FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO DE LA PLEURESIA

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

RAMON BUTTI

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE POTOSÍ — 60

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LA PLEURESIA

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

RAMON BUTTI

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE POTOSÍ — 60

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DÉCANO....	Dr. D.	MANUEL P. DE PERALTA
VICE-DÉCANO	» »	NICANOR ALBARELLOS
TESORERO..	» »	MAURICIO G. CATAN
	» »	MANUEL A. MONTES DE OCA
	» »	CLETO AGUIRRE
	» »	ERNESTO ABERG
	» »	SANTIAGO LARROSA
	» »	PEDRO A. PARDO
	» »	MANUEL ARAUZ
	» »	LEOPOLDO MONTES DE OCA
	» »	EDUARDO WILDE
	» »	PEDRO A. MATTOS
	» »	JOSÉ T. BACA
	» »	RAFAEL HERRERA VEGAS
	»	DOMINGO PARODI
SECRETARIO	Dr. »	JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS			CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica..	Dr.	D.	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología y Anatomía Patológica...	”	”	Ignacio Pirovano.
Fisiolojía general y humana.....	”	”	Santiago Larrosa.
Patolojía jeneral é Historia de la Medicina	”	”	José T. Baca.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica.....	”	”	Pedro A. Mattos
Patolojía esterna, operaciones y vendages	”	”	Leopoldo Montes de Oca.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños.....	”	”	Manuel Arauz.
Higiene pública y privada.....	”	”	Guillermo Rawson.
Medicina legal y Toxicología.....	”	”	Eduardo Wilde.
Clínica Quirúrgica	”	”	Manuel A. Montes de Oca.
Clínica Médica.....	”	”	Manuel P. de Peralta.
Obstetricia y Clínicas respectivas....	”	”	Pedro A. Pardo.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	”	”	Cleto Aguirre.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr.	D.	Bartolomé Novaro.
Histología y Anatomía Patológica	”	”	Julio Muñoz.
Fisiología general y humana.....	”	”	Francisco Tamini (en ejercicio.)
Patolojía general é Historia de la Medicina.....	”	”	Jacob de T. Pinto.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica.....	”	”	Pablo Santillan
Patología esterna, operaciones y vendages.....	”	”	Lucio Melendez.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños.....	”	”	Luis Tamini.
Higiene pública y privada.....	”	”	Pedro Mallo (en ejercicio)
Medicina legal y Toxicología.....	”	”	Manuel Blancas.
Clínica Quirúrjica.....	”	”	Juan A. Argerich.
Clínica Médica.....	”	”	Juan Bautista Gil.
Obstetricia y Clínicas respectivas.....	”	”	Antonio T. Ballester.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	”	”	Pedro Roberts.

Disectores :

Dr. D. Julian Aguilar. — Dr. D. Enrique E. del Arca

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON MANUEL A. MONTES DE OCA

Á MIS PADRES

A MI QUERIDO TIO CÁRLOS PACHECO

GRATITUD

Á mi distinguido Catedrático

Dor D. M. A. MONTES DE OCA

Señores Académicos:

I

Voy à empezar á tratar una de las cuestiones, que mas ha preocupado la intelijencia de los grandes maestros dedicados al estudio de la Medicina; cuestion que aun cuando ha sido tan debatida, todavia no se ha resuelto definitivamente, con gran perjuicio de los enfermos que llegan à tener la desgracia de ser atacados por la enfermedad llamada *Pleuresia*.

La controversia que existe acerca de esta enfermedad, no es por cierto, en lo referente á la etiolojia ni á la semiolojia de ella, pues ambas son perfectamente conocidas y unánimemente aceptadas por todos los autores que han escrito sobre ella.

La patojenia y consecutivamente el tratamiento de esta afeccion, son los puntos sobre los cuales existen divergencias de opiniones.

Es sobre este punto que vamos à emitir nuestra débil opinion, no con la confianza del que algo bueno ha hecho; sinó con la desconfianza inherente á todo aquel que por primera vez prueba sus fuerzas en ese gran torneo llamado Ciencia.

II

La pleuresía es una de las enfermedades mas generales; y es tambien una de las que mas víctimas cuesta à la humanidad, no tan solo por lo grave de la afeccion, sinó porque muchas veces su influencia maléfica es ayudada poderosamente por el tratamiento nocivo, que el médico establece á causa de una incuria ó negligencia imperdonables; ó bien en aras de ideas erróneas y absurdas que á buen precio pagan los pobres enfermos.

Efectivamente, todos los dias vemos en las salas de nuestros hospitales, enfermos que mal atendidos de una puntada de costado, vienen con derrames toràsicos mas ó menos abundantes à indicarnos el descuido de un médico, que preocupado por el dolor que sentia el enfermo, no trató de averiguar la causa que lo producia y fundado en este error imperdonable, curó el efecto dejando subsistente la causa.

Son estos tratamientos erróneos, fundados en una mala observacion los que tratamos de refutar.

Para arribar á este fin lo mas pronto posible, nos ha parecido conveniente dividir este trabajo en dos secciones, en la primera nos ocuparemos del tratamiento de la pleuresia como enfermedad aguda, y en la segunda, en el de la misma afeccion como enfermedad crónica.

LA PLEURESIA AGUDA

SU TRATAMIENTO

III

Los diferentes tratamientos que en nuestros dias se han empleado para la curacion de esta afeccion, son los mas variados; y todos ellos cuentan sus buenos sucesos, pero siempre envueltos en una parcialidad indigna de existir en cuestiones de tanta trascendencia para la humanidad.

Nosotros hemos tenido ocasion de observar durante los dos últimos años, varios casos tratados por dos diferentes métodos.

Los resultados finales de estos tratamientos nos han venido à probar lo bueno del uno y lo nocivo del otro. Es sobre ellos que vamos à ocuparnos, trataremos de ser lo mas conciso posible, pues el carácter de este deficiente trabajo no nos permite estendernos demasiado.

Los tratamientos à que me refiero son: el que trata à los enfermos de pleuresia aguda, por medio de la sangría y los revulsivos enérgicos, y este es el que se llama antiflojístico. El otro es el que trata sus enfermos por paliativos, esperando todo de la fuerza vital del organísmo, este se llama expectante.

Trataremos pues de estudiar detenidamente los

fundamentos en que la escuela antiflojística basa sus doctrinas; en este estudio trataremos implícitamente de la escuela expectante, refutaremos sus teorias y emitiremos nuestra opinion acerca del modo, como debe emplearse el método antiflojístico en el tratamiento de esta enfermedad.

Tratamiento Antiflojístico

Este es el método que desde la mas remota antigüedad se ha empleado para el tratamiento de la pleuresia aguda; y el cual dicho sea de paso, mas benéficos resultados ha reportado.

Como toda cosa antigua, ha sido desechado y mas aun considerado como nocivo por los modernos teorizadores, sin fijarse que él tenia la sancion de la pràctica científica, sancion mas que suficiente para concluir con todas las argumentaciones de sus detractores.

La escuela antiflojística coloca en primera línea como medio curativo de la pleuresia aguda; las emisiones y los vejigatorios aplicados à su debido tiempo.

Los buenos resultados que por este medio se han obtenido y se obtienen. cotidianamente, aconsejan emplearlo con entera confianza, pero no con la confianza del empírico que lo hace todo fundado en su propia ignorancia, sinó con la del hombre científico que acepta todo aquello que está acorde con los principios de la ciencia que profesa.

IV

Antiguamente se empleaba con profusion la sangría en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa; y por cierto que aquellos que la aconsejaban no tenian que arrepentirse de ver que la enfermedad aguda que atacaba à sus enfermos se hubiese transformado en crónica, como sucede en nuestros dias á los médicos abstencionistas.

Hace poco menos de medio siglo que en la Academía de Medicina de Paris, tuvieron lugar debates interesantísimos, entre tres de las lumbreras de la medicina de nuestro siglo, estos sábios eran Bonillaud, Chomel y Andral. La tésis á discutir era, sobre cuál era el mejor método de administrar la sangría.

Estos grande hombres no discutian si era ó no útil la sangría en el tratamiento de la pleuresia, pues estaban acordes de que lo era ; tan solo se trataba de establecer las reglas mas sàbias para su administracion.

En el dia, las cosas han cambiado, la doctrina general que acerca de las enfermedades predomina, es la de la anemia y todo aquello que no esté acorde con sus principios es nocivo y como tal desechado.

Pero, una vez que decimos anemia, véamos de sintetizar en pocas palabras, lo que por ella se entiende.

La anemia (α negativo αιμα sangre) es una palabra de orígen moderno, que traducida *literalmente*

quiere decir falta de sangre. Lieutaud que fué el primero que se sirvió de ella, la empleaba tan solo, para indicar la diminucion de la cantidad normal de los glóbulos rojos en la sangre. Despues de él, muchos la han interpretado à su modo y fundado teorías basadas en esta palabra tan vaga.

Ahora bien, dados estos antecedentes tratemos de averiguar, por qué es que en el dia, el estado anémico se considera como causa *sine qua non*, en casi todas las enfermedades. Veremos como resultado de nuestras investigaciones, que la teoría de la anemia es conocida desde el principio de la medicina, que es el de la humanidad; con la diferencia, que entónces consideraban el estado de debilidad del organismo enfermo, como efecto del proceso mórbido que atacó á este y hoy se le considera en la generalidad de los casos como causa.

En efecto, ¿qué es lo que trata de probar la teoría de la anemia?

Lo que trata de probar es una cosa que nadie la negó, pues todos han admitido, admiten y admitirán, que el empobrecimiento del organismo á causa de una enfermedad, trae consecutivamente su mal funcionamiento, y que siendo imperfectos todos los actos de la nutricion, debe empobrecerse consecutivamente la sangre, por ser ménos los elementos que ella recibe.

Esto lo sabian los antiguos y cuando estraian sangre de un pleurético débil, lo hacian teniendo conciencia de su estado.

Pues bien, fundados en el estado anémico de los enfermos, es que nuestros médicos comteporáneos tratan de desechar como nocivo el método antiflo-

jístico en la pleuresia, tratamiento que ha dado tan brillantes resultados en esta afeccion.

¿Es lógico admitir esto? Evidentemente no, como lo veremos mas adelante.

V.

Veamos, cuáles son las razones que tienen los que profesan el método antiflojístico, para el tratamiento de la pleuresia.

¿Qué es inflamacion? esta es la pregunta que nos hacemos antes de todo.

La inflamacian es un desórden de nutricion que es provocado en el tejido vivo, por una impresion anormal llamada irritante y que está constituida por la exageracion temporal de la actividad nutritiva en el territorio orgánico sometido à la irritacion. (Jaccoud).

Esta definicion me parece exacta y por eso la admito en un todo.

De ella se desprende, que para que haya inflamacion tiene que existir congestion y por lo tanto aumento de tension en el árbol circulatorio.

Ahora bien, desarrollada la inflamacion de la Pleura ¿es lógico disminuir la tension sanguínea por medio de la sangria?

Evidentemente si, una vez disminuida la tension, la hiperemia que existe en la zona que abraza el proceso mórbido disminuye; y disminuyendo ella disminuye tambien la cantidad de exudado que esa parte de la serosa segrega.

¿Qué es lo que el médico juicioso tiene que aten-

der primeramente en una Pleuresia aguda? El derrame, el cual cuanto mas abundante sea, mas funestas consecuencias reportará al doliente, en primer lugar, por los grandes trastornos que la compresion que determinaria en el pulmon, causaria en la Hematosis, en segundo, porque la misma inflamacion ganaria mayor espacio no solo en la serosa afectada yá, sinó que tambien se distenderia al parénquima pulmonar y entónces la enfermedad seria múltiple y las consecuencias à esperar mucho mas terribles.

Por otra parte, no tan solo es el derrame que el médico ataca por medio de la sangría. Si nosotros observamos detenidamente lo que se pasa en un pleurítico, veremos que la hemátosis no tan solo está trastornada por causa del derrame, sinó que tambien hay otra causa primordial, mecànica por decir así, que tiende considerablemente à disminuir la oxigenacion de la sangre.

Esta causa es la que produce la imposibilidad que hay en la dilatacion completa del tórax, debido al dolor producido por la inflamacion de los nervios intercostales que se encuentran atacados. El dolor que se produce en cada inspiracion, hace que la contraccion de los músculos espiradores, impida la ampliacion torácica; y à causa de esto la cantidad del aire que penetra es menor y consecutivamente el éstasis venoso aumenta, siendo mayores naturalmente las hiperemias y edemas colaterales.

Pues bien, si hay un caso en el cual està probado que las emisiones sanguíneas, son rápidamente benéficas es precisamente en este ¿por qué?

porque la neuritis intercostal es debida á la propagacion de la inflamacion de la pleura á los nervios intercostales, y como por la sangría regularizamos el equilibrio circulatorio haciendo cesar por esto la inflamacion, siendo la neuritis un efecto, desaparece al desaparecer la causa que la produjo.

Sentados estos principios veamos si pueden emplearse con ventaja las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la pleuresia aguda, ya ataque esta afeccion á un individuo débil como á un fuerte.

VI.

Pretender que el absolutismo pueda existir en las doctrinas médicas, es pretender una quimera.

La ciencia mas hipotética no puede admitir como axioma aquello que está fundado en observaciones deficientes.

Pretender que el tratamiento antiflojístico no se emplée en la pleuresia aguda, fundado tan solo en la doctrina de la anemia; es un absurdo, lo mismo que lo es el querer que la sangría se haga del mismo modo y la cantidad de sangre á estraer sea la misma en el individuo débil como en el fuerte.

No, nosotros estamos estudiando por encontrar un tratamiento que mas buenos resultados nos pueda dar; y para conseguir esto debemos analizar con un criterio imparcial y con la lójica de la ciencia el mayor número de hechos posible.

Pero para digresiones basta, la cuestion á tratar es: si en el pleuritíco débil como en el fuerte, es-

tan aconsejadas las emisiones sanguíneas al principio de la enfermedad.

La Fisiolojía y la Patolojía, se han ocupado de probar cuáles son las verdaderas causas de la inflamacion, ellas nos han enseñado: que lo que sostiene la accion de la causa iritante son las hiperemias que se forman en la zona correspondiente al sitio que ocupa el proceso mórbido. Estas hiperemias son formadas á espensas del desequilibrio circulatorio por exceso de tension sanguínea.

Nosotros por nuestra parte nos hemos esforzado, fundados en los mismos principios en probar, cuan racional era restablecer ese equilibrio por medio de la sangría y creemos haber llegado á ello.

Fundados en estos mismos principios, aceptamos sin siquiera discutir, la sangría en el pleurítico fuerte.

En cuanto á la aplicacion de ella en los débiles, los adversarios tienen argumentaciones que á primera vista parecen indestructibles, pero que analizados, detenidamente no sufren una crítica seria.

Si à un individuo anémico le estraeis una cantidad cualquiera de sangre, lo que obteneis tan solo es debilitarle mas; y al hacer esto quitais al organismo los elementos necesarios para luchar con la enfermedad, coadyuvando por lo tanto á su destruccion.

Esta es la argumentacion de ellos.

Veamos si es cierto: si estraemos sangre, debilitamos al enfermo es verdad, pero en cambio, si no conjuramos la enfermedad en su principio (como sucede à menudo) al menos limitamos su accion maléfica; y no solo esto si no que tambien prepare–

mos el organismo para que recupere lo perdido y vuelva á su estado normal, pudiendo entónces aumentar y enriquecerse la sangre.

¿Qué debemos hacer entónces? ¿Quedarnos impasibles dando tiempo así à que la enfermedad gane mas campo y destruya rápidamente al organismo? ó ¿estraer sangre desengurjitando así el sistema venoso, disminuyendo la tension arterial, haciendo cesar las hiperemias y los edemas consecutivos, en una palabra regularizando todo el organismo?

Ciertamente que lo que nos indica la razon es lo segundo.

Pero arguyen à esto que no hay necesidad de estraer sangre, porque todos los síntomas cesan por medio del tratamiento puesto en práctica por ellos, aun cuando esto sucede *lentamente*.

Pero, esta argumentacion, implica el desconocimiento de lo que es la pleuresia; ella puede curar sin hacer absolutamente nada al enfermo, pero ¿cómo cura entonces? cesando el dolor, desapareciendo la disnea y la tos, pero no del *todo*. ¿Por qué?

Porque la enfermedad de aguda se ha hecho crónica, porque si bien es cierto que ha cesado la pleurodinia y disminuido los síntomas de conjestion, tambien es cierto que en muchísimos casos la enfermedad aguda al principio se ha hecho crónica. Pues aun cuando el derrame no siga produciéndose, la pleura ha desaparecido, por su continua imbibicion en el líquido derramado, perdiendo asi sus propiedades vitales; ya no absorbe y entonces un hidrotorax, que puede fácilmente trasformarse en

un piotorax, es lo que ha venido á reemplazar á la afeccion aguda primitiva.

Entónces es cuando la cirujía tiene que intervenir abriendo el pecho y dando salida al líquido derramado.

Efectivamente ¡triste es decirlo! los antiguos, puede decirse que desconocian esos innumerables derrames torácicos que tan generalmente se ven en nuestros dias. La causa de esto es debida en muchos casos, á la negligencia imperdonable de médicos que imbuidos en doctrinas modernas pero erróneas; que mandan esperar que la enfermedad concluya su marcha devastadora; atienden impávidos que la naturaleza del enfermo, triunfe por sí sola del mal, aun cuando sea à costa de su deterioro para siempre.

VII.

El hecho de haber defendido las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la pleuresia, no implica por cierto que admitamos nosotros que estos se hagan por el método de Valsalva, el cual consistia en estraer al enfermo tanto débil como fuerte, una cantidad de sangre considerable, no una sinó varias veces.

Nuestra débil opinion, es que la emision sanguínea, debe hacerse consultando las fuerzas de la constitucion del enfermo.

El médico debe observar con exactitud cuál es la constitucion del enfermo; y por lo tanto, medir por decirlo asi la cantidad de fuerzas de que dispone

el organismo enfermo; y una vez poseido de ello abrir la vena, dejando salir por ella la cantidad de sangre que creyese conveniente, ó limitarse tan solo á aplicar ventosas escarificadas en la zona que crea interesada por la inflamacion.

Fundado en estas ideas me parece que en individuos de una constitucion fuerte, está perfectamente aconsejada la sangría general, inmediatamente despues de diagnosticada la inflamacion de la serosa; y no solo esto, sinó que tambien la emision local debe hacerse al mismo tiempo, con objeto de disminuir mas rápidamente las conjestiones y consecutivamente las hiperemias que se producen; y conjurar asi la enfermedad deteniéndola en su proceso, ó por lo menos no permitiendo que avance mas en su marcha perniciosa.

En los individuos débiles debemos tan solo limitarnos á la emision sanguínea local ¿Por qué? Veremos de probarlo.

Sabemos perfectamente que la estraccion rápida de una cantidad de sangre del organismo, postra mas al individuo, que la estraccion de esa cantidad hecha de un modo paulatino; esto es debido á que, el desequilibrio orgánico se produce rápidamente en el primer caso, mientras que en el segundo se hace poco á poco.

Ahora bien, como en un pleurítico débil el organismo se encontraba en condiciones anormales, antes de ser atacado por la enfermedad; es lójico que si tratamos de robarle sus elementos vitales, no debemos hacerlo bruscamente, sinó de una manera lenta para que se resienta menos de su pérdida; y por lo tanto los trastornos á sufrir sean menores.

VIII.

Despues de haber emitido nuestra débil opinion sobre el efecto que producen las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la pleuresia, vamos á tratar de analizar cuáles son los que producen los vejigatorios en el tratamiento de la misma; y cuando es que ellos deben ser empleados.

La medicacion revulsiva todos sabemos que es una de las mas generalizadas en la terapéutica. Esta, ha sido empleada con profusion en la enfermedad que nos ocupa y siempre con buen resultado, variando sin embargo la rapidez y seguridad de sus efectos, segun los diferentes métodos como ha sido administrado.

El arsenal de medicamentos con que cuenta esta medicacion, es numeroso. En primera línea figuran entre ellos los vejigatorios como los mas enérjicos y seguros en sus efectos; y es en el estudio de ellos que nos detendremos un momento, enumerando en seguida los tópicos mas empleados. Pues la índole de este trabajo no nos permite entrar en consideraciones que simpre trae reminiscencias que trataremos de eludir, para hacerlo mas corto y conciso.

El tratamiento revulsivo es la verdadera medicacion sostitutiva, pues está fundado en el principio de que una inflamacion mórbida debe ser reemplazada por una fisiológica.

¿Sobre qué órganos de la economía produce el vejigatorio su accion? sobre la piel indudablemente ¿Cuáles son los elementos de la piel sobre los cuales obra directamente? son los nervios.

Su modo de accion es produciendo una irritacion, y esta irritacion obrando por accion refleja sobre los filetes nerviosos que animan los vasos, trae consecutivamente la produccion de una hiperemia terapéutica. Esta, á su vez revulsa sobre la hiperemia mórbida que se ha producido en la pleura espontáneamente; y por este resultado, tiende à disminuir la cantidad de exudado producido por la secrecion patológica.

Esplicada la accion del vejigatorio veamos en que condicion deben estos aplicarse.

En la actualidad, los médicos abstencionistas lo usan en pocos casos al principio de la enfermedad, esperando impávidos el momento en que la enfermedad se haya hecho crónica para empezar á aplicarlos, con objeto de hacer reabsorber á la pleura sin vitalidad, lo que la incuria vituperable de ellos le permitió secretar, y entónces ¿qué es lo que obtienen?

Nada mas que el aumento de los sufrimientos del paciente y por lo tanto la mayor degradacion de su organismo.

He dicho que en algunos casos los aplican al principio de la enfermedad, esto lo hacen en los enfermos mas graves. Este es el caso en que mejor uso hacen de ellos, pero despues no se preocupan de otra cosa, y la accion del cáustico que pudiera haber producido magníficos resultados, coadyuvando á aumentar la accion benéfica de la medicacion antiflojística; es impotente por sí solo para contrarestar el derrame.

Los antiguos no hacian eso y por cierto que procedian con mas cordura que los abstencionistas

del dia; ellos, despues de haber ventoseado ó sangrado á sus enfermos, aplicaban un vejigatorio en la parte del tórax que correspondia al derrame pleurítico, y coadyuvando de ese modo á la accion benéfica de la primera medicacion, veian con alegria á sus enfermos mejorarse rápidamente sin presentar mas tarde las hidropesias torácicas tan generales en nuestros dias.

Es por esto que ellos rara vez recurrian al tratamiento quirúrjico de esta enfermedad, tratamiento que como veremos mas adelante es la única áncora de salvacion para los enfermos de hidro ó de pioneumotórax.

Hemos tenido ocasion de observar en las clínicas de los Dres. M. A. Montes de Oca y Porcel de Peralta, que cuantos pleuríticos han sido tratados por el método compuesto de las sangrias y los cáusticos, han curado perfectamente sin presentar á su salida de nuestro hospital, signo subjetivo ni físico que nos hiciese temer en las consecuencias de la enfermedad de que acababan de curar.

Al mismo tiempo que he podido ver en un enfermo, al cual pertenece la observacion núm. 1 de este trabajo, que habiendo sido tratado por la medicacion de los tópicos, sinapismos y diaforéticos curó de su enfermedad aguda habiendo quedado pleurítico crónico por cuya causa tuve que operarle.

Por estas razones, acepto como eminentemente racional y lójico, el tratamiento de la pleuresia aguda por las emisiones sanguíneas locales ó generales, segun la constitucion y condiciones de los enfermos. Acepto igualmente la aplicacion de los vejigatorios despues de la emision sanguínea, es decir,

cuando la enfermedad está en su máximun de agudeza; y rechazo el uso de estos, como de todos los revulsivos, cuando la enfermedad se ha hecho crónica, es decir, cuando los síntomas inflamatorios hayan cesado.

Efectivamente, creo que los derrames pleuríticos, tan solo pueden reabsorberse, cuando la hiperemia patolójica exista en actividad, es entónces que la revulsion refleja que ejerce la accion del vejigatorio, puede facilitar la reabsorcion del derrame, pero una vez que la hiperemia mórbida ha cesado, es inoficioso y aun perjudicial para el enfermo producir hiperemias fisiolójicas por medio de los vejigatorios.

Cuando desgraciadamente han cesado todos los síntomas inflamatorios, subsistiendo derrames, no hay otro tratamiento que hacer, sinó aquel que consiste en dar salida al líquido lo mas pronto posible, es decir practicar la toracentesis.

IX

En cuanto á los diferentes tratamientos que por medio de los vomitivos, purgantes y diaforéticos al interior, y de los tópicos irritantes al esterior, se han establecido; los rechazamos por las razones que hemos espuesto, es decir, porque creemos que en la pleuresia debe instituirse el tratamiento que mas ràpidos beneficios nos reporte y no son por cierto estos los que tal cosa producen; porque tan solo se limitan á combatir síntomas, dejando subsistente

la causa, por decir así, lo terrible de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento por medio de los alterantes al interior, y los revulsivos, esperamos la sancion de la práctica, y sin tener las pretensiones de desecharlos absolutamente, preferimos el que consiste en la union de los métodos antiflojísticos y revulsivo, juiciosa y científicamente aplicados á su debido tiempo.

En cuanto al régimen alimenticio que en el curso de esta enfermedad debe seguirse; preferimos aquel que se sigue en nuestro hospital, el cual consiste en sostener las fuerzas del enfermo por medio de caldos y leche; añadiendo à esto el vino. La cantidad en que se administre será consultando siempre las condiciones del enfermo.

Este es el tratamiento que en la pleuresia aguda me parece ser el mejor, no tan solo por lo racional de sus fundamentos, si que tambien por tener en su apoyo la sancion de la práctica científica.

Pasemos ahora á tratar rápidamente el tratamiento de la pleuresia crónica.

PLEURESIA CRÓNICA

SU TRATAMIENTO

X

Desde algunos años á esta parte, ninguna enfermedad ha preocupado tanto el ánimo de los sábios, como la pleuresia crónica y el tratamiento que para su curacion se debe emplear.

Durante largo tiempo se ha discutido sobre las indicaciones de la operacion que se llama Toracentesis, y aun cuando es cierto que de algunos años à esta parte el campo de las indicaciones se ha distendido, tambien es cierto que la opinion de los sábios es uniforme en la actualidad acerca de ello.

En el dia se discute tan solo, si todo derrame pleurítico crónico es operable, ó si en algunos casos debe tratarse de hacerlo reabsorber por un tratamiento médico.

Las ideas que hemos emitido al tratar del tratamiento de la pleuresia aguda, nos obvian el entrar á discutir este punto. Admitimos, como se comprende, que es inoficioso y nocivo todo tratamiento médico, tendente á hacer reabsorber un derrame de la pleura; siempre que la enfermedad productora de él haya pasado del estado agudo al crónico.

Sabemos que los exudados que se producen en la pleuresia, son de diversa naturaleza, pues unos son sero fibrinosos, y los otros son fibrinosos puramente, constituyendo los primeros la pleuresia húmeda y los segundos la seca.

Ahora bien, al tratar de la pleuresia como enfermedad crónica, nos limitaremos á detenernos en el estudio de la primera de estas formas, pues la segunda, pocas consecuencias suele dejar.

Los derrames serosos y sus transformaciones son muy generales en el dia, y debido á esto es sin duda que el arsenal quirúrjico, cuenta con numerosos instrumentos que tienen por objeto hacer mas fácil la puncion, para dar salida al líquido coleccionado en la cavidad pleural.

Antiguamente la toracentesis se practicaba haciendo una incision en la parte mas declive del tórax, generalmente entre el sesto y séptimo espacio intercostal, este sitio era el que se llamaba lugar de eleccion; en otros casos el tumor interno producia saliencia en alguno de los espacíos intercostales y cuando se hacia en este punto se le llamaba lugar de necesidad. Por este procedimiento el líquido derramado, era espulsado rápidamente por la incision hecha. Despues se empezaron á usar los trocares.

En el dia, gracias à los adelantos de la ciencia, la puncion del tórax se hace mucho mas fácilmente y con mas probabilidades de éxito, debido á los instrumentos con que contamos.

Pero antes de enumerar lijeramente los diferentes métodos de operacion que en el dia se emplean, vamos á tratar una cuestion que preocupa en estos momentos la atencion de los sábios.

La cuestion á tratar es la siguiente: ¿La salida del líquido derramado en la cavidad pleural debe hacerse lenta ó rápidamente?

Un eminente cirujano contemporàneo ha sostenido ante la Facultad de Medicina de Paris, que la deplecion brusca del pecho por la toracentesis era en algunos casos causa de muerte de los enfermos, y atribuia esto á una pneumonia intensa desarrollada despues de la operacion, debido tal vez á la puncion del parénquima pulmonar.

Varios opositores tuvo la idea de M. Chassaignac, y entre ellos figuraba en primera línea Gosselin, estos decian: que lo que se pasaba en estos casos eran congestiones rápidas, las cuales se producian en los casos en que el derrame habia sido muy abundante.

En este estado se encontraba la discusion, cuando el profesor Richet, despues de haber practicado la operacion de la toracentesis, puncionando el pecho con un trócar por el método de Reybaud, observó que, despues de haber salido cierta cantidad de líquido, el enfermo fué atacado de vértigos, sacudimientos bruscos, la respiracion se hizo angustiosa, el pulso débil, etc. Temiendo Richet que se produjiese un síncope retiró la cánula y poco á poco cesaron estos accidentes, pero muy pronto el enfermo fué atacado por otro nuevo acceso, arrojando entonces por la boca una espuma brónquica en cantidad considerable.

Este ataque pasó tambien, pero desgraciadamente otro nuevo se produjo, y el niño sucumbió arrojando por la boca una gran cantidad de espuma sanguinolenta.

Este accidente, Richet lo atribuye al retorno rápido de la sangre en la rama de la arteria pulmonar que irriga la parte del pulmon comprimido por el derrame. Segun él, distendiéndose bruscamente lo mismo que el pulmon, la sangre se precipita y produce una hiperemia, que trae á su vez una secrecion abundante de espuma que invade hasta la tráquea y produce la muerte por asfixia.

Herard es de la misma opinion de Richet. Los casos presentados y observados por los Doctores Marrotte, Woillez y Terrillon tambien vienen á corroborar la idea de Richet, la cual me parece que esplica satisfactoriamente la causa de la muerte en estos casos.

Por lo visto, la salida rápida del líquido que ocupa la cavidad de la pleura, tiene sus graves inconvenientes; y es por esto que nos parece juicioso proceder á la evacuacion del derrame, de una manera lenta.

XI.

Que la operacion es necesaria en la pleuresia crónica, es indudable; por no haber querido que se le practicase murió el célebre Dupuytren.

Este sábio fué atacado de una pleuresia violenta en la primavera de 1834.

Ni los baños de mar, ni los asíduos cuidados de Broussais, Cruvelhier, Bouillaud y Husson pudieron suspender la marcha de una enfermedad, sobre la cual era imposible hacerse ilusion.

Luchó durante seis meses consecutivos, con una

calma y fuerza de voluntad que nadie pudo quebrar.

Doce dias antes de su muerte, se decidió á sufrir la operacion del empiema y aun habia designado á Sanson para practicarla, pero al llegar el momento se acobardó por no tener fé en ella y murió el 8 de Febrero de 1835.

Despues de Dupuytren; ¡cuántos enfermos no han muerto por la pusilanimidad de sus médicos ó por la repugnancia que ellos mismos tenian en dejarse operar!

Despues de este pequeño paréntesis, veamos cuál es el deber del médico cuando se trata de un enfermo en el cual el derrame se ha vuelto purulento.

Es evidente que el rol del médico se limita, sea antes ó despues que la apertura del foco haya tenido lugar, natural ó artificialmente, à favorecer por medio de un tratamiento y un régimen conveniente la curacion, y à combatir por los medios apropiados que enumeraremos, los accidentes que pueden sobrevenir, entre otros la putrefaccion del pus, y por consiguiente los síntomas de infeccion purulenta que se producen.

Cualquiera que sea el modo como la cavidad pleural se abra, es raro que en el momento en que ella se efectúa, el enfermo no se encuentre en un estado de caquexia demasiado pronunciado. En este caso el médico no debe de quedar inactivo, sinó que por el contrario debe prescribir al enfermo un tratamiento tónico y reparador bajo todas sus formas. Carne cruda, buen vino, pociones alcoholizadas, el arseniato de sosa, el aceite de higado de bacalao si el enfermo lo tolera, etc.

En estos últimos tiempos se ha empleado con buenos resultados en las pleuresías purulentas complicadas con fistulas pleuro-bronquiales, el tanino á altas dósis, con objeto de disminuir la supuracion.

Frecuentemente en estos casos sobreviene la diarrea que se debe combatir por los medios ordinarios; pero que no cura, en general, sinó cuando ha desaparecido el olor pútrido del pus ó del aire que sale por las aberturas que tiene la cavidad pleural.

Toda vez que se puede penetrar en la cavidad pleural, sea por una abertura espontánea ó por un procedimiento operatorio cualquiera, se deben combatir los síntomas de putrefaccion que pueden desarrollarse; es necesario en estos casos deterjer la superficie supurante, lavándola y desembarazándola de todas las materias pútridas que ella pueda encerrar, por medio de lavamientos repetidos; pues en muchos casos los malos resultados de la operacion son debidos á la falta de estos.

Los líquidos á emplear con este objeto, son el agua tibia primeramente, pero ordinariamente no nos debemos contentar con esto, sinó que debemos emplear el agua alcoholizada ó feniada, la tintura de iodo, cuya disolucion en el agua la facilitaremos por el ioduro de potasio.

Vuelvo á repetirlo, cualquiera que sea el líquido que se emplée para el lavado, estos deben repetirse varias veces al dia, sinó se quiere sufrir una decepcion.

Otro precepto que se aplica á todos los casos de abertura de la pleura, es el de dar al enfermo una

posicion que favorezca la salida del pus, es por esto que la abertura quirúrjica debe hacerse en una parte lo mas declive posible.

Tratamiento Quirúrjico.

El tratamiento quirúrjico, tiene por objeto evacuar el líquido contenido en la cavidad torácica, este es el fin y la razon de ser de todas las operaciones que han sido tentadas contra los derrames pleuríticos; pero estas operaciones pueden ser divididas en dos grupos; en el uno se comprenden las que se limitan á la evacuacion inmediata del líquido contenido; en el segundo, todas aquellas que despues de la salida tienen por objeto conservarle una abertura fácil, á fin de que él pueda ser evacuado á medida que se produce.

En la primera clase colocaremos la toracentesis subcutánea, cualquiera que sea el proceder operatorio empleado, con el trócar ordinario ó con la aspiracion, de cualquier modo que ella se haga, sea ó no seguida de inyecciones intrapleurales.

En la segunda clase, comprenderemos los tubos colocados permanentemente, el drenage con todas sus modificaciones, el sifon de Potain y la operacion del empiema.

A medida que pasemos revista de estos diferentes métodos, apreciaremos su valor.

Toracentesis Subcutánea

El medio mas fácil de practicarla, consiste en tomar un trócar ordinario de hidrocele, ó el tró-

car á robinete de Reybard y despues de tomar todas las precauciones necesarias para la no penetracion del aire, se hace la puncion en el sétimo espacio intercostal, introduciendo de una manera brusca en una longintud de tres à cuatro centímetros, segun el espesor de la pared torácica. En seguida sale el líquido el cual se deja correr lo mas posible.

Algunas veces suele venir quintas de tos bastantes incómodos, pero no obstante esto debe de tratrarse de dejar salir la mayor cantidad de derrame que posible sea.

Otro procedimiento es: hacer la puncion por medio de un trócar ó robinete, al cual se adapta un cuerpo de bomba que hace el oficio de bomba aspirante.

Vienen por último los diferentes procedimientos de aspiracion por medio del vacio.

El aspirador de Dieulafoy, en el cual el vacio está hecho en un cuerpo de bomba en el cual se precipita el líquido.

El aspirador de Potain que hace el vacio en una botella ó frasco cualquiera, por medio de una bomba ó ventosa.

El mismo instrumento modificado por Reybard que lo hace por medio de la evaporacion del agua por el calor.

Hay otros muchos aparatos, todos fundados en el mismo principio, el vacio prévio. Ellos se sirven de agujas ó trócares de diferentes calibres segun la clase de derrame que tratan de estraer.

Dieulafoy hace uso de agujas, Potain de un trócar especial.

En todos los casos, la aguja ó la cánula introducida en la cavidad pleural está en comunicacion por medio de un tubo de caouchuc con el recipiente donde se hace el vacio.

Comparando estos instrumentos, vemos que el mejor es el aspirador de Dieulafoy, no con sus agujas, sinó con el trócar de Potain que reemplaza á estas, por el menor riesgo que hay en herir el parénquima pulmonar.

Cualquiera que sea el instrumento con que se hace la toracentesis, no es raro en la pleuresia serosa como en la purulenta, que el instrumento penetrando en la cavidad torácica no dé salida á la menor cantidad de líquido, ó bien sucede que despues de salir una pequeña cantidad al principio cese inmediatamente despues.

En el primer caso es debido á que estando tapizada la pleura por pseudo-membranas, estas hacen deslizar el trócar, no dejándose atravesar, aplicándose entónces contra la cánula en el momento que se retira el punzon. En el segundo caso sucede que una falsa membrana viene á cerrar la luz de la cànula.

Cuando la intencion del operador consiste tan solo en dar salida al líquido derramado, los aspiradores son los mejores, pero no así cuando se tiene la idea de hacer lavamientos, entónces es mejor la puncion de un trócar cuya cánula esté munida de un pedazo de piel fina; por esta se puede lavar la pleura sin dejar penetrar el aire en lo posible. El aparato de Julio Guérin puede llenar esta indicacion.

¿ Pero es necesario hacer inyecciones siempre que

se opera un derrame pleuritíco? Los hechos prueban que no, aun cuando estos sean purulentos, nosotros citamos dos curados, por una toracentesis; natural, sin que se le hayan hecho lavamientos; en los dos casos el derrame era purulento.

Los hechos presentados por Guérin, Marote, Legrox, Gueneau de Mussy, Bourdon y Herard, prueban lo mismo, es decir que estos lavatorios no son indispensables, pero cuando el derrame tiene un carácter malo, creemos muy juicioso hacerlo repetidamente.

CANULAS FIJAS.

Las cànulas fijas, son muy usadas desde hace algun tiempo en el tratamiento de los derrames pleuríticos.

Estas son metálicas, munidas de aritos para fijarlas por medio de lazos al rededor del cuerpo.

Antiguamente la estremidad libre de la cànula se tapaba por medio de un tapon, despues fué reemplazado este por un pedazo de piel que hacia el papel de un sopapo. Woillez inventó un trócar bastante útil para reemplazarlos.

Esto se hacia con objeto de que el aire esterior no penetrara en la cavidad pleural, pero nunca se consigue, pues si no penetra por la cánula penetra por los lados de ella.

Las cánulas tambien pueden ser de caouchuc y estas presentan sobre las metálicas sus ventajas, pues ellas son perfectamente soportadas por los tejidos con que se encuentra en relacion y su flexibilidad no causa dolor al enfermo, durante los movimientos que hace.

Colocada la cánula pueden como se comprende, hacerse perfectamente inyecciones.

DRENAJE.

El drenaje es un perfeccionamiento de la cánula fija, y es una aplícacion del método imajinado y tan generalmente empleado por Chassaignac para vaciar las cavidades supurantes.

Este método operatorio consiste en introducir en la cavidad torácica un tubo de caouchuc perforado por números agujeros. El punto donde se introduce es la parte mas declive del tórax.

Para esto el cirujano introduce el trócar curvo en un espacio intercostal y lo hace salir á distancia ya sea en el mismo ó ya en otro espacio. Hecho esto, retira el punzon y hace pasar un tubo de drenaje por la cánula, en seguida se saca esta.

Esta operacion no deja de presentar sus sérios inconvenientes, pues se ha visto á diestros cirujanos herir el pulmon y aun hasta el hígado.

Sin embargo el drenaje presenta sus ventajas sobre las cánulas fijas, pues permite la salida del derrame con mas facilidad.

M. Gosselin practica el drenaje de otra manera, hace primeramente la operacion del empiema despues de haber dado salida por esta abertura á parte del líquido contenido y principalmente á los detritus sólidos existentes, introduce el trócar curvo y lo trae á la parte anterior del tórax, haciendo atravesar á este de dentro afuera, en seguida pasa el tubo por la cánula.

SIFON

Potaín ha hecho construir un aparato muy ingenioso y útil, fundado sobre la teoría de los sifones. Por medio de él se puede establecer instantáneamente una corriente contínua, entre el líquido existente en la cavidad pleural y un vaso receptor colocado superior ó inferiormente de la abertura toràcica.

Este aparato está compuesto de un tubo de caouchuc de unos 30 centímetros de largo, destinado á ser introducido en el pecho y que debe permanecer en él; y de un aparato formando doble sifon, destinado á aspirar el líquido derramado y á inyectar los líquidos medicamentosos.

El sifon de Potain ofrece, como ventajas principales, el no permitir la entrada del aire en el pecho, vaciar la cavidad pleural lo mas completamente posible, permitir los lavatorios cuantas veces se quieran hacer, sin fatiga para el enfermo, sin cambio de posicion, sin que haya movimientos que sean penosos y que puedan exitar la tos.

Por otra parte presenta los inconvenientes de las otras cánulas ó tubos ya descritos y conocidos.

Despues de haber descrito lijeramente todos los métodos operatorios empleados para el tratamiento de la pleuresia crònica, vamos á hacer una esposicion suscinta de las conveniencias de ellos.

La ventaja comun de todos los tubos ó cánulas dejados permanentemente en la cavidad torácica, consiste en permitir la contínua salida de los líquidos derramados, y el poder hacer los lavamientos de las superficies enfermas.

Durante largo tiempo se ha desconocido estas ventajas, por el temor que se tenia à la influencia que el aire podia ejercer en la pleura, y con el objeto de no permitir su entrada se empleaban los tapones y sopapos en los tubos ó cánulas, pero ciertamente nunca consiguieron esto, por medio de esos artificios.

Tan solo el sifon de Potain es el que no permite la entrada del aire. Las cánulas metálicas, los tubos de caouchuc, el drenaje, todos ellos lo dejan penetrar.

El drenaje tiene la ventaja sobre las cánulas, de dejar salir mas fácilmente el derrame, pero por este método las inyecciones son difíciles, pues tan solo penetran en el pecho una parte del líquido inyectado, saliendo la otra por las aberturas del tubo y manchando las ropas del enfermo.

Clasificando en el órden que estos deben emplearse consultando su conveniencia, nos parece que el 1° seria el sifon de Potain, el 2° el drenaje, el 3° el tubo de caouchuc fijo y el 4° las cánulas metálicas.

Hay un método que no presenta ninguno de estos inconvenientes, este es el del empiema. Por él se facilita la salida de los líquidos y los salidos que pueden existir en las cavidades pleurales, las inyecciones se hacen fácilmente, etc. Pero presenta el inconveniente de dar salida, muy ràpidamente al derrame y puede traer entonces la produccion de terribles consecuencias, debidas al ràpido restablecimiento de la circulacion pulmonar.

Sin embargo, es forzoso practicarlo en todos los casos, que los otros métodos operatorios no nos dieran el resultado deseado.

Esta es nuestra humilde opinion. Pasaremos ahora à poner en conocimiento de los señores académicos, las observaciones que mas notables nos han parecido en nuestra deficiente práctica.

Con esto, concluiré confiado en que la benevolencia conocida de mis queridos maestros, me disculpará, perdonando las muchas faltas que este deficiente trabajo contiene.

1ª Observacion

C. A. español, comerciante, de 28 años de edad, de constitucion fuerte y de temperamento sanguíneo, domiciliado en la campaña; fué atacado en uno de sus viajes á esta, de una pneumonia fibrinosa muy intensa, localizada en la parte central del lóbulo medio del pulmon derecho.

Siendo intímo amigo mio, me llamó con objeto de que le asistiese, una vez que le observé, diagnostiqué una pneumonia fibrinosa bastante considerable.

Instituí el tratamiento conveniente en estos casos y poco á poco fué disminuyendo la intensidad de los síntomas, hasta que al cabo de quince dias el enfermo habia curado de su afeccion, perfectamente.

Sin embargo desde el primer dia que yo le auscultè, noté en una zona bastante considerable de la base del pulmon derecho, una ausencia completa de murmullo respiratorio, lo mismo que la no existencia de ruidos anormales. Atribuí esto á congestiones pasivas que se hubiesen pasado en ese

punto y que desaparecerian con la desaparicion de la causa principal.

Pero á medida que la permeabilidad del lóbulo interesado volvia, empezé à alarmarme porque en la base del tórax á ese lado no percibia entrada de aire ninguna.

Traté de aclarar mis dudas y empezé un interrogatorio detenido y prolijo, los antecedentes de su familia yo los conocia, hijo de padres sanos que viven, tan solo habia tenido que lamentar la muerte de un hermano, el cual falleció de pneumonia caseosa.

En cuanto á él, me dijo que no recordaba haber padecido enfermedad grave ninguna, hasta hacia unos seis meses, que fué atacado despues de haber salido de un café en una noche de invierno de un escalofrio que se habia repetido varias veces; y que una fuerte puntada en el costado derecho le habia atacado, no pudiendo respirar sinó con dificultad, y á mas me enumeró todos los síntomas que trae una pleuresia aguda.

Me dijo que habiendo llamado un médico, éste le mandó poner sinapismos para combatir el dolor y que tomase sudoríficos, guardando como es natural cama.

Que con este tratamiento, habia mejorado al cabo de doce dias, pero que siempre sentia como un peso en el lado que habia estado enfermo y que para dormir tenia que acostarse del lado contrario, pues sinó, tenia tos y como sofocacion.

Decirme esto, y comprender todo lo que se pasaba, no era cosa difícil.

El enfermo atacado de una enfermedad tan co-

nocida como la pleuresia, habia sido tratado por su desgracia por un médico abstencionista y á espensas de su tratamiento nocivo, se habia producido un derrame, y la enfermedad aguda se habia vuelto crónica.

Medí entonces ese lado del torax y encontré un aumento de cerca de dos centímetros con relacion al otro lado.

Percutí y ausculté al enfermo en diversas posiciones y encontré siempre completa matitez y ausencia de ruido respiratorio, en la zona que lo habia notado al principio de mi observacion. Despues de esta observacion concluí en que existia un quiste pleurítico bastante considerable en la parte posterior de la base del torax, en el lado derecho.

Manifesté mi opinion al enfermo y como él queria retirarse á atender sus obligaciones, le dije que seria bien que se hiciese observar antes de su partida por una persona mas idónea y práctica que yo.

Pidióme que yo se la indicase, á lo cual accedí gustoso, llamando personalmente á mi distinguido Catedrático de Clínica Médica, Dr. Porcel de Peralta; el cual despues de haber observado al enfermo, me manifestó estar en un todo conforme con mis ideas en lo referente al diagnóstico y tratamiento, pero que le parecia bien que antes de proceder à la operacion de la toracentesis, tratáramos de fortificar al enfermo y ver así si por una casualidad se reabsorbia, poniendo al mismo tiempo unas moscas de Milan en las partes correspondientes al quiste, y que si esto no sucedia, como era lo mas probable, se le operaria entonces en mejores condiciones.

Esto fué lo que sucedió, pues despues de un

tratamiento fortificante durante un mes, el enfermo sentia siempre su incomodidad, é instado por mí se decidió à la operacion, practicándole la operacion por el aspirador de Dieulafoy, le estraje mas de una libra de líquido sero-fibrinoso de una coloracion amarillenta.

Siguió despues con el tratamiento interno que le aconsejamos con mi Sr. Catedrático y hoy se encuentra perfectamente bien.

Ahora pregunto, ¿hubiera sucedido esto si hubiese tratado á este enfermo por el método que proponemos en el tratamiento de la pleuresia aguda?

Seguramente no, la causa de esto la tuvo la medicacion expectante.

2ª Observacion.

Manuel Casas, Argentino, 19 años de edad, de temperamento sanguíneo y constitucion fuerte, de estado soltero, profesion labrador, entró á ocupar la cama núm. 13 de la Sala de Cirujía, el dia 20 de Julio de 1875, á las 7 de la mañana.

Dice que dos horas antes de su llegada al Hospital habia sido herido traidoramente de una puñalada y que despues de herido pudo perseguir al heridor una cuadra hasta que faltándole las fuerzas cayóse, y despues, favorecido por unos amigos, fué conducido á este Hospital.

A la hora de la visita de ese mismo dia fué cuando lo pudimos observar, y pudimos constatar la existencia de una herida punzante en la region torácica posterior derecha. Esta herida tenia unos 2 centímetros de longitud, y por la forma triangular

de ella parecia haber sido producida por un instrumento de tres filos.

El punto fijo de su situacion era el espacio intercostal, comprendido entre la sétima y octava costilla á dos centímetros abajo y un poco adentro del àngulo inferior del omóplato. Su direccion era de fuera adentro y de abajo arriba.

Los bordes de la herida se encontraban separados, y un trómbus sanguíneo obliteraba el espacio que entre ambos mediaba.

Los tegumentos esternos de los alrededores se encontraban enfisematosos en una extension considerable.

El enfermo nos dijo haber perdido mucha sangre por la herida y los esputos sanguinolentos nos indicaban una hemoptisis.

Al dia siguiente se pudo constatar la existencia de un pleuro-neumonia con todos sus caractéres.

Tres dias despues el derrame torácico habia aumentado notablemente.

A los cuatro dias de esto, habiendo aumentado el derrame considerablemente, el enfermo seguia muy mal, los síntomas que presentaba nos indicaban los grandes trastornos que en el aparato respiratorio se pasaban.

El Sr. Catedrático mandó entónces que se sacasen los puntos de sutura que cerraban la herida, la cantidad de líquido sero-purulento que salió fué considerable, este iba mezclado á gases mefíticos de un olor repugnante. Despues de haber salido, el enfermo se tranquilizó, los síntomas de comprension disminuyeron y esta transicion feliz nos evidenció el sábio preceder de nuestro maestro el Dr. Montes de Oca (M. A.)

En los dias siguientes el líquido derramado salia en cantidad tan considerable que las ropas de la cama habia que mudarlas dos y tres veces por dia. A medida que esto sucedia el enfermo mejoraba rápidamente y el dia 15 de Agosto del mismo año el enfermo salió de alta, curado completamente de su afeccion tan grave, à espensas del empiema natural representado por la herida.

Nos parece supérfluo decir que el tratamiento interno que se empleó fué nulo, preocupándonos tan solo de reparar las pérdidas del enfermo, por medio de una alimentacion nutritiva.

3ª Observacion

Saturnino Mez, argentino, de 23 años de edad, de temperamento linfático y constitucion débil, se presentó al Hospital General de Hombres en Junio de 1874, presentando una pleuresia purulenta, consecutiva al traumatismo producido por una herida penetrante del tórax, al presentarse à este hospital, presentaba todos los síntomas que evidenciaban un estado caquéctico muy adelantado.

Por causa de la postracion consiguiente no se quiso operar, temiendo que no resistiese la operacion del empiema y se le administraron paliativos.

A las dos noches siguientes de su entrada durante uno de esos accesos quintosos de tos que son generales en estos enfermos, la herida se le abrió, dando salida á una gran cantidad de pus en putrefaccion.

A penas sucedió esto, el enfermó se sintió sumamente aliviado, y à medida que mas desalojaba el

líquido la cavidad peural, el enfermo mejoraba notablemente.

No se hizo lavatorio ninguno y tan solo un régimen fortificante era al que estaba sometido.

Sin embargo, este enfermo salió curado del hospital à principios de Setiembre del mismo año despues de una convalecencia de cerca de dos meses.

4ª Observacion

Esta pertenece à un individuo que tenia un abceso pulmonar y que fué operado por los Dres. Pirovano y Pinto.

La observacion fué levantada por mi distinguido compañero y buen amigo Julian Aguilar. La copio íntegra :

El dia 14 de Julio del presente año, se presentó al Hospital General de Hombres, el vasco Bernardo Jita, fatigado por una tos violenta, vómitos pertinaces de sangre y pus y otros síntomas de que luego trataremos.

Este individuo de 28 años de edad, era carrero en el pueblo 25 de Mayo, donde habitaba junto con otro compañero de trabajo. Este, despues de una disputa acalorada, y al irse á acostar le infirió una puñalada en la parte posterior y derecha del tórax, á 4 centímetros de la columna vertebral, siguiendo el nivel del ángulo inferior del omóplato.

A esta herida se sucedió una tan abundante hemorragia, que la sangre se deslizó por los bordes de la cama, y sobrevino despues un síncope. Al despertar se encontraba muy fatigado, sin poder

conocer las personas que lo rodeaban, efecto segun él, de la estremada debilidad.

Llamado un médico, examinó lijeramente la herida, prescribiéndole curaciones con mastuerzo.

La fatiga y la tos aumentaban, acompañándose de vómitos de sangre negra al principio, luego mas roja y por último de pus. En cuanto al estado local de la herida no da dato alguno, pero los síntomas anotados no dejan duda de que se trataba de una herida penetrante de tórax, con herida del pulmon; los copiosos vómitos sanguíneos lo ponen de manifiesto.

Estudiando este enfermo al entrar á la Sala, á pesar de la demacracion y deterioro que tan penosa enfermedad ha producido, se vé claramente diseñado el temperamento sanguíneo y la constitucion robusta de los vascos.

Se encuentra contínuamente en el decúbito dorsal y al sentarse arroja, con toda facilidad mediante un simple esfuerzo ó un golpe de tos una cantidad abundante de pus.

El lado derecho del tórax está algo abovedado, y su medicion dá unos $3\,^1/_2$ centímetros mas que en el otro, y como aquel tiene siempre 2 ó 3 centímetros mas en el estado normal, el aumento en realidad no es sinó de 1 centímetro.

En la parte posterior se nota la cicatriz de la herida y en la situacion indicada anteriormente; toda esta region dá matitez, sobre todo alrededor de la herida y algo menos en la parte superior. El ruido respiratorio disminuye gradualmente del vértice á la base, oyéndose en esta tambien aunque muy aminorado, no solo con relacion al es-

tado normal, sinó tambien con relacion á la cúspide, donde se oye la respiracion algo soplante; no se percibe ningun otro ruido normal.

En la parte anterior hay mas sonoridad, particularmente en el vértice, que deja oir una respiracion algo tubaria.

La disnea y la tos son intensas sobre todo al sentarse y en ese momento arroja el pus á bocanadas, lo que prueba la fácil comunicacion del depósito purulento con los brónquios. Estos síntomas incomodan sobremanera al enfermo, le impiden de comer y de dormir, el enflaquecimiento hace rápidos progresos, la fiebre se presenta acompañada de sudores abundantes que hacen presumir una rápída y fatal terminacion.

Advertiremos que un completo plan curativo se se habia llevado á cabo en este enfermo, consistente en vejigatorios, aplicaciones de tintura de iodo *intus* y *extra,* tónicos variados, calmantes, etc., etc.; el resultado fué completamente nulo.

Habiendo invitado el Dr. Pinto al Catedrático de Clínica Médica Dr. Peralta, este se trasladó con todos los alumnos del curso al lado del enfermo y despues de un largo y detenido exámen, llegó á idéntico resultado acerca del diagnóstico ya formado, es decir, un depósito purulento en el parénquima pulmonar en comunicacion con los brónquios. Sobre la operacion que el Dr. Pinto proponia no estaba en un todo conforme, porque fundaba en ella muy pocas esperanzas.

El 7 de Noviembre á las 10 de la mañana, reunidos los Dres Pirovano y Pinto y habiéndose agravado notablemente el estado del enfermo, se procedió

inmediatamente á operarlo, introduciendo el Dr. Pirovano 6 centímetros de un grueso trócar en la cavidad purulenta el cual dió salida á dos libras de un pus fétido; el sitio de la puncion fué á 3 centímetros debajo de la antigua herida y 6 á 8 de la columna vertebral.

La puncion se efectúa lentamente y à medida que el trócar avanzaba, se retiraba el punzon dejando la cánula, para ver si algo salia; solo cuando el instrumento penetró del todo salió el pus. Era pues indudable que el líquido se hallaba colocado en medio mismo del parénquima y el trócar para llegar á él, tuvo que perforar el pulmon.

Vaciado completamente el quiste, se colocó un tubo permanente con un tapon que impedia la entrada del aire. Al dia siguiente se hicieron inyecciones de agua tibia y despues con agua lijeramente iodada hasta hacerlas de parte iguales de agua y de tintura de iodo, disuelta como es de práctica por medio del ioduro de potasio.

Despues de la operacion el enfermo recobró el apetito; la tos y los esputos desaparecieron completamente, y el paciente se restableció gradualmente.

La supuracion disminuyó, reduciéndose á media onza diaria; cuando á los 20 dias de operado, se salió durante la noche la cánula y siendo imposible colocarla nuevamente á pesar de repetidas tentativas, la herida se cicatrizó rápidamente sin manifestarse fenómeno alguno que hiciera presumir la existencia de pus en el pulmon.

V° B°

M. A. Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª Orígen, formacion, disposicion, marcha y terminacion del trigémino.

2ª Accion fisiológica y terapéutica de los Anestésicos. (Eter, cloroformo, cloral y iodoformo.)

3ª Del tétanos y de los espasmos traumáticos secundarios.

4ª Valor de los testamentos en artículo de muerte.

5ª Tratamiento de las fiebres intermitentes.

6ª Afecciones del cuerpo vítreo.

7ª ¿Qué es la Pericarditis? diagnóstico diferencial entre ella, la Pleuresia y la Endocarditis.

8ª ¿Qué es la menstruacion y cómo se produce?

9ª Hijiene de los Hospitales.