2922

13

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MI TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EN LAS

PLEURESÍAS PURULENTAS

Y LA

SUTURA ÓSEA EN LAS RESECCIONES DE RODILLA

TESIS INAUGURAL

DE

BARTOLOMÉ VASSALLO

Ex-Interno por concurso del Hospital de
Clínicas años 1893-94-95

BUENOS AIRES

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE JACOBO PEUSER

CALLE SAN MARTÍN ESQUINA CANGALLO

1896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MI TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EN LAS

PLEURESÍAS PURULENTAS

Y LA

SUTURA ÓSEA EN LAS RESECCIONES DE RODILLA

TESIS INAUGURAL

DE

BARTOLOMÉ VASSALLO
Ex-Interno por concurso del Hospital de
Clínicas años 1893-94-95

BUENOS AIRES

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE JACOBO PEUSER
CALLE SAN MARTÍN ESQUINA CANGALLO

1896

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.

Académicos Honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

Pro-Secretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	»	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Teurapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Obdulio Hernández.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José María Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	Dres.	Domingo Cabred. B. Solari (interino).
Clínica Quirúrgica	»	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufenio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal	»	Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia Teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia Práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Vacante.
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología General y Ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología Externa	Doctor	Pascual Palma.
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	Dres.	Carlos Malbrán. José Badía.
Medicina Operatoria	Doctor	Alfredo Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clinica	»	Alfredo Lagarde (en ejercicio).
Enfermedades de niños y su Clínica	Dres.	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	Doctor	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Vacante.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Abel Ayerza. Julio Méndez Francisco Sicardi (en ejercicio).
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina Legal	»	Francisco de Veiga.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Física Médica	»	Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología	»	Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Doctor Roberto Wernike

A mi Maestro

el Dr. Alejandro Castro

Con mucho cariño y gratitud pongo su
nombre al frente de estas páginas

Señores Académicos,

Señores Profesores:

El humilde trabajo que como término de mis estudios médicos os presento, es el fruto de la sabia enseñanza de ustedes recibida y que mi poca observación y experiencia ha sabido reunir.

Cuando yo entraba al servicio de cirugía, á principios del año 1894, cuando estudiaba el tratamiento de las pleuresías purulentas, y cuando después de operado algún sugeto de esta enfermedad, ya en las Salas de Cirugía, ya en las de Clínica; esa sonrisa de mal pronóstico de los viejos maestros, llenaba mi espirítu de tristeza, y desde entonces aunque con ideas vagas, buscaba un medio de aliviar y llegar á curar más comunmente á esos desgraciados.

Hoy con orgullo, os voy á exponer el resultado, que si bien yo no pretendo tenga un gran mérito científico, tiene un lado práctico y provechoso y que si mis maestros ponen la buena voluntad de siempre y quieren probarlo:

Casi estoy seguro, aquellos pronósticos sombríos de los pleuríticos supurados disminuirá su número, y harán sonreir con la esperanza al médico.

Antes señores: yo quiero presentaros una breve reseña de los tratamientos anteriores, y los débiles sucesos y grandes fracasos que de ellos se obtuvieron.

Cualquiera creería que la operación del empiema fuera una cosa de ayer, pero no, pues ya en tiempos de Hipócrates éste la practicaba y parece que este descubrimiento fué obra de la casualidad.

Bouchut dice que la leyenda cuenta que un tal Pherée estando muy enfermo del pecho, sanó por una cuchillada recibida en él, después de haber fluido gran cantidad de pus por esa herida.

Este hecho dió nacimiento en el claro talento de Hipócrates á la operación del empiema, quien la practicó con método y ciencia valiéndose del hierro al rojo para abrir el pecho. Su discípulo Galeno modificó el procedimiento cambiando el cauterio por el cuchillo cuya hoja envolvía para limitar su penetración. Parece que este mismo

autor se valía también para vaciar los derrames pleurales de una jeringa provista de una larga cánula.

Celso inventa un cauterio especial para esta operación, parecido á una lanza pequeña con agujeros en su tallo para poder fijar y limitar su penetración en el tórax por medio de barras metálicas puestas en cruz. Este mismo autor hace también la operación trepanando la 4ª costilla y colocando una cánula de estaño por donde introducía como líquido lavador una mezcla de aceite y alcohol.

En esta época los árabes hacían la misma cosa y sólo cambian el líquido inyectado por miel; se ve pues, que ya entonces ellos también lavaban. Este procedimiento de Celso, abandonado desde aquella época, fué el mismo con el que Sedillot metió tanto ruido el año 1841 á propósito de su tesis de concurso.

Pasado el tiempo, los tratamientos de Celso fueron completamente abandonados y sólo uno de ellos sostenido por Gui de Chauliac en los casos de pleuresías purulentas causadas por heridas penetrantes del tórax, pero rechazado por este mismo cirujano en los demás casos; diciendo que si los derrames pleuríticos (que el llamaba espontáneos) no se absorbían por los cáusticos y otros tratamientos médicos, valía más no inco-

modar al paciente en sus últimos días y era preferible dejarlo morir.

En el siglo XVI se vuelve nuevamente á la operación de Hipócrates y se dan reglas para practicar con mayor arte esta operación. Los médicos de entonces decían «operad siempre los derrames antes de un mes de producidos, sobre todo cuando el enfermo tenga fiebre y mucho dolor».

Basado en esto era que Paréo operaba á todos los casos, fueran supurados ó no, pero valiéndose siempre del cauterio, de cuyo instrumento él ideó un modelo que no describiré.

En el siglo XVII se plantea una nueva cuestión. «Si era ó no permitido operar las empiemas dejando penetrar el aire». Después de largas discusiones en las que no se adelantó otra cosa que gastar «mucho papel, tinta y paciencia», aparece Scultet proponiendo de nuevo la aspiración, por medio de una cánula introducida en el tórax por una herida hecha previamente á éste, esto sucedía el año 1652 y 40 años más tarde Vicente Drouin propone un aparato de su invención que no es otro que el trócar.

El propone tratar todos los derrames pleurales vaciándolos por medio de su aparato y presenta algunos casos de curación. (Pero en lo que Drouin no se fijaba) era que él aplicaba su método indistintamente á las pleuresías

serosas y á las purulentas; así en aquéllas los enfermos curaban, y en las últimas no. A causa de ésto sin duda fué que el método cayó en el olvido y el cirujano inglés J. R. Bell de nuevo propone la toracotomía. Pasa un lapso de tiempo en que esta operación se halla en su cima, pero los cirujanos se asustaron cuando miraron su estadística.

Dupuytren, de 71 operados tuvo 41 muertos entre uno á diez días después de la operación, y los 30 restantes murieron antes de un año.

Cooper, de 27 operados no pudo presentar ni un sólo caso de curación. Dawié solamente tiene la felicidad de curar un enfermo.

Esta operación queda relegada hasta Sedillot.

A principios del siglo, Laennec, con su gran observación establece las diferencias esenciales de los derrames pleurales entre sí, su manera de producción, síntomas, marcha, etc., y establece como tratamiento la punción en las pleuresías serosas y la toracotomía en las purulentas. A pesar de ésto, ningún cirujano se atrevió á practicar la última, y estaba tan abandonada que cuando Nelaton tuvo que operar al profesor Dolbeau fué primero á ejercitarse en un cadáver, quizá temiendo operar inhábilmente.

Esto á nadie debe extrañar, pues con las soberbias estadísticas arriba mencionadas cual-

quiera se lo explica y es lástima grande que hoy las nuestras no vayan muy atrás.

En 1837, Reibard inventa un trócar muy ingenioso, el cual no permite la penetración de aire en las pleuras. Defiende ardientemente su método y se le practica por algunos años.

Sedillot, el año 1842 preconiza un método que él llama suyo, pero como se verá es el mismo casi que Paréo empleaba. Operaba del siguiente modo: Practicaba una incisión crucial en la línea axilar de la 8ª, 9ª ó 10ª costilla del lado enfermo, después de descubrir la costilla deseada, desprendía el periostio y la trepanaba en su centro; se valía de un trépano de su invención, parecido á un taladro; esta manera de proceder tenía según él la ventaja de no herir la arteria intercostal; por el agujero hecho á la costilla introducía una cánula de plata, la que empujada fuertemente rompía la pleura costal y llegaba á internarse en la cavidad pleural y vaciaba el derrame; la cánula quedaba estacionaria.

Este método curó muy pocos enfermos y la Academia de Medicina nombró una comisión que se ocupara del método de Sedillot y á pesar de la ardiente defensa de su autor, se pronunció en contra del procedimiento.

Dos años más tarde Trousseau propone la paracentesis del tórax por detrás de la línea

axilar y todos los que hemos leído á Delafoy sabemos con cuánta ciencia y arte está defendido el método.

Al mismo tiempo que esto sucedía en Francia, la escuela inglesa casi rechazaba toda operación y el Profesor Lange sostenía que si los médicos fueran menos timoratos para usar de los medicamentos á su alcance, muchos serían los enfermos que curaran. Al efecto él les administraba grandes cantidades de ioduro de potasio primero, el que sustituyó más tarde por el ioduro de hierro y como tratamiento externo grandes cáusticos ó si la pleuresía era antigua, grandes parches de emplasto mercurial.

La verdad es que, examinada su estadística, lo único de notable que se encuentra son los envenenamientos mercuriales y iódicos.

Poco tiempo después, en Inglaterra misma, un buen cirujano, Plaifair, idea un aparato para tratar los pleuríticos purulentos del Hospital de Niños, donde era jefe del servicio quirúrgico.

El aparato se componía de un tubo de cautchut endurecido, que se hacía penetrar en el tórax; este tubo estaba exteriormente unido á otro de diámetro mayor y de goma blanda de un metro de largo y cuya extremidad libre ó inferior reposaba en el fondo de una cubeta llena de un líquido antiséptico; este recipiente estaba

colocado en el suelo de la sala á 0.90 cent. más bajo que el enfermo.

Plaifair, hombre modesto, no hizo alarde de su invento pero curó muchos niños.

Este procedimiento lo aplicó también en los adultos pero como en éstos no le dieron ningún resultado, lo abandonó.

Esto es lo último adelantado por la escuela inglesa.

En 1854, A. Guerin, en Francia, idea una jeringa aspirante que no tiene más valor que la mencionada anteriormente que en ser más perfecta, y al año siguiente como no le diera los resultados que de ella esperaba, la abandona por el tratamiento algodonado, aplicado después de operar sus enfermos.

En 1860 entra en la discusión el defensor de los drenages, Chasagnac, y propone sus tubos en caño de escopeta para los operados de empiema, uniendo su tratamiento á la curación algodonada de Guerin.

En el año siguiente, Roser propone su método de inyecciones de aire cargado de oxígeno. El sólo casi fué el que practicó este tratamiento.

Pasaré por alto una serie de métodos de menor importancia y voy á ocuparme de uno que tuvo gran resonancia, el sifón de Potain.

Aparato de Potain

Este aparato como se verá casi es el mismo que empleaba en sus niños el cirujano inglés Plaifair. Pero yo supongo, ó más bien quiero creer que aquel maestro no conocía el invento de este operador.

Se compone de un tubo en **Y** de cautchut endurecido, una de cuyas ramas, la más larga de las tres penetra en el tórax y las otras dos de longitud igual quedan en un plano vertical mirando una hacia arriba y la otra abajo.

En la primera se ajusta un tubo de goma de corta extensión y en la última otro tubo de goma de igual diámetro, pero más largo y cuya extremidad libre termina en una bola de plomo perforada y se coloca dentro de un recipiente lleno de líquido puesto al pie de la cama del enfermo.

Este aparato colocado y bien sujeto al tórax, funcionaba así: el líquido lavador, (el que Potain empleaba era agua y alcohol primero y más tarde lo sustituyó por una solución de ácido sa-

licílico al 2 por mil), se echaba este líquido lavador en el primer tubo, teniendo la precaución de haber cerrado antes con una pinza de forcipresión el tubo largo inferior.

Cuando la cantidad de líquido vertida por el primer tubo alcanzaba á 500 gramos, cerraba el tubo superior y abría el inferior que dejaba circular el mismo líquido inyectado y establecía el sifón.

Se repetía la misma operación hasta que la cantidad de líquido puesto en circulación era de mil quinientos á dos mil gramos y el sifón funcionando se dejaba al paciente en este estado hasta el día siguiente en que se repetía la misma operación.

Como se ve, la pleuresía adherente que este maestro buscaba no podía realizarse en estas condiciones, pues como el tubo inyector y escretor era único, la pleuresía adherente era destruída en cada nuevo lavaje por el líquido circulante.

Un discípulo de Potain modificó este aparato por el siguiente: Abandonaba el tubo en **Y** y usaba dos tubos separados de diez centímetros de largo y diez milímetros de diámetro; uno de ellos se unía á un tubo corto de goma flexible terminado en un embudo; el otro estaba en unión con otro tubo de igual naturaleza pero más largo.

Introducía el primer tubo en el 4º ó 5º espacio intercostal, y el otro en el 8º ó 9º espacio y su manera de funcionar era el mismo que en el aparato de Potain.

Sin embargo, señores, todas las esperanzas que en estos ingeniosos métodos se fundaban salieron fallidas y la Facultad de Medicina francesa vió en su seno de nuevo levantarse la antigua discusión entre la punción simple y la operación del empiema. Hoy hay muchos que sostienen la primera, que lleva el rumboso nombre de *Método de las punciones repetidas*. Y otros, que son los más, apoyan con su talento la operación de la *Toracotomía*, tan simple como la conocieron en tiempos de Hipócrates, pero es claro, unida al gran adelanto del fin de este siglo, *La antisepsia*.

Quiero también ocuparme ligeramente de las operaciones de Estlander y Quenú, no cuando es practicada en los empiemas crónicos á grande ó pequeña cavidad, con persistencia de trayectos fistulosos, sino en los casos en que ya es practicada de conjunto desde la primera vez que es operado un pleurítico purulento agudo. Y esto sucede seguramente por el espíritu claro de nuestros cirujanos que al proceder así van buscando ya un medio más favorable de curación, ó para achicar la inmensa cavidad que casi seguramente va á quedar después. Decía,

que hoy los más de los cirujanos, al operar un empiema no se limitan á resecar un pedazo tan sólo de una costilla única para dar paso á los tubos de drenage, sino que hacen la operación resecando tres, cuatro, cinco ó más costillas, suturan la herida operatoria y plazan los drenages en el punto de más declive, y al poner la curación algodonada buscan de comprimir el lugar de la pared toráxica donde se ha practicado la resección costal y que por tanto ha quedado débil.

Otros tratan desde el principio de disminuir la capacidad de la cavidad toráxica, valiéndose de la operación de Quenú y al efecto resecan dos ó tres centímetros de tres, cuatro ó seis costillas ya elegidas. Primero por una línea vertical que pasa algunos centímetros por delante de la línea axilar y después resecan otro pedazo óseo de iguales dimensiones y en las mismas costillas en otra línea vertical que pasa hacia atrás de la línea axilar.

Efectuado ésto, resecan en la costilla más inferior de los operados y en la parte posterior de la misma una resección más extensa para poder plazar los tubos de drenage. Estos vienen á quedar así, en la parte inferior de la línea vertical posterior y por consiguiente en el lugar más adecuado. Después de suturar las heridas se cuida que una presión conveniente venga á ejer-

cerse en este colgajo ósteo-cutáneo de modo que, las extremidades de las costillas resecadas vuelvan nuevamente á unirse y es claro entonces: La capacidad de la cavidad toráxica queda disminuída.

El tratamiento que se hace posteriormente, lavajes, etc., es idéntico al que se practica en los operados simples de empiema.

No voy á ocuparme tampoco de la salvaje operación de Max Schede, que á mi juicio es la única que debería practicarse en los empiemas crónicos á grande cavidad.

MIS EXPERIENCIAS

Mi método

El invierno próximo pasado cuando era mayor del servicio de cirugía del Hospital de Clínicas, tuve la idea de aplicar el aparato de Potain modificado por Tachard al primer pleurítico agudo purulento que entrara al servicio, y al efecto tomé dos tubos de cautchut blandos, los uní perfectamente por una extremidad por medio de muchas vueltas de un hilo muy fino de goma elástica.

Al superior le coloqué el tubo de goma corto, al que agregué un embudo con su correspondiente llave de cierre.

Al inferior lo uní á otro tubo largo de goma cuya extremidad libre remataba en una llave obturatriz y que llevaba como peso una hojuela de plomo enrollada en él.

Todo esto preparado, se lo comuniqué al ilustrado Dr. Palma, quien con su amabilidad de siempre se interesó también en la aplicación.

A los pocos días se presentó el enfermo deseado; la historia no la conservo pero era un hombre de unos 30 años, bien desarrollado, de nacionalidad francesa y creo que venía de la ciudad del Azul.

El Dr. Palma debe acordarse muy bien de este enfermo que ocupaba el Nº 6 de la Sala 2ª de Cirugía, y cuyo diagnóstico era: Pleuresía aguda purulenta post-neumónica.

El día de la operación, todo preparado, yo hice hervir más de una hora el sifón que había construído, con embudo, tubos, etc.

Se abrió el tórax por un espacio intercostal (8º), en una extensión pequeña como para que los tubos entraran ajustados. Hecha la abertura pleural, salió una gran cantidad de pus, y después de lavada la cavidad pleural con agua filtrada y esterilizada primero y una solución débil de bicloruro mercúrico al último, el Dr. Palma y yo colocamos los tubos, cuyo límite de penetración era de 9 centímetros, se puso una sutura de cada lado de la piel al hilo de goma de que antes hablé y lo demás del aparato junto á la piel, se cubrió perfectamente con colodio elástico.

El enfermo fué trasportado á su cama, donde después de bien seguro del funcionamiento del sifón, cuyo extremo libre y llave abierta reposaba en el fondo de una palangana llena de una solu-

ción de bicloruro de mercurio al 1 por mil y colocada en el suelo, á la cabecera del lecho del enfermo.

El primer día todo anduvo bien, el siguiente día cuando practiqué el lavaje (con agua esterilizada por indicación del Dr. Palma) el aparato funcionaba bien, pero el enfermo se quejaba de dolores en la herida.

El tercer día el enfermo se quejaba de dolores muy fuertes del lado de la herida, practiqué un lavaje y el aparato funcionaba.

En la tarde de ese día cuando revisaba al enfermo, ví que el colodio se había desprendido y estaba cubierto de pus, retiré el aparato y me dí cuenta del dolor manifestado por el enfermo.

El pus se había infiltrado entre la pared externa de los tubos y la pared toráxica, y esta infiltración había dado margen á la infección de la herida operatoria y á la formación de un flemón en el lugar. Este es un serio inconveniente que como ustedes después verán ha quedado suprimido en mi procedimiento.

Después de hacer un lavaje con agua esterilizada, etc., coloqué nuevamente el aparato valiéndome para efectuar el cierre de un pesario de Dumompallier, que uní con una lámina de gutapercha á los tubos, etc.; el aparato así constituído fué hervido nuevamente y al colocarlo

sujetado al tórax con una venda elástica ancha (de Esmarch).

El quinto día el enfermo tiene mucha tos, se queja de dolores en la región enferma, y hay algo de estomatitis, de la que no hago mayor caso.

El sexto día la estomatitis era pronunciada y por el carácter de ella como por los datos del enfermo, me la hicieron sospechar mercurial.

Sin embargo, no había lavado con mercurio su pleura, fuera de esa pequeña cantidad que se empleó el día de la operación.

Sospechando lo que debía suceder, tomé una probeta alta y angosta, la llené de solución de bicloruro al 1 por mil y coloqué en su fondo el extremo libre del tubo sifón. Hice toser al paciente, el recipiente se desborda, y cuando el enfermo respira de nuevo tranquilamente cuál no sería mi asombro al ver el líquido de la probeta que había descendido á la mitad. Claro, en lugar del aparato chupar la pleura, ésta se sucsaba el recipiente. Ya estoy pues seguro del origen de la estomatitis y retiro el aparato por parecerme un error y el restablecimiento de las funciones con semejante método, una ilusión.

Todos los que conocimos el caso nos acordaremos perfectamente que este pobre hombre murió algunos días después.

Seguro ya de que el aparato en estas condiciones no servía, de que la presión negativa que se creía tener segura no existía, busqué el medio de poder obtener el restablecimiento de las funciones fisiológicas en el pulmón del lado enfermo y empecé mis experiencias en animales.

Tomé un perro, al que coloqué un aparato en la siguiente forma : tomé un tubo común blando de goma como esos que se usan en los irrigadores, y lo fijé por encajamiento en la extremidad gruesa de un pico recto en cautchut endurecido del aparato Canttani, en el extremo libre del tubo de goma ataba un pedazo de plomo. Esto preparado, hacía al animal una punción pleural en la mitad del 6° espacio intercostal, valiéndome del bisturí; luego por esa pequeña herida introduje hasta algunos centímetros en la cavidad pleural el pico endurecido del aparato antes descrito, teniendo cuidado de ejercer sobre él una presión suficiente para que se ajustase á la herida practicada y no permitiese la penetración ulterior de aire.

El animal fué sujetado encima de la camilla del consultorio de cirugía que tiene un metro de altura y el extremo libre del aparato con su peso

en plomo, colocado en el fondo de una probeta alta y angosta, llena de líquido colocada en el suelo.

El neumotórax ya estaba formado, pues el extremo del tubo no tenía llave obturatriz y yo había comprobado antes la traumatopnea con la llama de una cerilla puesta en la boca terminal del tubo.

Esto efectuado y el animal quieto, apenas se veían unas ligeras oscilaciones en la superficie del líquido del recipiente. Pinchaba al animal que inquieto y ansioso trataba de desasirse de las manos que lo sujetaban.

Mientras el animal hacía este esfuerzo, yo noté un sinnúmero de burbujas de aire salir por el extremo del tubo, pero en seguida, en cuanto el animal concluía el esfuerzo y volvía al reposo, yo veía el líquido del recipiente bajar de nivel, es decir, la cavidad pleural de este pobre perrito, sucsaba el vaso.

El animal incomodado nuevamente gritaba y hacía esfuerzos y al mismo tiempo se veía el líquido de la vasija subir de nivel. El perro tranquilo, el nivel del líquido volvía á bajar. Esto probado, hice elevar al animal, y repetí el experimento á diferentes alturas, cuando ésta fué de 1 metro 90 centímetros, ví subir el nivel del líquido á su estado primitivo y á pesar de inquie-

tar y hacer desesperar al perrito, el nivel del líquido se mantuvo fijo. En este límite lo mantuve 35 minutos y luego lo sacrifiqué para sacarle una pieza de colecistenterostomía que le había practicado 45 días antes.

Al examinar los pulmones no encontré ningún fenómeno de congestión del lado operado, estaba casi idéntico al lado sano, sólo con la pequeña diferencia de estar más chico, un poco más contraído.

Dieciséis días después practiqué la misma experiencia con un animal de tamaño mayor pero más joven que el anterior, y cosa extraña, el límite de altura necesaria era tan sólo de 1 metro y 70 centímetros; este perro también fué sostenido en su límite de altura por 40 minutos y al parecer no experimentaba incomodidad alguna.

En la autopsia que practiqué en seguida nada digno de mención había en su aparato pulmonar.

Nueve días después repetía la experiencia en otro perro, pero á éste en lugar de elevarlo más arriba de la mesa después del descenso del líquido en la vasija, retiréle el aparato y tapé la herida operatoria; después de muerto por degollamiento, encontré en la cavidad pleural del lado enfermo 35 gramos de la solución que contenía la vasija.

Explicación del fenómeno

A mi modo de ver, las cosas pasan del siguiente modo: cuando se efectúa la herida pleural y el aire penetra en el vacío pleural, el pulmón dotado de elasticidad propia se retrae sobre sí mismo y ésto sucede porque en este caso la presión externa é interna se contrabalancean, casi se anulan, y el pulmón queda más ó menos en iguales condiciones que si estuviera aislado. Ahora bien, cuando el animal con el aparato lleno de aire lo mismo que su pleura (1ª parte de la experiencia) es incomodado, al hacer su esfuerzo, efectúa primero una amplia inspiración, cierra luego su glotis, y entonces el aire que contiene su pulmón sano por el mismo acto espiratorio de ese lado que el esfuerzo causa, este aire, digo, que no puede huir al exterior por la oclusión glótica, busca su equilibrio huyendo al pulmón enfermo que está más ó menos contraído por su elasticidad propia; ésta es vencida por la presión del aire que penetra en él, y entonces este pulmón más ó menos contraído, bajo la influencia del

aire que llega, se dilata y con su dilatación arroja el aire contenido en su cavidad pleural, que huyendo por el tubo elástico forma el sinnúmero de burbujas que yo veía desprenderse de la extremidad libre del tubo dentro de la vasija.

El animal tranquilo nuevamente, abre su glotis, la contracción de sus músculos cesa y el aire de sus pulmones fluye al exterior. Ahora bien, el pulmón enfermo que hace un momento estaba distendido; que había arrojado el aire de su cavidad pleural, que había convertido á ésta en una cavidad virtual, dejando actuar en él su elasticidad propia, tiende á contraerse y como la resistencia que le opone la columna de agua de un metro de altura y de pequeño diámetro *no es suficiente*, esta contracción se efectúa y al producirse en mayor ó menor grado, arrastra trás de sí el líquido de la vasija.

Esto sucede seguramente porque la resistencia opuesta es menos que la fuerza de contracción desarrollada por el pulmón cuyo aparato motriz está indicado en sus fibras elásticas y musculares, etc.

Pero ahora, si aumentamos de una manera racional esta resistencia, aumentando la altura de la columna de agua, llegará un límite en que esta resistencia equilibrará la unidad de fuerza de la contracción pulmonar y la cavidad pleural

quedará nuevamente trasformada en un espacio virtual que más ó menos llena las necesidades fisiológicas.

Esta explicación que acabo de hacer sería aplicable á los casos en que vemos en un operado de empiema dilatarse su pulmón enfermo bajo la acción de la tos ó del esfuerzo, dilatación que se nos manifista bajo la forma de traumatopnea ó bien si queremos más certeza, tocando con la punta del dedo ese pulmón enfermo, y también es una prueba de ello el vaivén de los tubos de drenage puestos en la herida.

Cuantas veces, señores, ustedes habrán visto ésto, y de lo que yo me he ocupado bastante.

Ya con estos datos pensaba aplicar á un enfermo de pleuresía purulenta aguda, un aparato que reuniera las condiciones necesarias para ayudar la curación de aquél, es decir:

1º Combinación de tubos drenadores que permitieran el lavaje sin llenar la cavidad pleural.

2º Adaptación y fijación del mismo á la pared toráxica, que permita hacer continuamente el vacío sin peligro de desprendimiento y sin poder infectar la herida.

3º Que equilibrara la unidad de fuerza de contracción pulmonar.

Mi aparato

Tomé dos tubos de drenage en cautchut blando y sin agujeros, largos de 12 centímetros, gruesos de 10 milímetros, los uní perfectamente por medio de tres puntos de sutura con seda fina puestos uno en cada punta y el tercero en el medio; entendido que estos puntos no perforaban la luz de estos tubos.

Al tubo que era superior lo corté tres centímetros, de modo que el inferior sobresalía del primero igual extensión.

Al tubo sobresaliente inferior le hice agujeros en todo su curso y en su punta, en una longitud de dos centímetros, le corté su parte superior de modo que la sección vertical representaba una media luna, ó una canaleta. Esta parte miraba hacia arriba, es decir, al extremo del tubo compañero.

Esta disposición tendría la utilidad de que al lavar, el líquido inyectado á débil fuerza por el tubo más corto superior, caería en esta canaleta y arrastraría en ella las impurezas allí depositadas y el exceso del líquido lavador sería

tomado por los agujeros del mismo tubo puestos más abajo.

Con ésto yo obtenía la gran ventaja de que la pleuresía adhesiva que se busca no fuera rota ó desprendida por la corriente del líquido lavador al no hallar fácil salida al exterior.

Esta es una ventaja no pequeña, pues con el tubo en Y de Potain ésto no puede obtenerse porque se llena primero el espacio pleural antes que el líquido pueda salir y se comprende que las adherencias formadas serán rotas ó desprendidas en cada curación.

La disposición de los tubos, como hace Beker, tiene, aparte del inconveniente de hacer dos heridas, la desventaja de dejar vagar el líquido á su antojo en la cavidad pleural.

El segundo punto de fijación y estabilidad del aparato, lo obtenía con un pesario de Dumompallier, que yo fijaba al extremo externo de los tubos por medio de una tela de goma elástica, á través de la cual pasaban como un centímetro los dos tubos drenadores y aquí venían á unir por el intermedio de dos cortos cilindros de cautchut vulcanizado con los tubos de goma exteriores; de éstos el superior tiene un metro de largo y termina en un embudo provisto de llave y el inferior largo de cuatro metros termina en una banda de plomo enrollada que le sirve de peso, á

más lleva una pinza de presión para obturarlo.

Hacía ésto porque la fijación con colodio ú otro modo de pega no me parece útil y durable y á más yo evitaba así la formación de flemones, infección de la herida reciente, etc.

La fijación contra el tórax la hacía con una venda elástica que apretaba el pesario, (este procedimiento que convengo es un poco doloroso lo he modificado mucho, como ustedes verán después.

El tercer punto creo obtenerlo con el largo tubo que iría á reposar mucho más bajo que el suelo de la sala del enfermo y cuya longitud necesaria para vencer la unidad de fuerza de contracción pulmonar me sería indicada por el funcionamiento del pulmón del lado enfermo.

Ese es mi aparato que yo creo no tiene otro lujo que su sencillez.

Todo esto hecho y fundado en experiencias para mí exactas, esperaba al enfermo que debía afirmar mis presunciones. Este se presentó al servicio del Dr. Chaves el 20 de Setiembre de 1895.

1er CASO

Historia.—José Vila, español, edad 36 años, casado, agricultor, entró al Hospital el 20 de Setiembre de 1895, servicio del Dr. Chaves, Sala 8ª, Núm. 14.

Antecedentes hereditarios.—Nulos.

Antecedentes individuales.—Dice no haber tenido otra enfermedad que unos ataques de chucho el año 1889, que según él describe, parece haber sido paludismo.

Enfermedad actual.—Cuenta que el 1º de Setiembre, estando en el trabajo sintió un fuerte dolor en la región lumbar izquierda, dolores tan intensos que le obligaron á suspender su tarea.

En este estado doloroso, con inapetencia y vómitos, pasa tres días, después de los cuales aparece fiebre, los dolores son irradiados al escroto, la piel toma una coloración pálida. En este estado triste y angustioso vive hasta su entrada al Hospital.

Setiembre 20.— Estado actual. A la inspección se nota un sugeto de sistema óseo bien desarrollado, muy enflaquecido, cuya piel de un color amarillento pálido está seca y quemante, etc.

A la palpación del vientre se toca un tumor alargado y anguloso en su parte inferior, situado en el flanco izquierdo cerca de la línea media. En el espacio comprendido entre este tumor y el límite izquierdo de la columna vertebral, hay otro tumor redondeado, blando, fluctuante y cuyo límite inferior pasa cerca de la cresta ilíaca. A más, hay edema de la piel en toda la región lumbo-abdominal del lado izquierdo.

El Dr. Chaves, después de una de esas bellas conferencias que estamos acostumbrados á oirle, hace el siguiente diagnóstico:

Perinefritis, periesplenitis supurada, perforación del diafragma con gran derrame supurado pleural izquierda. Esto nos explica más fácilmente la dispnea del enfermo.

La temperatura oscila entre 40° á 40°.5 por la noche y 38° á 38°.5 por la mañana, la curva febril es muy irregular.

Por el carácter de su fiebre y el estado del paciente, yo no abrigo duda que los microbios patógenos de la lesión son los Streptococus ó una asociación microbiana de ellos, y *la pleuresía del sugeto una delas más difíciles de curar.*

El profesor Chaves me ofrece el enfermo, que yo opero en la mañana del 25, sabiamente ayudado por mi compañero de internado Santiago Cerrutti.

Operación.—El débil estado del paciente inspira tantos temores que se resuelve no cloroformarlo.

Practico la incisión de Morris para nefrotomías, partiendo un dedo por arriba de la cresta ilíaca hasta las falsas costillas y manteniéndome á cuatro dedos por fuera de la columna vertebral, después de cortados la piel, músculos, etc., incindí la bolsa enquistante (que he descrito anteriormente como tumor blando y fluctuante) fluyó

por la herida una gran cantidad de pus vaciándose no sólo el contenido en la bolsa, sino también el contenido en la cavidad pleural.

Después de lavar la herida introduje los dedos, pudiendo confirmar el diagnóstico. El tumor duro antes nombrado, era el bazo rechazado hacia abajo, adelante y adentro. El riñón se tocaba contra la columna vertebral más al medio que normalmente.

En la parte superior de la cavidad hacia un lado y en el fondo del saco pleural se tocaba la perforación del diafragma que hacía la comunicación con la pleura. Como la introducción del dedo era difícil, incurvé un poco la incisión y resequé un pedazo de la última costilla.

Coloqué dos tubos de drenage de 14 centímetrosde longitud que penetraban por su parte superior en la cavidad pleural y cuya parte inferior desembocaba en medio de la herida operatoria.

La operación se terminó con un punto de sutura puesto arriba y dos por debajo del extremo libre de los tubos; antes de la sutura se lavó bien la bolsa enquistante y se la tocó con tapones embebidos en fenol alcanforado, y toda la operación se practicó con la antisepsia obligatoria.

El día 26 la temperatura bajó á 38 por la mañana y 38.3 por la noche, y continuó descendiendo durante los 5 días siguientes hasta llegar á la normal.

Día 27.—Practiqué un lavaje con agua esterilizada; el enfermo se encuentra muy alivido y bastante despejado.

Día 28.—Practiqué un lavaje con agua esterilizada y después de constatar la libre penetración del aire por los tubos de drenage que aseguraban la persistencia del neumotórax y habiendo constatado que el pulmón izquierdo no respiraba casi, coloqué el aparato, cuidando de cambiar los tubos que tenía por otros más largos para penetrar, según mis cálculos, tres ó cuatro centímetros en la cavidad pleural.

Practiqué un lavaje, puse el extremo inferior del tubo largo á tres metros más bajo que el enfermo (hacía pasar el tubo por uno de los agujeros que sirven de respiradero á la sala) y un tarro de vidrio de esos que se usan para orinas; suspendido y lleno de una solución de bicloruro al 1 por mil, me servía de recipiente.

Además agregué un tubo simulador y una palangana al pie del lecho del enfermo (como hice en el Nº 6 de la Sala 2ª), pues yo quería ocultar mi trabajo por cuanto no era lógico hacer caer sobre mis maestros Chaves y Allende la responsabilidad de una experiencia.

El aparato lo coloqué recién el día 28, porque estoy firmemente convencido que lo mismo que sucedió con el Nº 6 de la Sala 2ª (formación de

flemón, infección de la herida, etc.), sucedería en un caso análogo pues el pus infiltrándose entre las paredes de los tubos y los de la herida que, como es reciente, es necesariamente infectada. Esto se evita dejando trascurrir 48 horas, en que las paredes de la herida reciente se trasforma en un tejido difícilmente infectable.

A más, no creo que ésto traiga algún inconveniente para la curación del enfermo, siempre que durante este tiempo se haga la antisepsia necesaria.

Día 29.—Practiqué un pequeño lavaje con agua esterilizada y rogué al Dr. Allende, jefe del servicio constatara la respiración del lado enfermo, que él encontró haciéndose en muy buenas condiciones, pues el murmullo vesicular se sentía en casi toda la región. Esto mismo fué constatado por mis compañeros Demaría y Cerrutti.

Día 30.—No hago lavaje, el enfermo sigue bien, la temperatura es normal, hay un poco de incomodidad por causa de la presión del pesario.

Octubre 1º.—Como el enfermo sigue bien y el aparato está fijo y el pulmón funciona bien, tampoco lo curo.

Día 2.—Practico un pequeño lavaje con solución de bicloruro al 1 por 2000; el enfermo sigue bien. No hay temperatura.

Día 3.—No hago curación, no hay temperatura.

Día 4.—Lavaje con agua esterilizada, todo sigue bien. No hay temperatura.

Día 5.—Sin curación. No hay temperatura.

Día 6.—Hago un lavaje con agua esterilizada. No hay temperatura; el enfermo tiene mucho apetito.

Día 7.—Sin curación, sigue la mejoría.

Día 8.—Sin curación, id.

Día 9.—Hago un lavaje con solución de bicloruro al 1 por 2000 y después *retiro el aparato;* el paciente se siente muy bien.

Con gran contento observo que no se produce ningún signo que indique la penetración del aire.

La llama de una cerilla puesta en la boca de la herida, permanece tranquila; tampoco se oye en esta parte el más ligero soplo, ausculto el pulmón y oígo el murmullo respiratorio en toda su extensión, un poco velado en la base pulmonar, disminución que me explico por el engrosamiento de esta parte producido por la pleuresía adhesiva, etc.

Esto mismo fué notado por mi maestro el Dr. Allende, al día siguiente.

Examiné también aquella cavidad que formaba la bolsa enquistante y donde el día de

la operación había introducido la mano y visto con satisfacción que no permitía la rotación de una pinza en su interior. No queda, pues, más que el trayecto de los tubos, un poco largo, es cierto.

Esta cavidad seguramente, como ya no había presión en ella ha sido suprimida por la vuelta del bazo á su posición normal y también quizás ayudado por la presión negativa en ella existente.

Después de sacar el aparato, coloco dos tubos de drenage de 6 centímetros de largo y practico un lavaje con una solución al 1 por mil de bicloruro de mercurio.

Día 10.—No hago curación.

Día 11.—La supuración es muy reducida, y no puede ser de otro modo pues no queda más que el trayecto de los tubos; practico un lavaje como el anterior é inyecto una jeringa de solución de cloruro de zinc al 7 por ciento y hago después un lavaje neutralizante.

Día 12, 13, 14, 15.—Durante estos días el enfermo queda á cargo de mi compañero Cerrutti por haberme ausentado á Entre Ríos.

Día 16.--Retiro los tubos y previa inyección de cloruro de zinc coloco una mecha de gasa al salol.

Día 17.—El enfermo que hace ya 4 días que pasea por el jardín, comete hoy la torpeza de

beber un poco de Licor Van Sviten (que había en la sala para lavarse las manos) creyéndolo agua muy límpida.

Avisado á tiempo, doy albúmina y produzco el vómito con una inyección de apomorfina, lavaje de estómago, etc., etc.

Día 18.—El enfermo sigue bien.

Día 19.—Hago una curación, la sonda acanalada apenas entra dos centímetros, coloco gasa, etc.

La orina contiene un poco de albúmina, aplico por orden del Dr. Allende cuatro ventosas escarificadas en la región renal. Demás está notar que desde el día del envenenamiento el enfermo bebe solamente leche.

Día 22.—No queda sino una escoriación superficial, el enfermo puede considerarse sano.

Este enfermo yo lo retuve en el Hospital con el *pretexto de que no estaba curado*, pero mi objeto era observarlo el mayor tiempo posible es decir, hasta el 14 de Diciembre.

Aquel sugeto que el 25 de Setiembre era un esqueleto que hasta temor se tuvo en darle cloroformo, después de 28 días de tratamiento salió el 14 de Diciembre vendiendo salud.

Señores: Os he hecho la historia de la cucuración de una pleuresía á estreptococus de las menos curables, de esas que yo no he visto curarse una durante todo mi internato.

Febrero 28 de 1896. El enfermo se me presenta con una nueva dolencia: *una fístula urinaria* que raspo y cauterizo y que permite dar nuevamente de alta al paciente el 15 de Marzo.

Esto ha venido bien para poder constatar el buen estado de la pleuresía curada, lo que ha podido constatar también mi maestro doctor Allende.

2° CASO

Carlos M. G., domiciliado en la calle Pavón entre Solís y Entre Ríos, de 22 años de edad, argentino, soltero, hacendado.

Antecedentes hereditarios—Nulos.

Antecedentes individuales—Tuvo sarampión á los 10 años, á los 17 una blemorragia que duró ocho meses y de la que curó bien.

Hace dos meses estando en La Paz, donde vive, fué atacado de fiebre tifoidea.

El 23 de Diciembre del año próximo pasado estando en convalecencia de aquella enfermedad, se viene á Buenos Aires. El 26 del mismo mes siente una puntada en el costado derecho y por la noche tiene un fuerte escalofrío. A los 6 días fuí llamado á ver el enfermo por un tío del mismo, de quien era amigo. Examiné el caso y constaté un derrame pleural del lado derecho; el enfermo contaba ya que quince días antes del

escalafrío, él sentía un peso en este mismo lado. La temperatura era de 40°.3, hícele una punción exploratriz y retiré un líquido purulento. Esa misma tarde con los cuidados necesarios de antisepsia y previa una inyección de clorhidrato de cocaina de 2 centímetros cúbicos á una solución al 2 por ciento, le abrí el tórax en una extensión de 3 centímetros en el 8° espacio intercostal, 6 centímetros atrás de la línea axilar derecha.

Salió por la herida 1200 gramos de un líquido purulento color amarillo sucio y de olor pronunciado.

Practiqué un lavaje con agua hervida y coloqué dos tubos de drenage de 5 centímetros de largo.

Enero 3.—El enfermo está relativamente bien, pero la temperatura es de 38°. Hago un lavaje con una solución de bicloruro á 1 por 2.000.

Enero 4.—La temperatura es de 38°. Hago trasportar al enfermo á una pieza que estaba encima de la que él ocupaba; esta pieza había sido por mi indicación lavada y blanqueada 2 días antes.

Coloco mi aparato, la longitud de los tubos intratorácicos es de 5 centímetros. Hubo necesidad de practicar un agujero al piso de la sala para dar paso al tubo largo cuyo extremo libre reposaba en un recipiente lleno de Licor Van

Sviten y colocado á 2 metros 80 centímetros más bajo que el nivel del enfermo, me aseguro de que el pulmón del lado operado respira bien y practico un lavaje con quinientos gramos de agua hervida.

Enero 5.—La temperatura es de 37°.7. El enfermo se siente incomodado y dice parecerle tuviera un gran peso en el lado enfermo.

En previsión de cualquier accidente, elevo el recipiente inferior 0.70 centímetros, queda pues fijado el límite de altura en 2 metros 10 centímetros. Hago un lavaje con agua hervida, el líquido del recipiente apenas se enturbia.

Enero 6.—La temperatura es de 37°.6 pero el enfermo se siente bien y bebe bastante leche, siente algunos dolores por la presión del pesario. No hago curación.

Enero 7.—La temperatura es de 37°.6, el paciente es incomodado por ardores en la herida, hago un lavaje con una solución de ácido fénico al 10 por mil, adicionado de un poco de glicerina.

Enero 8.—La temperatura es de 37°.1, el enfermo se siente únicamente incomodado por la presión del pesario.

Enero 9.—La temperatura es de 37°.2, practico un lavaje con agua hervida. La supuración es mínima.

Enero 10.—Temperatura 37°.2.

Enero 11.—Temperatura 37°.

Enero 12.—Temperatura 37°.1, la presión del pesario incomoda mucho, practico un lavaje con una solución de bicloruro al 1 por 3000.

Enero 13.—Temperatura 36°.9, todo está bien.

Enero 14.—Temperatura 37°.

Enero 15.—Temperatura 37°, hago un lavaje con agua hervida, no hay supuración casi.

Enero 16.—Temperatura 36°.8, hago un lavaje con agua hervida y *retiro el aparato.*

No se observa ningún signo de penetración de aire, coloco un sólo tubo de drenage de 4 centímetros de largo.

Enero 17.--Temperatura 36°.9.

Enero 18.—Hago un lavaje de la herida y practico una cauterización con cloruro de zinc al 6 por ciento.

Enero 19.—No hago curación.

Enero 20.—Retiro el tubo y coloco una mecha de gasa al salol y permito al enfermo levantarse.

Enero 21.—No hago curación.

Enero 22.—Practico un lavaje y toco con nitro de plata algunos brotes de la herida.

Enero 23.—No hago curación.

Enero 24.—No hago curación.

Enero 25.—Practico una curación igual á la anterior y recubro la herida con vaselina salolada.

Enero 28.—Hago una curación como las anteriores.

Febrero 4.—Doy de alta al enfermo.

Como se ve, este caso por el comienzo, marcha y forma de la enfermedad, por los antecedentes de la fiebre tifoidea anterior, por el carácter y aspecto del pus y sobre todo por la curva térmica. No ha sido una simple pleuresía á neumococus.

Puede ser que haya sido una pleuresía tifoidea. Pero cualquiera que haya sido su patogenia, el enfermo ha marchado rápidamente y sin ningún obstáculo hacia su curación.

Este sugeto lo ví por última vez á mediados de Marzo, encontrándose muy bien.

3er CASO

Sala 8ª Nº 6.—Enrique Pucheta, 28 años, soltero, argentino, peón de campo.

Antecedentes hereditarios. — El padre murió tuberculoso, la madre vive y es sana; no tiene hermanos.

Antecedentes individuales.—A los 20 años tuvo una blenorragia que le duró siete meses; al año siguiente tuvo un chancro simple. No ha tenido más enfermedades. No es alcoholista.

La enfermedad actual data del 24 de Octubre próximo pasado; mientras trabajaba sufrió una

patada de caballo en el lado derecho del tórax; á los cinco días de este suceso sintió varios escalofríos seguidos, que le obligaron á abandonar el trabajo y guardar cama. Aparece fiebre alta, al mismo tiempo un fuerte dolor continuo que dificultaba la respiración, situado por fuera y debajo del mamelón derecho. Aparece tos seca que aumentaba el dolor y que lo extendía á la espalda derecha. El enfermo guarda el decúbito lateral izquierdo.

El 3 de Noviembre más ó menos, la fiebre declina y aparece un poco más elevada en la noche.

El dolor de costado también había casi desaparecido, pero la dispnea toma un carácter alarmante, lo mismo la tos.

Le prescribieron tónicos y revulsivos que no dieron resultado, y entonces el médico de..... le hace una punción el 15 de Noviembre y obtiene un litro ó un poco más de un líquido claro, trasparente como el agua (así cuenta el enfermo).

El enfermo estuvo bien cinco ó seis días, al final de los cuales, nuevamente aparece la fiebre y la tos, acompañada de un poco de expectoración simple, guarda el decúbito dorsolateral izquierdo. El médico que lo asistía le aconseja venir á Buenos Aires, y entra al Hospital de Clínicas el 29 de Noviembre de 1895.

Estado actual.—Adelgazamiento pronunciado, tinte anémico de la piel que está caliente y seca.

Tórax.—A la inspección se observa el latido de la punta en el 6° espacio intercostal por fuera de la línea mamilar izquierda (3 cent.). Latido epigástrico poco perceptible, 25 respiraciones por minuto, el lado derecho no sigue los movimientos respiratorios por delante ni detrás. Edema de la pared costal derecha, las vibraciones en el lado izquierdo ligeramente aumentadas, en el lado derecho y por detrás, sólo se sienten en el vértice (estando el enfermo sentado), por delante también se oyen sólo en el vértice.

A la percusión, lado izquierdo normal. Lado derecho, por detrás, desde la mitad del omóplato hacia abajo, matitez; por delante y debajo de la clavícula, sonido Skodico; más abajo, matitez. A la auscultación lado izquierdo, algo aumentados de intensidad. Lado derecho en la parte de matitez, ausencia respiratoria; soplo espiratorio suave, egofonía.

El hígado rechazado hacia abajo, desborda las falsas costillas.

Sudores profusos, fiebre alta y muy variable.

Pulso pequeño, regular, muy frecuente, con poca tensión.

El 3 de Diciembre el enfermo seguía en las mismas condiciones: fiebre muy alta y variable,

sudores profusos y dispnea. El Dr. Allende practica una punción exploratriz y retira un líquido purulento y algo rojizo. El enfermo me fué ofrecido, y yo le opero, sabiamente ayudado por mi compañero S. Cerrutti, el 5 de Diciembre de 1895.

Operación.—Practiqué una incisión como de 4 centímetros en el 8º espacio intercostal derecho por detrás de la línea axilar. Salió una cantidad considerable de pus, color amarillo rojizo y de olor desagradable. Coloqué dos tubos de drenage, simples, bastante gruesos y de 8 centímetros de longitud. Curación algodonada, etc.

El día 6, el enfermo se encuentra bien, no hay dispnea, pero la fiebre es de 38º por noche. Se le prescriben tónicos.

Diciembre 7.--Practico un lavaje con agua esterilizada y una curación algodonada. La temperatura vesperal es de 37º.6.

Diciembre 8.—Hago un pequeño lavaje con agua esterilizada y coloco el aparato con 2 metros 15 centímetros de tiraje.

Diciembre 9.—Temperatura vesperal, 37º.7.

El pulmón del lado enfermo respira bien. No hago curación.

Diciembre 10.—Temperatura 37º.3; hago un pequeño lavaje con agua esterilizada.

Diciembre 11.—Temperatura 37º.4.

Diciembre 12.—Temperatura 37º.2.

Diciembre 13.—Temperatura 37°.3; hago un pequeño lavaje con agua esterilizada.

Diciembre 14.—Temperatura 37°.1; el enfermo dice encontrarse muy bien.

Diciembre 15.—Temperatura 37°.4; hago un lavaje con una solución de bicloruro al 1 por 3000.

Diciembre 16.—Temperatura 37°5.

Diciembre 17.—Temperatura 37°.1; hago un lavaje con agua esterilizada.

Diciembre 18.—Temperatura vesperal 39°.1; á las 6 de la tarde ha tenido un escalofrío; se le prescribe un purgante.

Diciembre 19.—Temperatura á la tarde 38°9; no hay escalofrío, el pulmón del lado enfermo respira bien.

Diciembre 20.—Retiro el aparato después de efectuar un lavaje con Licor Van Sviten. No se observa penetración de aire; el pulmón de ese lado respira perfectamente hasta en la parte posterior en su límite inferior.

Examino bien el enfermo y encuentro por delante y al mismo nivel, ocupado por los tubos, una zona pequeña (menos que la palma de la mano), en la que había matitez, y disminución pronunciada de las vibraciones torácicas; los ruidos respiratorios se oían apenas; hice una punción exploratriz y retiré un líquido purulen-

to, de color amarillo claro; practiqué tres punciones más para limitar la extención de la *pleuresía enquistada* que era evidente.

Como el límite posterior de esta zona mate era tangente al agujero de los tubos, introduje por éste un *beniqué* esterilizado N° 45 y empujando suavemente pude abrir sin dificultad el foco purulento. Pude recoger 110 gramos de pus que con 20 gramos más que se habrán perdido hacen un total de 130 gramos.

Completo la curación de este día introduciendo un tubo delgado en la cavidad que acabo de abrir y otro tubo grueso que reemplaza á los dos de mi aparato en el trayecto ocupado antes por éstos.

Diciembre 21. — Temperatura vesperal 37°.9; el enfermo se encuentra bien, no hay dolor.

Diciembre 22. — Temperatura 37°.6; hago un lavaje con bicloruro al 1 por 2000. Cambio el tubo delgado que coloqué en la cavidad por uno más grueso.

Diciembre 23. — Temperatura 37°.3. El enfermo se levanta.

Diciembre 24. — Temperatura 37°; hago una curación como las anteriores y á más una inyección de cloruro de zinc en el trayecto primario y cambio el tubo por una mecha de gasa iodoformada.

Diciembre 25. — Temperatura 37°.1.

Diciembre 26. — Temperatura 37°; hago una curación como la anterior y á más un lavaje con Lysol en la pequeña cavidad de la pleuresía enquistada.

Diciembre 28. — Se hace una curación como la anterior, más una cauterización con cloruro de zinc al 10 °/₀ en el trayecto primario, el que no tiene ya más que tres centímetros de profundidad á contar destrás de la pared posterior del tubo que va á la cavidad de la pleuresía enquistada.

Enero 1° de 1896. — Se hace una curación como las anteriores; desde hoy puedo considerar el enfermo como curado, apartando naturalmente la cavidad que queda de la pleuresía enquistada, la que como es de esperarse, aunque es pequeña, tardará mucho tiempo en curarse.

Marzo 31. — Este día, último de mi internado en el Hospital, le hice al enfermo una revisación prolija, encontrándolo muy bien; sólo queda una cavidad del tamaño de un huevo de gallina en el lugar que ocupaba la pleuresía enquistada, la que cauterizo con cloruro de zinc al 10 °/₀, y remplazo el tubo de drenage que tenía por una mecha de gasa iodoformada.

El 14 de Abril mi compañero de internado Samuel Alvarez, me cuenta que tuvo necesidad

de cambiar la mecha por otro tubo como el que antes tenía, pues la cavidad que creía cerrada del todo, se había reventado el 8 de ese mes.

Marzo 4 de 1896. — El enfermo es dado de alta, completamente sano.

Como veis, la tardanza en la curación de este enfermo, se debe al pequeño foco de pleuresía enquistada, que ó estaba ya formada por completo cuando operé al enfermo, ó se formó posteriormente por delante de los tubos de drenage allí colocados, (cosa que no me parece muy posible).

Como se ve por la historia de los tres casos que refiero, no han sido pleuresías purulentas á simples neumococus, sino al contrario, de un origen mucho más temido y del cual nuestras estadísticas no presentan sino rarísimos casos de curación que por mi parte yo no he visto nunca.

El primer caso ha sido una pleuresía purulenta de streptococus.

El segundo caso es dudoso ¿ quizá tifoidea ?

El tercer caso ha sido una pleuresía purulenta cuya patogenia sin duda fué una asociación microbiana en que seguramente los streptococus primaban.

La objeción mayor de mi trabajo es sin duda el reducido número de casos, pero no ha estado en

mí aumentar su número, pues durante el tiempo que me quedó de interno en el Hospital, ningún caso nuevo de esta enfermedad se presentó. Sin embargo, creo que dada la dificultad para curar esta clase de pleuresías análogas á las que forman mi serie y el bello resultado obtenido, será suficiente para que mi pobre trabajo llame vuestra atención.

Modificaciones

Hace poco tiempo y antes de escribir lo anterior, quise someter mis conclusiones á la ilustrada consideración de mi maestro el Dr. Alejandro Castro, quien habiéndose dado cuenta del mecanismo y funcionamiento del aparato y después de algunas consideraciones que no relataré por considerarlas un elogio inmerecido, me hizo la objeción de que la extensión del tubo elástico requería, ó una elevación extrema del lecho del enfermo, ó los obstáculos que habría que vencer para colocar el recipiente tan bajo como fuera necesario.

Al mismo tiempo que ésto, me brindaba el medio de poder subsanar estas dificultades. Haciendo el cambio del largo tubo por uno más corto que desembocaría en un frasco de 15 ó 20 litros de capacidad, cuyo frasco debía tener tres bocas que para mayor comprensión llamaré: boca izquierda, media y derecha.

En la boca izquierda se encajaría un tapón de goma blanca perforado en su centro, por cuyo

agujero pasaría bien ajustado un tubo de vidrio de un centímetro de diámetro y de ocho milímetros de luz y que llegaría hasta el fondo del frasco.

El extremo externo de este tubo se incurvaría para recibir por encajamiento el tubo de goma, que sustituiría al largo tubo del aparato primitivo.

En la boca media pasaría á través de un tapón de goma como el anterior un tubo de vidrio de cinco milímetros de diámetro, que después de haber penetrado tres ó cuatro centímetros dentro del frasco, saldría incurvándose hacia afuera y abajo hasta llegar al límite inferior del recipiente, y de aquí se incurvaría nuevamente en sentido vertical de manera á obtener una forma de **U** larga y muy angosta cuyas ramas quedarían juntas á la pared externa del frasco y por tanto protegidas por él.

Esto sería sencillo de hacer por la facilidad que hay en doblar á la lámpara un tubo de vidrio.

En la boca derecha se introduciría hasta cinco centímetros dentro del frasco y por un tapón de goma como los anteriores, un tubo de vidrio de diez centímetros de largo y cinco milímetros de diámetro. El extremo libre de este tubo encajaría en otro de goma de paredes gruesas que iría á

una bomba aspirante, como la de Potain ó cualquier otro sistema.

Todo esto preparado se llenaría hasta la mitad del frasco de un líquido antiséptico cualquiera, Licor Van Sviten, por ejemplo.

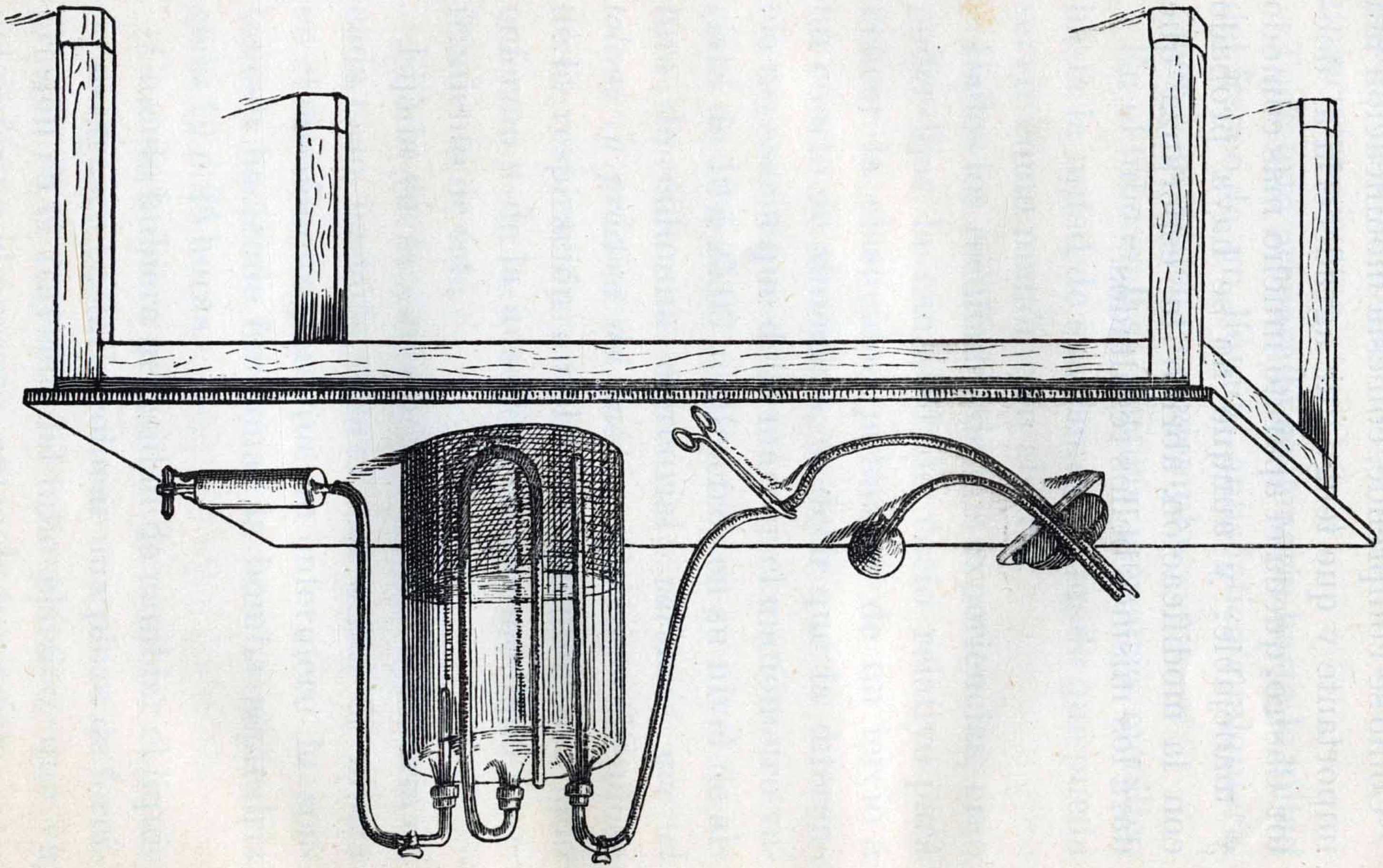
En el tubo en **U** se vertiría mercurio metálico hasta la mitad de sus ramas, de modo que pueda servir como manómetro abierto.

Dados los resultados de mis experiencias, creo poder fijar la cantidad de vacío relativo para vencer la elasticidad pulmonar de un tercio á un cuarto de atmósfera, es decir que la diferencia necesaria que debe marcar el manómetro variará de 19 á 25.03 centímetros en su nivel de altura de columna mercurial; *variación que el talento y práctica del médico fijarían*, valiéndose de la respiración amplia del pulmón del lado enfermo y de la ausencia de incomodidad y sufrimiento de éste.

Fijada ya la cantidad de vacío necesaria en cada caso, bastaría colocar una señal de altura en el manómetro para que un enfermero la sostuviera haciendo funcionar la bomba aspiratriz cada 12 ó 24 horas.

Cuando hubiera necesidad de cambiar el líquido del frasco bastaría colocar una pinza de forcipresión en el trayecto del tubo elástico, que va del enfermo al aparato, antes de tocar éste.

Como se comprende, con esta modificación tan importante y que tengo que agradecerla al doctor Castro, queda el aparato mucho más cómodo y manejable; y aunque no se haya probado con la modificación, abrigo la esperanza que dará los mismos bellos resultados.



Modificación del mecanismo coaptor

Como el pesario de que me he servido tres veces para hacer la unión, es aparte de un medio incómodo, un martirizador de los enfermos, por los sufrimientos á que da lugar la compresión de este cuerpo resistente en las partes blandas, cambiaré este proceder por el siguiente:

Una placa redonda de goma endurecida de diez ó doce centímetros de diámetro y medio centímetro de espesor, que llevará en su centro, uno junto al otro, dos tubos también de goma endurecida ó de Ebonita de un centímetro de diámetro y que pasarán tres centímetros de un lado de la placa y uno y medio del otro; esta última parte servirá para la adaptación de los tubos drenadores intratorácicos y la parte de estos tubos que sobresale más de la placa, servirán para el encajamiento de los dos tubos elásticos externos.

Esta placa llevará á más en su lado interno, es decir, la que va aplicada contra el tórax, un

grueso anillo hueco de forma blanda que irá fijado á la placa y cuya circunferencia interna vendrá á formar un pequeño círculo alrededor de los tubos drenadores y su circunferencia externa quedaría un poco cubierta por el límite de la placa dura.

Como se supondrá, todo ésto estará en tan perfecta unión, que será como de una sola pieza, y entonces á más de la ventaja de una mayor seguridad en la coaptación torácica, habrá la de que los emfermos no serán molestados ni lastimados.

Guardo la esperanza que el aparato en estas condiciones, será fácilmente aceptado.

Como yo no pretendo hacer de mi método una panacea, voy á permitirme pasar ligeramente revista de las pleuresías purulentas indicando las variedades y circunstancias en que el tratamiento sería conveniente:

Las pleuresías á neumococus, la más frecuente de todas y que por lo común sucede á una neumonía anterior, se presenta acompañada de síntomas que por lo general no hacen difícil su diagnóstico.

Ya sea que esta variedad de pleuresía se instale de conjunto con una neumonía ó que sea posterior á ella; lo que llama la atención es la marcha de la fiebre. El termómetro sube

en poco tiempo á 40° ó 40°.5, rara vez sube más, en los tres ó cuatro días siguientes el termómetro puede seguir marcando esta temperatura vesperal, pero comunmente oscila entre 39° por la noche y 38° ó 35°.5 por la mañana, y en este estado se mantiene si ninguna causa viene á obrar sobre el derrame, es pues esta variación de un grado ó medio grado y la temperatura sostenida en la altura arriba indicada, lo que más caracteriza la pleuresía purulenta por neumococus.

Si en estas condiciones se practica una punción aspiratriz del derrame hasta su completo desalojo, ó bien el pus pleural es echado fuera por una vómica (cosa frecuente en esta variedad, uno sobre cuatro), vemos la temperatura descender casi á lo normal, y en muchos casos el enfermo cura sin otro accidente.

Pero ésto desgraciadamente no sucede siempre, y al contrario se ve que después del desalojo de la cavidad pleural por punción ó vómica, la temperatura alzarse nuevamente, lo que indica un derrame de nueva producción; si en estas condiciones se practica una segunda punción, el resultado aun puede ser la curación.

Pero si estas alternativas no se modifican después de 3 ó 4 punciones, hay necesariamente

que determinarse á no perder más tiempo y elegir un procedimiento más racional.

La pleuresía en estos casos puede ya haber variado anatómicamente: ó bien el derrame pleural ha seguido siendo grande y por tanto ocupando la gran cavidad pleural, ó bien ha ido disminuyendo en extensión y localizarse hasta constituir su variedad enquistada á pequeña cavidad, casos no muy raros en la variedad de que me ocupo.

En estos casos de pleuresía en neumococus á pequeña cavidad; el tratamiento por la toracotomía con drenage, puede ser suficiente, pues la pleura costal y viceral ya tienen un límite de unión por causa del mismo proceso inflamatorio anterior, y ha convertido la variedad anatómica de pleuresía á gran cavidad en pleuresía á pequeña cavidad.

Como dije anteriormente, el tratamiento usual de drenage simple en estos casos de cavidad pequeña, puede dar resultado y aunque la herida fuera infectada posteriormente por un nuevo organismo patógeno, siempre habría tiempo de hacer una resección costal parcial para suprimir la pequeña cavidad supurante.

Pero ésto no es siempre así. Hay derrames purulentos en neumococus, que después de muchas punciones y sin que medie una asociación

microbiana, se repiten con tenacidad y lo peor del caso es que ocupan como la vez primera el gran espacio pleural.

En estos casos pues, ¿qué otro método puede ser más racional, más restaurador de las funciones fisiológicas pleuro-pulmonares, que el mío? Es para estos casos en que creo mi procedimiento está indicado.

Pleuresías purulentas á streptococus

En esta variedad más temida, ya sea primitiva cosa rara, ya sea secundaria ó consecutiva á una supuración anterior, como erisipela, otitis supurada, bronconeumonía, etc. Las grandes oscilaciones de la temperatura, los sudores, escalofríos y el debilitamiento rápido del enfermo, nos dan la clave de su patogenia; así la fiebre no es como en las pleuresías á neumococus, que después de instalarse entre 39°.5 y 38° ó 38°.5, tiene casi la única variación de un grado. En la pleuresía streptococus es al contrario la gran irregularidad del cuadro térmico, lo que debe de afirmar nuestro diagnóstico, lo que debe marcar nuestro camino para el tratamiento.

A más hay que notar que en esta variedad es muy rara la vómica y no debe hacerse ilusiones en este hecho casual.

El médico que encuentre un enfermo en estas condiciones, no debe vacilar en el tratamiento á seguir, pues bien se sabe que las punciones repetidas, si bien alivian momentáneamente á estos

enfermos, no hacen nada contra la enfermedad misma; no hay pues otro camino que la operación de la toracotomía, operación que los estadísticos europeos llenan de muertos (el 40 por ciento, según Debove) y de la que yo, á pesar de la rigurosa antisepsia, jamás he visto sanarse un sólo enfermo.

En estos casos y apoyado por los éxitos de mi pequeña serie, es donde yo abrigo la esperanza de que mi tratamiento curará muchísimos enfermos y que si la práctica mayor lo confirma, lo hará primar sobre todos los métodos usados hasta hoy.

Otro tanto tengo que agregar sobre las pleuresías purulentas agudas producidas por los stafilococus, por el bacilo de Ebert ó por asociaciones microbianas de los mismos con otros organismos patógenos.

Mi procedimiento de sutura ósea en las resecciones de rodilla

Como apéndice de este trabajo voy á describir un procedimiento de sutura ósea en las reseccio-nes de rodilla; es un punto al que he dedicado un poco de estudio, por estar penetrado de las dificultades que presenta la sustentación del miembro operado.

No es mi intención darlo como un procedimiento modelo, pero únicamente como método que da muchas más seguridades que los usados hasta hoy.

Todos sabemos que cuando hay necesidad de practicar una resección en la rodilla, casi nunca encontramos ésta en condiciones normales, y sí: deformada grandemente, ya sea por artritis tuberculosas allí desenvueltas, casos los más frecuentes, opino: por anquilosis en mala posición del miembro con retracción muscular, casos que son más raros.

En los enfermos de la primera categoría, cuando se determina la operación, la lesión es ya

avanzada y ha invadido una porción bastante regular de las extremidades de la juntura articular. Se comprende que al practicar la operación hay la necesidad forzosa de resecar estas partes enfermas, lo que deja entonces las extremidades á unirse bastantes distantes y su yuxtaposición laboriosa y difícil.

Las curaciones posteriores de un miembro operado en estas condiciones, presentará muchas dificultades, pues todos sabemos que es muy raro encontrar un ayudante bastante hábil para que no imprima al miembro operado movimientos que aunque pocos extensos, son nocivos para la unión de las extremidades resecadas.

En estos mismos enfermos, sucede á veces una cosa peor, cuando se ha resecado mucho hueso y las extremidades quedan muy distantes, aunque el cirujano los haya yuxtapuesto en la curación post-operatoria, sucede á veces que en las curaciones inmediatas sucesivas los fragmentos se desplazan y aunque reducidos nuevamente, la unión no suele ser perfecta por la interposición de un tejido blando cualquiera entre las extremidades á unirse, lo que da como resultado después de muchos trabajos de parte del médico y dolores del paciente, *una rodilla bolotante inútil*; conozco dos casos de esta naturaleza, uno de los cuales se operó nuevamente.

Muchas veces la operación es determinada á causa de una anquilosis en ángulo recto que ha quedado como reliquia de una artitris anterior de causa variable. En estos casos, si bien la cantidad de hueso que se resecará no será extensa, hay el inconveniente de la retracción muscular que forman la V invertida del rombo poplíteo, retracción que obstaculiza mucho la vuelta á la rectitud del miembro enfermo, y aun después de practicada la operación, tiende siempre á convertir la línea recta que se busca, en una línea angular nociva, y ésto puede suceder como lo he visto, aun después de practicada la tenotomía de los músculos de la parte externa-superior del rombo poplíteo.

Aparte de ésto, acontece que los pequeños movimientos que se imprimen al miembro en cada curación, traen un retardo en la consolidación del callo, lo que hace más largo el tratamiento. Por eso creo que una buena sutura metálica es una necesidad en estas operaciones; sin embargo, no me explico el por qué del abandono de este medio de unión que hacen los cirujanos contemporáneos.

No haré la historia de las suturas óseas en esta operación, por creerla de todos conocida, únicamente haré notar que fué un cirujano francés (Desmons) quien las ha introducido nuevamente en la práctica.

El procedimiento que él emplea son dos puntos separados puestos en la parte anterior del miembro, y aunque sujeten bastante, no dificultan mucho los movimientos hacia adelante ó laterales, en el miembro operado.

Hay otro proceder en que la sutura es hecha por medio de un punto simple anterior y otro idem lateral externo ó interno, según convenga. Indudablemente este procedimiento es mejor que el anterior.

El método más positivo es seguramente el de Kocher, que lo practica por medio de dos púas metálicas gruesas que sobresalen de la piel después de colocadas y que deben retirarse quince ó veinte días después de la operación; pero este modo de hacer tiene la desventaja de dejar dos trayectos largos y angostos y fácilmente infectables.

Para suprimir este inconveniente, Langembec propuso las púas de hueso decalsificado, pero en los casos de resección extensa, éstas no sujetan bien por ser muy blandas las partes óseas donde se encajan, y las he visto fracasar últimamente en un hospital de esta ciudad.

El procedimiento que propongo (y que comuniqué al Círculo Médico Argentino en la sesión del 7 de Noviembre de 1895), es el siguiente: El fémur y la tibia, estando seccionados en el sen-

tido oblicuo que se usa y habiéndose comprobado su fácil adaptación después de poner en rectitud el miembro, se vuelve entonces á colocar en ángulo los fragmentos óseos y con un perforador fino se penetra en la parte externa del fémur, á dos y medio centímetros por encima de la superficie seccionada, y en dirección hacia el centro de esta superficie; de aquí, atravesando la tibia, pasa á la parte interna de ésta, para salir á dos y medio centímetros debajo de la superficie de sección; de este punto el hilo es llevado arriba y perforando la parte interna del fémur y á la misma distancia de la línea de sección, extraído á la parte externa de la tibia, en sentido opuesto á la dirección primera y para salir á igual distancia de la superficie de sección. Queda, pues, como lo indican las figuras, una especie de **X**, cerrada por un lado y que sólo falta cerrar del otro.



Fig. I

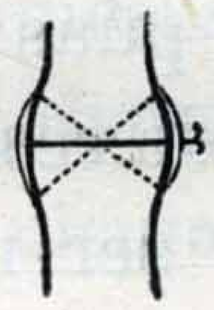


Fig. 2

Colocado el miembro en buena posición, bien unidos los huesos y sujetados por el ayudante, se tiran fuertemente los extremos del hilo, que se tuercen y cortan muy próximos, aplastándolos en seguida.

La **X** cerrada, que así se forma, está constituída por un hilo metálico único, y tiene por consiguiente más unidad de fuerza en su función.

El procedimiento ha sido ensayado en cuatro enfermos, merced á la buena voluntad de mis primeros maestros los doctores Alejandro y Máximo Castro, y posteriormente por los profesores Gandolfo y Palma. Mi reconocimiento á todos ellos. Relataré en seguida esos casos, y se verá que en el curso mismo de la operación, antes de suturar las partes blandas, el miembro puede ser levantado y sacudido sin que las superficies óseas pierdan su fijeza; no es ésta pequeña ventaja, tanto para facilitar la consolidación en buena posición, como para hacer más cómodas las curaciones posteriores.

He ahí las observaciones aludidas.

1er CASO

Sala 2ª, Nº 7.—Celso C., español, 52 años, hijo de padres tuberculosos y antiguo palúdico él mismo.

Fué atacado hace como seis años de una afección aguda de la rodilla, con gran inflamación, abertura espontánea y supuración durante más de un año. Curó al fin, pero con la pierna sin movimiento y flexionada sobre el muslo, en ángulo recto.

Entró al hospital el 27 de Junio de 1894. Examinado por el profesor Castro y constatada la anquilosis en posición viciosa, se resuelve una resección á fin de dejar el miembro en la rectitud.

Operación, el 10 de Julio por el Dr. Máximo Castro.—Se encuentra las sinoviales convertidas en tejido fibroso, se reseca los cóndilos del fémur y el platillo tibial, y se coloca el miembro en la rectitud con mucha dificultad por la retracción de los músculos posteriores del muslo, se hace la tenotonía de algunos. Practícase la sutura ósea en **X** cerrada ya descrita, valiéndose de un hilo de plata grueso.

Posteriormente sólo hubo algunos dolores, debidos probablemente al estiramiento de los músculos. Después de varias curaciones, el 8 de Agosto se coloca un aparato de yeso, el 16 el enfermo se levanta con muletas, el 1° de Setiembre se le saca el aparato enyesado y el 5 es dado de alta, pudiendo marchar muy bien con un bastón y llevando el miembro en la rectitud.

Como se ve, este enfermo se levantó á los 36 días de operado y salió de alta con una anquilosis perfecta á los 56 días.

2º CASO

Sala 2ª, Nº 21.—Enrique P., 15 años, francés, quintero, soltero.

Sin antecedentes de importancia hasta los 7 años, en que después de un golpe empezó á sentir dolores en la rodilla derecha, primero vagos, luego acentuados y seguidos más tarde de hinchazón. Un tiempo de reposo trájole una mejoría que le permitió trabajar aunque la movilidad de la articulación era menor y ésta se hinchaba de tiempo en tiempo.

Hace un año, después de un nuevo golpe, la afección se reagravó y desde hace cuatro meses el enfermo no puede caminar, sino con muletas y con mucha dificultad.

Habiendo el profesor Castro diagnosticado *artritis tuberculosa con luxación de la tibia hacia atrás*, se resolvió una resección que fué practicada por mí el 8 de Diciembre de 1894.

Resecados los cóndilos casi en totalidad, por estar destruídos y con focos tuberculosos, y estirpada la sinovial articular, resequé también el platillo tibial con un sólo foco en la parte interna; se tocó la herida con ácido fénico al 5 % y cloruro de zinc al 10 % y practiqué la sutura en **X**, cerrada con hilo de plata grueso; se suturó la piel sin drenage.

El 10 de Diciembre, es preciso abrir y limpiar la herida y drenarla porque hay un poco de sangre. Curaciones el 13, el 15 y el 20. El 2 de Enero aparato de yeso. El 19, el enfermo se levata con muletas.

El 1º de Febrero es dado de alta, pudiendo marchar muy bien con una anquilosis perfecta.

Como se ve, este enfermo se levantó á los 40 días y salió de alta á los 55 días.

8 meses más tarde, he podido mostrar este enfermo á los doctores Gandolfo y Palma, en muy buenas condiciones.

3er CASO

José M. U., Sala 2ª, Nº 6, 24 años, español, soltero, jornalero.

Afectado de *artritis tuberculosa* de la rodilla derecha desde 1889, ha sufrido muchas intervenciones parciales en diversos hospitales, y en el año 1892 una resección en este mismo servicio. Pero, como la consolidación no se ha hecho bien y la marcha es muy difícil, ingresa nuevamente en Junio de 1895.

El Dr. Gandolfo le practicó una nueva resección y hecha la sutura ósea del modo indicado valiéndose de un hilo de cobre por indicación del Dr. Palma, todo marchaba bien cuando el enfer-

mo fué atacado de una neumonía infecciosa y sucumbió 13 días después de la operación.

En la necropsia pudo constatarse la solidez de la sutura que mantenía los huesos en perfecta posición.

4° CASO

Sala 1ª, N° 22.—Francisco B., italiano, 26 años, soltero, sin profesión.

Afectado desde hace 6 años de *astevartritis tuberculosa de la rodilla izquierda*, con fístulas y flexión de la pierna sobre el muslo.

El profesor Gandolfo practicó una resección el 21 de Octubre de 1895. Se practica la sutura ósea por el procedimiento indicado, pero valiéndose de un hilo de plata un poco fino. En la 3ª curación quizás por los muchos movimientos ó porque el hilo era muy fino, éste se cortó.

Este enfermo salió recién de alta 98 días después.

Querría mencionar otro caso operado por el señor F. Llobet en el hospital Rawson, pero como no sé el resultado que obtuvo, por eso no lo hago.

De este pequeño trabajo hice una comunicación al Círculo Médico Argentino, en la sesión del 7 de Setiembre de 1895 y de los Anales, Tomo XVIII, página 556, saco lo siguiente:

«El Dr. Palma opina que el procedimiento de sutura del señor Vassallo es muy conveniente para obtener una anquilosis sólida. No es otra, sin duda su ventaja, que facilitar la seguridad de la reunión ósea y la fijación del miembro en buena posición, pero no es ella pequeña, desde que por regla general, los resecados deben ser curados muchas veces y sometidos á movimientos que desplazan las superficies en contacto; sólo muy excepcionalmente es posible dejar inmovilizada hasta la curación una articulación resecada.

«Por lo demás, el procedimiento del señor Vassallo, sea hecho con un hilo fuerte de plata ó mejor quizá de cobre, es sumamente simple como ha tenido ocasión de reconocerlo personalmente, etc.»

«El Dr. A. Gutiérrez opina del mismo modo y compara la disposición de los hilos en esta sutura á la de los ligamentos cruzados y laterales que fijan normalmente la articulación de la rodilla, etc. etc.»

Julio de 1896.

BARTOLOMÉ VASSALLO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El tratamiento más racional para las pleuresías purulentas agudas, es el mío.

El procedimiento mejor de sutura ósea en las resecciones de rodilla, es el mío.

Las apendicitis con fenómenos graves, deben operarse todas.

Buenos Aires, Setiembre 7 de 1896.

Quedan nombrados en Comisión para dictaminar respecto de este trabajo los señores: Académico Dr. José T. Baca. — Profesores: Doctores Adalberto Ramaugé y Antonio C. Gandolfo.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Setiembre 29 de 1896.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha por la Comisión encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno D. Bartolomé Vassallo:

« En el local de la Facultad á 29 de Setiembre « de 1896, reunidos los que suscriben, encarga- « dos de dictaminar sobre la admisibilidad de la « tesis presentada por el ex-alumno D. Bartolo- « mé Vassallo y que versa sobre «Mi tratamiento « quirúrgico en las pleuresías purulentas y la

« sutura ósea en las resecciones de la rodilla,
« resolvieron admitirla. Con lo que terminó el
« acto.—Firmados: J. T. Baca, A. Ramaugé,
« S. C. Gandolfo.—Firmado: Zenón Aguilar ».

L. M. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 1° de 1896.

Entréguese al interesado de esta tesis para su impresión, fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Leopoldo Montes de Oca.

L. M. Acuña.
