedad de la afección, no puede, en gran número de casos practicarse con el cloroformo ó el éter. A pesar de los peligros que corre

el Cirujano que cloroformiza ó eteriza á un pleurítico, Koning aconseja la anestesia general de preferencia con el éter, vigilando muchísimo al enfermo y operando con rapidez y precisión. En la pleurotomía sin resección costal, es suficiente la anestesia local por medio del cloruro de etilo, la cocaína ó el método de Schleich.

Basta pasear el chorro que el frasquito de cloretilo proyecta, sobre toda la extensión de la incisión proyectada, para conseguir una anestesia suficiente. La solución de cocaína más aconsejada es la siguiente:

Clorhidrato de cocaína	1 gramo
Agua destilada	120 gramos

Cada jeringa de Pravaz contiene 0.01 de cocaína.

Cualquiera que sea el procedimiento usado para la cocainización parcial, hay que tener en cuenta los peligros que puede acarrearnos su uso, y la susceptibilidad del paciente. Operando rápidamente se evitan con facilidad.

Schleich usa tres soluciones: la más propagada es la que lleva la fórmula siguiente:

Clorhidrato de cocaína	0.10 centígramos
Clordidrato de morfina	0.025 milígramos
Cloruro de sodio.....	0.20 centígramos
Agua destilada esterilizada	100 gramos

La adición de morfina y cocaína tiene por objeto moderar el dolor que produce la picadura. Como su cantidad es tan pequeña, no hay peligro que temer. (Chalot).

Cualquiera que sea la solución escogida para la anestesia, he aquí en qué consiste la pleurotomía simple:

Instrumentos: Un bisturí de filo curbo; un bisturí abotonado; pinzas hemostáticas, tijeras, jeringa de Pravaz, todo perfectamente esterilizado. Accesorios: hilo de ligadura (seda), 2 tubos de drenaje de 7 á 8 milímetros de diámetro y 15 centímetros de largo; solución de cocaína, solución boricada, alfileres, apósito, etc.

No hay necesidad de ayudantes especiales; pero dos son bastantes. Los preceptos de la asepsia y antisepsia, tanto de parte del Cirujano y sus ayudantes, como del lado del enfermo, no deben descuidarse por ningún concepto: son rigurosamente necesarios.

Practíquese al nivel donde va á hacerse la incisión, una punción exploradora con la jeringa de Pravaz, provista de una aguja larga y delgada; esto con el objeto de prevenirse para no caer en una masa de falsas membranas, ó al lado de una cavidad limitada.

El lugar de elección de la incisión es, para la pleurotomía común, el sexto ó séptimo espacio intercostal á lo largo del borde superior de la costilla inferior, hacia adelante del ángulo inferior del homóplato, ó si se prefiere, en la proximidad de la línea axilar posterior, es decir, más hacia atrás que adelante, casi sobre el borde anterior del gran dorsal, cuyas fibras pueden ser más ó menos interesadas sin inconveniente. (Bouveret.)

En ciertos casos determinados, no somos libres para escoger un lugar donde llevar la incisión, y se hace necesario abrir allí donde la fluctuación es más notable, procurando hacer también, en los casos en que esta abertura sea muy alta, una contra abertura en el lugar clásico. Se abrevia así la duración del tratamiento.

Con un bisturí curvo, hágase la incisión capa por capa, incindiéndose primero la piel, la capa muscular, y por último la pleura. Esta se abre con el bisturí abotonado, para asegurarnos, aunque no es necesario, de no tocar nada más que la pleura. La longitud de la incisión es ordinariamente de 5 centímetros. Aunque se han hecho más largas, parece suficiente.

Desde que se ha penetrado en la cavidad pleural, el pus sale á borbotones; se presentan accesos de tos, que hacen salir el pus á sacudidas. Para recogerlo más fácilmente, se introducen los tubos gruesos, guiándose sobre el índice que penetra en la cavidad pleural. Cuando ha terminado la salida, se reemplazan los tubos gruesos por los de drenaje que se procura fijar con solidez, para evitar cualquier contratiempo.

"Si se opera del lado izquierdo, hacia el hueco de la axila, en un punto donde no se tema tocar el corazón; ó si el empiema es enquistado, es bueno, desde que se ha hecho la punción pleural, tomar el bisturí abotonado para aumentar la incisión."

"La brusca descompresión del pulmón que resulta de la evacuación del derrame, jamás da lugar á complicaciones peligrosas, (síncope, expectoración albuminosa). La evacuación puede hacerse con facilidad, haciendo inclinar el tronco del enfermo, de manera que la incisión se encuentra en el punto más declive de la cavidad torácica." (Debove etc.)

Antes de proceder á la curación, se plantea la cuestión de si son ó no útiles los lavados; y á este propósito recordaremos que Trousseau practicaba diariamente, y hasta dos veces al día, lavados con agua hervida. Esta práctica retardaba la curación durante muchos días, porque cada vez que se hacían, destruían el trabajo de cicatrización por la distención que producían.

En la actualidad se practican lavados solo en los casos de pleuresías fétidas ó gangrenosas. Sin embargo no habría inconveniente en hacer un amplio lavado inmediatamente después de la operación. Las opiniones son discordantes á este respecto. Koning por su parte, se contenta con practicar lavados en los derrames pútridos, y emplea la solución débil de sublimado ($^1/_{4000}$): evita las soluciones fenicadas porque conoce, dice, varios casos de muerte con convulsiones, sobreviniendo la muerte al quedar llena la pleura.

Laverán, Bouveret, Comby no temen hacer los lavados, aunque se contentan con el agua boricada al $^4/_{100}$. Devobe y Courtois Suffit, creen que es bueno practicar un lavado pleural, con agua boricada saturada y agua tibia, exclusivamente con el objeto de traer afuera las últimas gotas de serosidad, de líquido purulento ó sanguinolento. Antes de practicar este lavado, hay que limpiar la superficie operada cuidadosamente, enjugando todo el campo operatorio con esponjas empapadas en una solución antiséptica.

"El aparato más simple y el mejor para practicar estos lavados es un embudo de vidrio del que cuelga un largo tubo de caucho. Este se introduce en la pleura, y para hacer penetrar el líquido contenido en el embudo, basta elevarlo un poco más arriba de la abertura de la pared torácica." (Devobe y Courtois.)

Prócedese, por último, á la curación, que debe hacerse con toda la antisepsia del caso, recubriendo la herida con gaza hervida ó yodoformada, y un espeso apósito de algodón. Devobe aconseja proyectar sobre la herida, al rededor del dreno, un polvo antiséptico, yodoformo ó salol. Entre nosotros se prefiere la aplicación de gaza esterilizada á la estufa ó hervida á 120° en solución fenicada ó sublimada. Vendaje poco compresivo pero firme. Esta curación se renueva á las 24 horas la primera vez; á las 48 la segunda, espaciando más y más cada vez. Vigílese la marcha de la temperatura, y procédase á un buen lavado antiséptico en caso que alcance 38.5 ó 39°, ó que el pus se vuelva fétido. (Ebstein Schwalbe.)

Este procedimiento sencillísimo, está al alcance de todos los médicos y no ofrece peligros de seriedad. Débese, pues, recurrir á él siempre que nos parezca indicado y no rehuirlo bajo ningún pretexto.

Operación de Roser.—Pleurotomía costal. De preferencia se escoje la 7ª costilla del lado derecho, la 6ª del lado izquierdo. Hágase una incisión de 4 centímetros que siga el borde inferior de la parte media de la costilla; limítese en sus extremidades por dos pequeñas incisiones perpendiculares, de manera que parezca una I horizontal, hechas á fondo á partir del borde superior de la costilla.

Una sola incisión es bastante. Despréndase el colgajo cuadrilátero trazado y levántese. Incísense las partes blandas hasta la pleura, rasando los bordes superior é inferior de la parte de costilla denudada, forcipresar los vasos intercostales en las dos extremidades de la herida por medio de pinzas hemostáticas, y divídase la costilla con cisalla. La pleura queda á la vista. (Chalot. Med. Op.)

Este procedimiento es simple y de fácil ejecución. No insistiremos sobre la necesidad de estar prevenidos contra toda clase de infecciones secundarias, lo que evitaremos observando con precisión los preceptos de asepsia y antisepsia.

Accidentes y complicaciones de la operación.—Como en toda operación, hay siempre accidentes que con frecuencia vienen á complicar la marcha y el pronóstico de la operación. Si no temiera ser ampuloso, copiaría, porque qué habíamos de decir nuevo? Nos conformaremos con enumerarlos, rogando al lector estudie á Bouveret, donde de una manera extensa y clara, pueden estudiarse detalladamente. Debove, que nos servirá de guía, divide, para comodidad del estudio, en accidentes de la operación; accidentes desarrollados durante el curso del tratamiento consecutivo y accidentes nerviosos después de la operación.

La primera complicación ó dificultad es la incisión que no da pus, *incisión seca*. Pudiera suceder que una brida membranosa fije el pulmón á la pared torácica, ó divida el derrame en varios alojamientos, y que el bisturí caiga exactamente en el lugar donde está el tabique, ó bien que una falsa membrana se aplique sobre el orificio profundo de la incisión y obre como una válvula comprimida por el derrame. Para evitar esto, basta hacer una punción exploradora previamente, y dejar la aguja en su lugar para guiarnos por ella.

Se ha observado también que, cuando las pleuresías duran ya algún tiempo, los senos costo-diafragmáticos se llenan de falsas membranas, y el diafragma se adhiere á la pared torácica al nivel de los últimos espacios intercostales. En estos casos se está muy expuesto á perforar el diafragma y el peritoneo, complicación cuya gravedad no es discutible y que puede evitarse fácilmente, teniendo siempre cuidado de hacer una punción exploradora, guiándonos en seguida por la aguja.

La herida de la arteria intercostal, rara en cuanto que dado el sitio donde habitualmente se practica esta operación, se halla defendida y oculta en el canal costal de la costilla superior, siendo casi impo-

sible cortarla si se tiene cuidado de seguir el borde superior de la costilla inferior. En caso que se corte, hay que resecar la costilla superior con toda rapidez y forcipresarlas ó ligarlas.

El dreno puede, por los movimientos del enfermo ó por otra causa cualquiera irse en la herida, cayendo en la pleura. Con una larga pinza curva, abriendo y cerrando alternativamente sus ramas, se puede llegar á cojer el tubo y extraerlo. Para mayor rapidez, hágase al mismo tiempo un gran lavado.

Después de la operación, pueden producirse complicaciones que Devobe atribuye mas al cirujano que á la operación. Los descuidos en la antisépsia son la causa principal. La erisipela, la infiltración purulenta, consecutivas á la inoculación de sus microbios, son de mucha gravedad.

Importa, pues, insistir sobre este hecho, que afecta tan de cerca á la profilaxia del empiema: "que la antisepsia es indispensable, no solo para curar una pleuresía que existe, sino para impedir que esta enfermedad se vuelva más grave y algunas veces mortal.

Cuando se usaban cánulas metálicas en permanencia para permitir la salida del pus, era frecuente observar la denudación de la costilla seguida de necrosis, y la supuración consecutiva prolongada con cicatrización lenta del trayecto fistuloso. En la actualidad ya no se observan, gracias á la supresión de las cánulas metálicas y de los gruesos drenos.

Entre los accidentes nerviosos que revisten una importancia especial, los abcesos del cerebro, que se acusan por la aparición de fenómenos cerebrales desarrollados en medio de un cortejo de síntomas febriles, (cefalea, delirio, convulsiones, parálisis, y el coma y muerte rápida.) Cítanse también las parálisis de origen embólico, y algunos accidentes nerviosos cuya observación se debe á Raynaud. (1875.), y aunque muy raros, no dejan de tener su importancia, habiéndose ocupado de ellas numerosos observadores.

TRATAMIENTO DE LAS PLEURESÍAS CRÓNICAS

Cuando á pesar de los esfuerzos del Cirujano, la supuración se prolonga demasiado, el enfermo se caquectiza, y deformado el torax no tiende á recobrar su conformación normal, ni desciende el pulmón permaneciendo retraído, hay que ir en auxilio de él, por medio de amplias movilizaciones de la pared torácica, que en parte vengan á llenar el vacío que el pulmón retraído ha dejado.

Quenú, Estlander, Delageniere, etc., han preconizado diversos procedimientos operatorios que más ó menos completamente llenan el objeto deseado. Expondremos los más conocidos.

Operación de Estlander: La forma abombada de la caja torácica, dice Farabeuf, necesita que para obtener el aplastamiento necesario, se quiten, en la parte media de cada costilla, longitudes desiguales, como entre paréntesis. El dibujo formado por las dos series de secciones costales anteriores y posteriores, es comparable á un segmento esférico, ó al exterior de una raja de melón.

Para los tegumentos, una gran incisión vertical, cruzada por una más pequeña paralela á las costillas, dan cuatro colgajos, que quitados, descubren una superficie losángica en la que se puede operar cómodamente.

Antes de proceder á la operación, es útil, dicen Debove y Courtois, hacer un examen de la cavidad purulenta; para ello, la percución y la auscultación no dan datos bastante exactos. Por lo general se emplea una sonda rígida, procurando medir con ella, hundiéndola en diversas direcciones, las dimensiones de la cavidad, á fin de resecar un número de costillas proporcional. También ha recurrido á la introducción de una solución aséptica á fin de conocer la capacidad de la cavidad purulenta; pero este procedimiento es peligroso y no debe usarse.

Una vez tomadas las precauciones del caso, lavado cuidadosamente al enfermo, etc., se procede á la operación que consta de 4 tiempos: En el primero, se incisan las partes blandas; en el segundo se hace la resección de las costillas; el tercero está consagrado al tratamiento de la pleura; y el cuarto al drenaje y á la sutura. (Terrier. Cª de la Pleura y del Pulmón.)

Hasta donde es posible, dice Farabeuf, las incisiones deben pasar por las fístulas que ha creado el médico que anteriormente practicó el empiema, sobre la línea axilar, entre la 4ª y 9ª costilla. La resección debe ir sobre la parte lateral del torax, donde el gran dentellado se encuentra. De arriba abajo, debe comprender toda la altura de la bolsa purulenta; y de ancho pueden quitarse hasta diez centímetros y más para las costillas de la región media. Debe practicarse sin temor y ampliamente, para no volver de nuevo algunas semanas después.

Terrier señala como límites para practicar la resección, hacia arriba la tercera costilla, y hacia abajo la octava: y agrega: Se ha subido más arriba, es verdad: Delorme ha resecado la primera

costilla, lo que es inútil; se puede descender más abajo, como H. Delogeniere; pero estos son procedimientos especiales que se alejan de la operación típica de Estlander. En cuanto á los límites de adelante hacia atrás, recordemos que es preferible practicar la resección entre las líneas axilar anterior y posterior, pudiendo pasar de estas dos líneas y quitar hasta diez centímetros, en la octava costilla.

Devobe y Courtois señalan también la 3ª y 8ª costillas como límite, alcanzando transversalmente, al nivel de la sexta costilla, diez centímetros de anchura.

La forma de la incisión ha variado muchísimo. Estlander se contentaba con hacer una incisión cutánea al nivel de cada costilla que iba á resecar; después se han conformado con una incisión practicada al nivel del espacio intercostal, para quitar las costillas adyacentes; otros quieren una incisión vertical única; Bouilly hace un colgajo en U de 10 á 12 centímetros; Trelat prefiere un colgajo en H acostada; Farabeuf una incisión crucial; Berger la incisión en T; Bœkel la incisión en L; cada uno piensa que su método es el mejor y cada uno opera según su habilidad y según las circunstancias. El Doctor Ortega ha preferido una incisión en U un poco inclinada atrás, y ha conseguido un excelente resultado en tres casos, cuyas observaciones publicamos al final.

Por lo que hace á la talla del colgajo, dice Terier, y parece que en esto todos piensan casi del mismo modo, se tendrá cuidado de que sea espeso, á fin de que sus tejidos queden más fácilmente alimentados.

Cuando el campo está descubierto, por medio de una incisión vertical, ó crucial ó de un corto y ancho colgajo de base anterior, se reseca cada costilla por separado, por el método subperióstico. Se hiende pues el músculo gran dentellado, primero sobre la costilla vecina de la fístula, teniendo cuidado de incisar con el bisturí romo hasta el periostio inclusive. La rugina recta se emplea como en la resección ordinaria; después la rugina curva que carga la costilla y permite cortarla, ya sea en medio de la parte sacrificada, ya en las dos extremidades.

El periostio de la cara externa de la costilla, incisado á lo largo de los dos bordes del fragmento y en sus dos extremidades, pudiera quitarse; esto no hará más que impedir la reproducción de los arcos rígidos y en nada perjudicaría al resultado de la operación.

Hecho esto, el objeto de la operación está alcanzado; pero cuanto más viejos son los derrames, más seguro es encontrar una pleura gruesa, fungosa y con poca tendencia á recobrar sus caracteres. No

se está desarmado hoy, dice Devobe. Si las fungosidades dominan, se desembarazará la pleura por medio del curetaje practicado con prudencia en la proximidad del pulmón. Terminado éste, se recurrirá á una inyección antiséptica de cloruro de zinc al 2 ó 5%. Si es necesario, se tocarán los puntos fétidos con un pincel empapado en el mismo líquido.

"Algunos cirujanos audaces han querido abrir la pleura enferma: el procedimiento de Schede es uno de los más conocidos; éste, después de haber levantado un colgajo en U, reseca tres ó cuatro costillas en una longitud de 10 á 12 centímetros; quita por completo lo que queda de plastrón torácico, es decir, los músculos intercostales y la pleura, y hace al mismo tiempo la hemostasia de las intercostales. Sólo el colgajo cutáneo queda para aplicarlo sobre la pleura pulmonar: este colgajo es delgado, poco nutrido aunque se le suture á la pared; así, este procedimiento parece á primera vista inquietante. Los tres casos de Schede tienden á hacerlo considerar como aceptable." (Terrier.)

Bœkel se contenta con practicar una incisión crucial de la pared músculo-pleural; por esta abertura trata la cara interna de la pleura como un abceso frio. El resultado es favorable. Bouilly considera la sección de la pleura como complemento indispensable en la mayor parte de los casos de resecciones costales emprendidas con un objeto toracoplástico (Devobe.)

Procédese en último lugar, al drenaje y la sutura de la herida. El primero debe hacerse de preferencia con un dreno grueso, que se colocará en la parte más declive, teniendo cuidado de asegurarlo para evitar su caída en la pleura. La sutura se practicará cuidadosamente, teniendo en cuenta la mala nutrición del colgajo, y siendo indispensable aumentar sus probabilidades de pronta y buena curación.

Por lo general las consecuencias son sencillas, pero pueden sobrevenir accidentes: la debilidad de los enfermos entra en gran parte entre los fracasos, y se les ve morir antes de haber conseguido nada. (Obs.)

Michaux, basándose en una estadística de Bouveret, sobre 78 enfermos, concluye: 1º—Que la operación de Estlander no es una operación benigna. 2º—Que debe reservarse á ciertos empiemas crónicos, cuyas cavidades son susceptibles de llenarse por el apachamiento de la pared torácica despojada de una parte de su esqueleto. 3º—Que por esta razón, triunfa por lo general en los jóvenes; y 4º—Que no hay que recurrir á ella, sino después de haber agotado todos

los recursos quirúrgicos y generales para favorecer la curación espontánea. Fuera de estas reservas, y fuera de las contraindicaciones de la operación, la de Estlander puede dar buenos resultados; la resección toracoplástica que la constituye esencialmente, necesita completarse por la incisión, la exición ó el raspado de la pleura parietal. (Devobe et Courtois Suffit.)

No es esta la conclusión á que llega Terrier, sino precisamente la inversa. He aquí la estadística en que se funda y que data de 1888.—Curaciones 27; curaciones con pequeñas fístulas 5; curación temporal con muerte por nefritis 8; muertos 10; lo que da un 64% de curaciones, que aunque no es seguramente muy brillante, nunca se ha conseguido más por otros medios (Terrier.)

Los resultados que se han obtenido entre nosotros, y que deduzco de la Estadística recogida en los diversos servicios de Cirujía del Hospital General, de esta ciudad, de 1890 á la fecha, son los siguientes:

CUADRO

de las operaciones practicadas en los Servicios de Cirujía en el Hospital General de Guatemala, de 1890 á 1903.—Intervenciones por pleuresías purulentas.

SERVICIOS

Años	PRIMER SERVICIO DE CIRUJIA	Resultado	SEGUNDO SERVICIO DE CIRUJIA	Resultado	TERCER SECVICIO DE CIRUJIA	Resultado
1890	1 operación de Estlander	Curado	2 pleurotomías 1 pleurotomía	Curados Muerto		
1891	2 pleurotomías	Curadas	1 pleurotomía 1 Estlander	Curados	4 pleurotomías	Curados
1892	5 operaciones de empiema 1 operación de Sstlander	Curadas	3 operaciones de empiema 1 operación de toracentesis	Curados Curado	2 pleurotomías	Curados
1893	2 operaciones de empiema 3 operaciones de Estlander	4 Curados 1 muerto	2 operaciones de empiema	1 curado y 1 muerto	2 operaciones de empiema	Curados
1894	2 operaciones de empiema 4 operaciones de toracentesis	2 curadcs 3 mejorados 1 muerto	1 operación de empiema	Curado		
1895	2 operaciones de Estlander 2 opcraciones de toracentesis	Mejorados 2 1 curado y 1 muerto	4 operaciones de Estlander	Curados	3 empiemas (op. de	2 curados y 1 muerto
1696	3 operaciones de empiema 1 operación de Estlander	2 curados y 1 muerto Mejorado 1	1 operación de empiema	Curado	1 toracentesis	Mejorado
1897	1 op. de empiema (traumatismo) 2 op. de empiema (tuberculosis)	Curados	1 operación de empiema	Curado		
1898	1 Pleurotomía	Curado	1 operación de empiema 2 pleurotomías y resección por caries 2 Estlander	Mejorado 1 curado Curados	1 operación de Estlander	Curado
1899	2 operaciones de Eslander	Curados	5 operaciones de Estlander	4 curados y 1 muerto	1 operación de empiema	Curado
1900	4 empiemas	Curados	1 operación de empiema 1 operación de Estlader	Curados	1 operación de Estlander	Curado
1901	1 operación de empiema	Curado	1 pleurotomía (d h.) 1 empiema (p. p.)	Curados	1 operación de Estlander	Muerto
1902			1 operación de Estlander	Muerto	1 operación de empiema	Curado

Hasta aquí he podido recoger según los cuadros adjuntos á las Memorias que anualmente publica la Dirección General de las Casas de Beneficencia.

Como se ve, el número de curaciones es considerable, á pesar del estado gravísimo en que llegan gran número de enfermos, y de la oposición de algunos pacientes á las intervenciones quirúrgicas.

También en los diversos servicios de Medicina y Casa de Salud se han presentado ocasiones de intervenciones rápidas que no han dejado de hacerse nunca, la mayor parte con un éxito satisfactorio.

Este resultado, por demás halagador, nos invita á seguir los consejos de los cirujanos modernos, interviniendo siempre que de un derrame purulento se trate, cualquiera que sea su origen, y siempre que las condiciones del paciente sean favorables.

Observaciones:

I

Emeterio Araujo, natural de Guatemala, casado de 38 años de edad, albañil, ingresó al 2º Servicio de Cirugía del Hospital General el día 24 de Octubre de 1904, quejándose de una salida de pus por una fístula que tiene al nivel del 7º espacio intercostal.

Preguntado desde cuando padecía de aquello y qué motivó esa enfermedad, dijo que todo le provenía de una puñalada que había recibido el 8 de Noviembre de 1902, cuya cicatriz nos muestra y está situada en la cara anterior del torax, lado derecho, al nivel del 5º cartílago costal, muy cerca del esternón. Las condiciones en que la recibió, de pié, recostado de espaldas en una pared, sin tiempo para moderar el golpe, hacen sospechar que el puñal atravesó el pulmón hasta atrás, interesando la pleura hacia adelante y probablemente también atrás.

Como consecuencia, se le declaró una pleuresía purulenta que fué tratada, según él dice por punciones repetidas, (2 ó 3,) que lo curaron yéndose á su casa sano. Seis meses después, con motivo de unas borracheras, empezó á sufrir de nuevo, viéndose obligado á volver al Hospital á la 1ª Sala de Cirugía, en donde le fué resecada una costilla, voviendo á su casa muy mejorado pero con una pequeña fístula que casi no le supuraba, pero que á causa de los trabajos á que se dedica le ha vuelto á supurar. Desde entonces ha vuelto 3 veces al 2º Servicio de Cirugía, en donde en Septiembre de 1903, le fueron resecadas 2 costillas. El 9 de Octubre de 1904, 15 días antes de llegar la última vez al Servicio, enpezó á sentirse mal de nuevo; tuvo tos excesiva, fuerte elevación de temperatura, mucho

dolor en el costado derecho, que le hacía imposible el movimiento y el trabajo, decidiéndose á volver al Servicio el día 24. El examen clínico dió á conocer que la colección purulenta se había reproducido y que el pulmón retraído no funcionaba casi, ocasionando al enfermo una gran disnea, falta de sueño, tos bastante fuerte y fuertes calenturas que tarde á tarde le daban, alcanzando el termómetro 39.5 y 40 grados.

En vista de los antecedentes del enfermo, el Doctor Ortega decidió hacer una amplia resección costal, á fin de movilizar toda la pared torácica, y ver si de esta manera se conseguía tasar la supuración que minaba al paciente.

En efecto, el 3 de Noviembre, previos todos los cuidados asépticos y antisépticos del caso, y bajo el cloroformo, se procedió á la operación que consistió en una amplia incisión en V, un poco echada atrás, seguida de la resección de tres costillas y un gran lavado de la cavidad pleural y de la colocación de un drenaje grueso para permitir la salida de todo el pus que pudiera coleccionarse.

Esta operación dió por resultado un gran alivio para el enfermo, que ha mejorado muchísimo, recobrando su estado general y volviendo, por decirlo así, á la vida. No hubo complicación de ninguna especie, durante los días que siguieron á la operación y no se descubrió al enfermo hasta 4 días después. El apósito no estaba muy lleno de pus; sin embargo se le hizo un pequeño lavado y se cubrió de nuevo.

Se le han seguido haciendo, de vez en cuando, lavados antisépticos y en la actualidad, el enfermo casi no tiene supuración. La herida cicatrizó muy bien y sólo queda una pequeñísima fístula que apenas molesta al individuo.

II

Rafael Pérez, de Guatemala, de 41 años, casado, albañil, ingrseó al Tercer Servicio de Cirujía á cargo del Doctor D. Orantes, el día 22 de abril cel año corriente, quejándose de que de nuevo le había vuelto á supurar la fístula que, como consecuencia de una operación que había sufrido hacía poco, le quedaba al nivel del 7º espacio intercostal. Investigando la causa de lo que sufría, dijo que en agosto del año anterior, llegó al Primer Servicio de Medicina á curarse de un fuerte dolor en el costado derecho, muy marcado al nivel de la 8ª costilla y la línea axilar anterior; tos seca, muy molesta que le impedía la respiración, un poco de fatiga y calentura bastante fuerte que cada noche le atacaba y era seguida como á las 2 ó 3 de la mañana de abundantes sudores.

Sus antecedentes de familia son nulos; su madre vive aun y es sana; su padre murió de una fiebre palúdica; su demás familia es sana.

Por su parte, él ha sido sano, fuerte y grueso, hasta que empezó á padecer sin motivo alguno aparente.

Lo que llamó la atención al examinarle, fué el abombamiento del lado doloroso, la falta de excursiones torácicas de ese lado, siendo exageradas al opuesto, la fatiga y la tos.

La percusión denotó una macicéz absoluta en todo el nivel de la base hasta la punta de la escápula, donde era reemplazada por una sub-macicez poco acentuada. Bajo la axila la macicez era extensa y hacia adelante el hígado ligeramente bajado, parecía continuarse hacia arriba hasta el mamelón. No había edema de ninguna especie. La auscultación no denunciaba nada, no se oía nada. En el vértice del pulmón derecho, ligeros crujidos mezclados con estertores húmedos, y un poco abajo soplo brónquico poco marcado.

En vista de lo que pasaba se hizo una punción exploradora y se extrajo una jeringa de pus de color cetrino algo fétido. El diagnóstico se impuso. Se trataba de un derrame purulento que alcanzba más ó menos á 2 lítros.

Pasó á Cirugía, en donde se practicó la pleurotomía, haciendo una icisión al nivel del 7º espacio intercostal que dió salida como á 1,800 gramos de pus. No hubo lavado; drenaje y curación aséptica diaria.

Las consecuencias fueron favorables; la tos, la fatiga, la fiebre, desaparecieron; el pulmón que aún no había contraído adherencias se dilató bastante; la sonoridad reemplazó á la macicez en casi toda la altura del pulmón y el sueño vino á calmar por completo al individuo.

Desgraciadamente no quiso quedarse en el Servicio so pretexto de ver á su familia, y salió llevando aún una pequeña fístula que le supura todavía y que es la que en la actualidad se cura. La supuración es casi nula, la respiración es regular; pero ha enflaquecido mucho, á pesar de que no carece de apetito. Los sudores nocturnos y la tos le molestan bastante; la fiebre casi no hay sino de vez en cuando. Está sometido á un tratamiento creosotado; y se le cura diariamente su fístula que está en vías de cicatrización.

III

Cristina Ramírez Molina, de 4 años, natural de Amatitlán, entró al 2º Servicio de Cirugía de Mujeres á cargo del Doctor J. J. Ortega, el 30 de Abril de 1905.

Antecedentes hederitarios: Son sanos; su padre murió de una disintería que le produjo una borrachera; su madre es sana, robusta no ha padecido de nada. Sus antecedentes personales son los siguientes: Hasta el 19 de Febrero del corriente año, la niña ha sido muy sana, jamás se ha quejado de nada; ha sido robusta, de buen color, muy vivaracha. Ese día como á las 6 a. m. tuvo un frío muy grande, sin causa alguna que á la madre llamara la atención; la temperatura subió á 43°, con delirio y no bajó hasta la noche en que sudó abundantemente. Todos los días se ha repetido lo mismo por espacio de 40 días más ó menos; El facultativo qne cuidaba de ella la trataba como palúdica y prescribió baños para contrarrestar hipertermia, y quinina. Después estuvo 4 ó 6 días de temporada, pero regresó á causa de la gravedad que revistió la enfermedad. Ya de vuelta fué vista por dos médicos más, que instituyeron un tratamiento recostituyente y antituberculoso (aceite de bacalao creosotado, glicerofosfato, etc.,) probablemente porque creían en una lesión de esa clase. Ocho días antes de su llegada al Servicio, un nuevo médico la vé en su consulta y después de un examen detallado, entabló un enérgico tratamiento antituberculoso. El día siguiente, cuenta su mamá, que le notó debajo del brazo una pelota que aumentaba á cada tosida, á cada grito y disminuía cuando estaba quieta; no tenía latidos y según la señora refiere era blanda como una pelota de hule. Avisado el médico, hizo una punción exploradora y sacó una jeringada de pus que impuso el diagnóstico, hasta entonces no formulado, de pleuresía purulenta. Hasta entonces los signos clínicos que nos hubieran permitido hacer el diagnóstico no habían llamado la atención á ninguno de los que la habían visto.

El día de su entrada, un minucioso examen clínico de los Doctores Ortega y Valdés B. confirmó el diagnóstico y se dispuso operar rápidamente. La operación se practicó el 4 del corriente, se hizo una rigurosa antisépsia y se practicó una incisión de 5 ó 6 centímetros de longitud en el 7° espacio intercostal; penetróse poco á poco al travez de la pared torácica hasta la cavidad pleural y se dió salida á una cantidad como de 800 gramos de un pus blanco amariilento, grumoso. Se procedió á poner un dreno de 1½ mllímetros de espeor y curación antiséptica. Hubo un acceso de tos fuerte que hizo arrojar un poco de flema. El llanto de la criatura hacía salir por sacudidas el pus. Anestesia por la cocaína. Ningún accidente grave.

El día de la operación faltó la calentnra hasta las 6 p. m. en que tuvo una ligera elevación que desapareció en la noche, amaneciendo al otro día sin ella. La tos desapareció y durmió un poco.

5 de Mayo. Temperatuaa normal. No hay tos. La fatiga ha desaparecido del todo. El dolor de costado es nulo y las excursiones respiratorias son bastante regulares. Pulso bueno. Hay apetito.

6. Ayer por la tarde ya no hubo temperatura. La de hoy es regular (36,7.)

Pasó la noche bien, durmió bastante, no hay tos, y la curación que se cambió hoy, tenía muy poco pus, sin olor y de color cremoso. El pulmón se dilata bien y no se oyen al auscultar ni crujidos, ni estertores.

8. Durante las dos noches que han pasado no ha faltado el sueño; come bien y no tiene tos ni fatiga ni dolor. La temperatura ha sido normal. La herida ha cicatrizado rápidamente. Casi no hay pus en el apósito. El estado general es muy bueno y parece que la curación avanza con toda rapidez. Hasta hoy no se ha hecho ningún lavado pleural, porque uo hay indicación para ello.

12. La mejoría se acentúa rápidamente. La herida ha cicatrizado sin accidentes y por el tubo de drenaje apenas sale pus. Ya no ha habido temperatura; el apetito se conserva; nada de tos.

IV

P., natural de Guatemala, residente en esta ciudad, entra á la Casa de Salud en Noviembre del año pasado á curarse de una fiebre que diariamente, y precedida de escalofríos le viene molestando desde hace ya como 3 meses.

Tiene también un dolor de costado muy abajo, al nivel de la 8ª ó 9ª costilla del lado derecho, con fatiga, tos bastante fuerte. Sus antecedentes hereditarios no enseñan nada. El ha venido padeciendo desde hace como 2 años de tos, sudores profusos por la noche, enflaquecimiento bastante marcado y calenturas que según dice él cogió en la costa á donde ha ido varias veces. Le asistía en la calle el Doctor J. R., que, á juzgar por lo que el enfermo dice, le curaba por un abceso del hígado que el mismo Doctor, en compañía de otro colega operaron sacando una regular cantidad de pus. De esta operación no conocimos los detalles y nos abstenemos de comentarla.

Permaneció durante un mes más ó menos y salió aparentemente curado. Pero como 15 ó 20 días después, reapareció la fiebre, la tos aumentó muchísimo, la disnea y el dolor de costado eran intensos y reclamaba uu tratamiento enérgico.

El Doctor J. J. Ortega lo examinó cuidadosamente: había abombamiento aunque no muy marcado; la macicez sobre toda la base del

pulmón era absoluta, y los signos estetoscópicos revelaban la presencia de un derrame pleural que se sospechó purulento por los antecedentes de la operación anterior. Una punción exploradora lo confirmó y se pensó en operarlo de nuevo, pero en esta ocasión se creyó indicado de una vez el Estlander, á causa del tiempo que duraba ya la enfermedad y para ser más enérgico y efectivo el tratamiento.

Resecáronse en efecto, después de tallar un amplio colgajo en forma de U inclinada hacia arriba y atrás, dos costillas en una extensión de 6 ó 7 centímetros. No se hizo lavado, sólo se dió salida al pus y se drenó la herida, curándola después antisépticamente. No hubo accidente alguno durante la operación. Después de varios días, viendo que la supuración persistía, se ordenó y practicaron lavados extra pleurales, primero con clururo de zinc y después con agua yodada.

La cicatrización fué rápida y el enfermo salió curado en los primeros días del mes de enero de este año. Sólo conservaba la tos que había disminuido mucho. Le hemos vuelto á ver en estos días y no se queja de nada; está muy restablecido y no siente molestias de ninguna especie.

V.

L. de 40 años de edad, robusto, bien constituido, agricultor, sin antecedentes hereditarios ni personales de ninguna especie, llega á la Casa de Salud para ser asistido de una fatiga extrema, tos, dolor de costado muy fuerte y fiebre.

Tal es su disnea, que el médico interno se ve en la precisión de hacerle inmediatamente una punción, extrayendo con el aspirador Dieulafoy, como 600 gramos de líquido sero–fibrinoso muy turbio, con bastantes grumos que sobrenadaban. La fatiga cesó un poco y se calmó bastante, para pasar la noche con relativa tranquilidad.

En la mañana del siguiente día, se le hizo una nueva punción, extrayendo 1,500 gramos de un líquido de las mismas apariencias que el del día anterior. Dos días más tarde, como la fiebre subiera, la tos y el dolor de costado se hicieran horribles, y la disnea recobrara los caracteres del principio, se decidió hacer una pleurotomía, tanto más cuanto que una punción exploradora dió á conocer la completa transformación del derrame en purulento.

Practicóse la operación en el lugar indicado, y se dió salida á cerca de dos litros de pus que se había vuelto fétido y de mal aspecto.

Se instaló un drenaje grueso y se curó antisépticamente. No obstante, como la supuración no disminuyera, la fetidez aumentara de una manera espantosa, lo mismo que persistiera un poco de fiebre, y el enfermo enflaqueciera con rapidez, se pensó en una amplia movilización costal, á fin de ayudar de este modo á llenar la cavidad que el pulmón no podía hacer. El pulmón derecho crujía y se oían estertores crepitantes de tuberculosis en todo él.

Bajo el cloroformo, y después de tomar todas las precauciones que el caso requería, se procedió á la operación. Hízose una amplia incisión en U comprendiendo la 5ª, 6ª, 7ª, 8ª y 9ª costillas. Levantóse el colgajo y resecáronse en una extensión de 8 ó 10 centímetros las 4 costillas (5, 6, 7 y 8). Se hizo un gran lavado antiséptico y se drenó después de suturar todo el colgajo, prescribiéndose dos lavados diarios con una solución de agua yodada.

No obstante todos los cuidados tomados, no había mejora notable y el enfermo decaía visiblemente y con rapidez. El vértice de su pulmón derecho estaba cavernoso y el otro estaba ya invadido. La evolución de su tuberculosis fué tan rápida, que sucumbió al fin víctima de ella. No pudo practicarse la autopsia por la oposición de la familia.

CONCLUSIONES

1ª—El frío, cuya importancia como agente etiológico, se consideraba antes de primer orden, ha cedido su puesto, según las investigaciones actuales, al bacilo de Koch, que es, en la gran mayoría de los casos, el agente de las inflamaciones pleurales, que constituyen de este modo, una de las diversas manifestaciones de la tuberculosis. Quédale aún el papel bastante importante, de agente provocador.

2ª—En las pleuresías purulentas, los diversos agentes de las supuraciones, solos ó asociados, son los que por su penetración en la cavidad pleural, provocan y mantienen la supuración, haciendo indispensable la intervención de los agentes antisépticos para destruírlo.

3ª—El diagnóstico de las pleuresías purulentas es delicado, difícil en muchos casos é importante de plantear con precisión, porque de él depende la mayor ó menor rapidez de la intervención, de la que depende la salud del enfermo.

4ª—Ya no se vacila en intervenir de una manera enérgica y decidida. La intervención debe ser rápida y completa, seguida ó no

de lavados, según las indicaciones del caso. Sus resultados han sido y son brillantes, y su ejecución está al alcance de todos.

5ª—Es importante hacer siempre un análisis bacteriológico, que es un gran guía para la conducta que debemos observar con relación á la intervención, y porque es una base sólida para el pronóstico. La antisépsia no debe descuidarse en manera alguna, que ella contribuye en gran parte al éxito rápido y completo de las intervenciones quirúrgicas.

Guatemala, Mayo de 1905.

DANIEL AGUIRRE.

Vº Bº
D. ALVAREZ.

Imprímase.
J. J. ORTEGA.