UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# TRATAMIENTO DE LA Pleuresía Interlobar

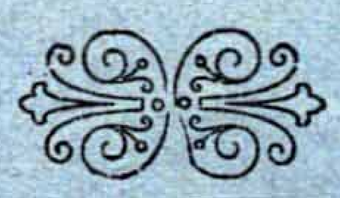
TESIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

ROQUE ARZENO

*Ex-interno por concurso del Hospital Rivadavia*



BUENOS AIRES

IMPRENTA, LITOGRAFIA Y ENCUADERNACIÓN "LA BUENOS AIRES"

MORENO 600, ESQUINA PERÚ

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# TRATAMIENTO

DE LA

# Pleuresía Interlobar

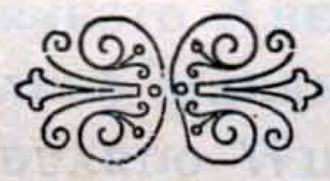
## TESIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

ROQUE ARZENO

*Ex-interno por concurso del Hospital Rivadavia*



BUENOS AIRES

IMPRENTA, LITOGRAFIA Y ENCUADERNACIÓN "LA BUENOS AIRES"

MORENO 600, ESQUINA PERÚ

1900

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tesis.

(Art. 162 del *Reglamento*)

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. Enrique E. del Arca

VICE-DECANO

Doctor D. José T. Baca

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleize
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. Luis M. Acuña

PRO-SECRETARIO

Doctor Don Zenón Aguilar

# ESCUELA DE MEDICINA

| ASIGNATURAS | | CATEDRATICOS TITULARES |
|---|---|---|
| Anatomía Descriptiva | Dr. | *Juan José Naón* |
| Anatomía Topográfica | » | *Juvencio Z. Arce* |
| Histología teórico-práctica | » | *Rodolfo de Gainza* |
| Fisiología General y Humana | » | *Pedro J. Coronado* |
| Patología General y ejercicios clínicos | » | *Roberto Wernicke* |
| Materia Médica y Terapeútica | » | *Justiniano Ledesma* |
| Higiene Pública y Privada | » | *Melitón Gonzalez del Solar* |
| Patología Externa | » | *Obdulio Hernandez* |
| Patología Interna | » | *José Penna* |
| Anatomía Patológica | » | *Telémaco Susini* |
| Bacteriología | » | *Carlos Malbran* |
| 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 M. Ramos Mejia* |
| Enfermedades mentales y su clínica | » | *Domingo Cabred* |
| Enfermedades Génito Urinarias | » | *Federico Texo* |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | *Baldomero Sommer* |
| Clínica quirúrjica | » | *Julian Aguilar*<br>*Antonio C. Gandolfo*<br>*Alejandro Castro* |
| Clínica médica | » | *Gregorio N. Chaves*<br>*Abel Ayerza*<br>*Luis Güemes*<br>*Francisco Sicardi* |
| Laringología, otología, rinología | » | *Eduardo Obejero* |
| Obstetricia y clínica respectiva | » | *Samuel Molina* |
| Medicina legal | » | *Francisco de Veyga* |
| Toxicología | » | *Juan B. Señorans* |
| Quimica aplicada á la medicina | » | *Pedro N. Arata* |
| Física médica | » | *Jaime R. Costa* |
| Zoología médica | » | *Eliseo Cantón* |
| Botánica médica | » | *Martin Spuch* |
| Botánica farmacéutica | » | *Adolfo Mujica* |
| Quimica Analítica | » | *Atanasio Quiroga* |
| Farmacia teórica | » | *Juan A. Boeri* |
| Farmacia práctica | » | *J. Manuel Irizar* |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | *Juan R. Fernandez* |
| Odontología | » | *Nicasio Ectheparebordа* |
| Dentistería operatoria | » | *León Pereira* |

| ASIGNATURAS | | CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS |
|---|---|---|
| Anatomía Descriptiva | Dr. | *Juan D. Piñero*<br>*Joaquín López Figueroa* |
| Anatomía Topográfica | » | *Avelino Gutierrez* |
| Histología teórico-práctica | » | *Samuel de Madrid* |
| Fisiología General y Humana | » | *Horacio G. Piñero*—en ejercicio |
| Patología General y ejercicios clínicos | » | *Gregorio Araoz Alfaro* |
| Materia Médica y Terapéutica | » | *Enrique E. del Arca*<br>*Angel M. Centeno* |
| Higiene Pública y Privada | » | *Enrique Revilla*<br>*Ricardo Schatz* |
| Patología externa | » | *Pascual Palma*<br>*Daniel J. Cranwell* |
| Patología interna | » | *Marcial V. Quiroga* |
| Anatomía Patológica | » | *José Badia* |
| Medicina Operatoria | » | *Nicolás Repetto*<br>*Alfonso Masi* |
| Enfermedades de mujeres y su clínica | » | *Alfredo Lagarde*<br>*José F. Molinari* |
| Enfermedades de niños y su clínica | » | *Antonio F. Piñero*<br>*Facundo Larguia* |
| Enfermedades de los ojos y su clínica | » | *Francisco Barraza*<br>*Teófilo A. Moret* |
| Enfermedades nerviosas y su clínica | » | *José A. Esteves*<br>*José R. Semprum* |
| Enfermedades mentales y su clínica | » | *Benjamin T. Solari* |
| Enfermedades génito-urinarias | » | *Pedro Benedit* |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | *Maximiliano Aberastury*-en ejerc. |
| Clínica quirúrjica | » | *Juan B. Justo*<br>*Diógenes Decoud*<br>*Alejandro Posadas*—en ejercicio |
| Clínica médica | » | *Julio Mendez*<br>*Ignacio Allende*<br>*Patricio Fleming* |
| Laringología, otología, rinología | » | *Ricardo Colón*<br>*Wenceslao Tello*<br>*Eliseo V. Segura* |
| Obstetricia y Clínica respectiva | » | *Luis F. Vila*<br>*Fanor Velarde* |
| Medicina legal | » | *Domingo S. Cavia*<br>..... |
| Toxicología | » | *Juan Alba Carreras*—en ejercicio |
| Química aplicada á la medicina | » | *Francisco P. Lavalle* |
| Física médica | » | *Juan J. Galiano* |
| Zoología médica | » | *Vacante* |
| Botánica médica | » | *Lucio Durañona*—en ejercicio |
| Botánica farmacéutica | » | *Roberto S. Kolbe* |
| Química analítica | » | *Francisco B. Reyes* |
| Farmacia teórica | » | *Juan A. Dominguez*—en ejercicio |
| Farmacia práctica | » | *Miguel Puiggari* |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | *Enrique Pietranera* |
| Odontología | » | *Vacante* |
| Dentistería operatoria | » | *Vacante* |

Á MIS QUERIDOS PADRES

A MIS HERMANOS

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

# Doctor Luis Güemes

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Muchas de las afecciones que pertenecían exclusivamente al dominio de la clínica médica han entrado hoy día con los progresos de la cirujía moderna en una nueva era, permitiendo al operador llevar eficaz remedio allí donde la terapéutica se declaraba vencida.

A este número pertenecen las lesiones supuradas del pulmón y entre ellas muy especialmente la pleuresía interlobar.

Hemos tenido oportunidad de observar varios enfermos de este género los que agregados á las estadísticas publicadas por los autores europeos forman un conjunto digno de especial interés. Es fundado en estas consideraciones que nos hemos resuelto á elegir tan árduo tema para objeto del presente trabajo.

No nos son desconocidas las dificultades con que tropezaremos, y los resultados poco halagüe-

ños que no es dado consignar; no obstante juzgamos contribuir modestamente al conocimiento y al tratamiento de esta enfermedad, confiando que en el porvenir, cuando se llegue á un diagnóstico más fácil y á una intervención más oportuna, se obtendrán mejores éxitos.

Permitidme que desde estas páginas agradezca al distinguido Académico Dr. Luis Güemes que me hace el alto honor de acompañarme en esta prueba; al Director y médicos del Hospital Rivadavia, y á mis maestros en las aulas por las lecciones recibidas. Mi más sincero agradecimiento hácia el profesor Dr. Alejandro Posadas por los importantes datos que ha sabido prestarme para la preparación de esta prueba.

## Pleuresía interlobar

La pleuresía interlobar se desarrolla, y se enquista, entre los dos lóbulos de un pulmón.

Para darse cuenta de la posición que ocupa esta lesión, es necesario describir la anatomía de las cisuras pulmonares. Los dos pulmones están divididos por una cisura, que parte á seis centímetros debajo del vértice, en relación con la estremidad vertebral de la tercera costilla, desciende oblicuamente hacia abajo y hacia afuera, hasta la base del pulmón, estando relacionada en su trayecto según algunos autores, con la quinta y sexta, y según otros, con la sexta y séptima costilla.

Esta gran cisura que llega profundamente hasta el íleo, divide el pulmón izquierdo en dos lóbulos el superior y el inferior.

Al nivel del cuarto espacio intercostal según Rochard, sobre la línea axilar, la gran cisura del pulmón derecho se bifurca, siguiendo un trayecto

oblicuo paralelo á la cuarta costilla. Esta cisura casi horizontal, divide el pulmón derecho en tres lóbulos, el superior, el medio, y el inferior.

Se comprende la importancia capital de la relación, que guarda esta cisura con la pared toráxica, para el diagnóstico y el tratamiento de las pleuresías enquistadas, que se desarrollan al nivel de estas cisuras.

La pleura visceral se refleja al nivel de estas cisuras y tapiza sus diferentes caras hasta el íleo del pulmón.

Al estado normal estas superficies interlobares, comunican anchamente con la gran cavidad pleural, formando una sola cavidad; pero al estado patológico, las dos superficies interlobares, se cierran por la formación de adherencias entre ellas y la gran cavidad pleural, destruyendo de este modo, la comunicación que existía en el estado normal, dando lugar á la formación de una bolsa, donde el líquido se desarrolla.

---

## Etiología

La pleuresia interlobar puede ser primitiva y secundaria. Según Dienlafoy, esta pleuresia la mayoría de las veces es primitiva.

Cuando es consecutiva á una afección pulmonar, se llama secundaria. La afección que más comunmente dá lugar á esta clase de pleuresía, es la neumónia. Cuando evoluciona al mismo tiempo que la neumónia, lleva el nombre de paraneumónica, cuando aparece varios días después, lleva el nombre de metaneumónica.

La influenza, puede determinar también durante su período de evolución ó consecutivamente, pleuresías interlobares. La fiebre puerperal y la tuberculosis, pueden dar lugar, aunque en menor grado, á esta clase de afección.

La causa determinante, es el agente patógeno de la neumónia, de la influenza, el estáfilococus, el estréptococus.

Es innegable que el enfriamiento juega un rol secundario, predisponiendo á esta afección, determinando un locus minoris resistenciæ, que proporciona un terreno favorable al desarrollo de los mi-

croorganismos. Las observaciones que publico confirman estas aserciones.

Pero la razón por la cual esta pleuresía elige precisamente la cisura interlobar del pulmón derecho, y no la gran cavidad pleural, nos es completamente desconocida para las pleuresías interlobares primitivas, pudiendo explicarse más ó menos satisfactoriamente, cuando es consecutiva á un foco de neumónia, desarrollado al nivel de esa parte del pulmón.

## Anatomía Patológica

Esta pleuresía es siempre purulenta. Cuando es primitiva, empieza por producirse una inflamación de la serosa, al nivel de la cisura interlobar. Los exsudados consecutivos á la inflamación de esta serosa, se organizan produciendo adherencias de los dos bordes de la cisura. Una vez cerrados los dos bordes de esta cisura, el líquido que se desarrolla en su interior queda aprisionado, pudiendo alcanzar hasta mil gramos y aun más. Este líquido constituye un buen medio de cultura para los agentes patógenos, principalmente para el estáfilococus

y el estréptococus, que acaban por determinar, la formación de pús, en el interior de la cavidad interlobar.

Una vez formado el pús, se produce la mortificación del tejido pulmonar vecino y su ulceración. Este trabajo de ulceración del tejido pulmonar, puede alcanzar un bronquio y dar salida al contenido de la cavidad al exterior, lo que constituye la vómica.

Las partes vecinas del pulmón, que se encuentran al rededor de este foco de supuración, presentan lesiones inflamatorias crónicas, que determinan la esclerosis del parénquima pulmonar.

La superficie supurante, está recubierta por detritus celulares, glóbulos de pús, leucocitos y restos de tejido elástico en completo estado de putrefacción. El olor del líquido encerrado en la cavidad es muy fétido.

Cuando la pleuresía es secundaria, es por lesiones de vecindad de los focos pulmonares, que la pleura se inflama, constituyendo las mismas lesiones de la pleuresía primitiva.

---

## Sintomatología

La evolución de esta afeccion puede dividirse en tres períodos. El primero corresponde al período congestivo, determinado por la inflamación de la pleura. El segundo período es determinado por la formación del líquido. El tercer período, está constituido por la vómica y sus consecuencias.

El principio de esta enfermedad, se manifiesta bruscamente con puntada de costado, fiebre, tós, díspnea, síntomas comunes á las inflamaciones pleurales. Estos síntomas llevan al clínico al exámen del aparato respiratorio; pero debido á la oscuridad de éstos, no pueden hacer pensar de un modo convincente, de la afección de que se trata.

Las partes de pulmón que rodean al foco inflamatorio, se congestiona, dando lugar á signos pulmonares como ser sub-matitez, soplo y rales. La tós y la díspnea, la falta de expectoración muco purulenta, la puntada de costado, la temperatura elevada, caracterizan este primer período de la pleuresía interlobar.

En el segundo período aparecen síntomas de mayor valor, ya sea por la agravación de los sig-

nos anteriores, ó por la aparición de otros, que no dejan lugar á dudas, por un exámen detenido del enfermo, que el derrame ha aparecido al nivel de la cisura interlobar.

Si el derrame es de 400 á 500 gramos, se percibe á la percusión, una zona de matitez, extendida oblicuamente desde el axila á la parte anterior del tórax, correspondiente á la cisura interlobar; arriba y debajo de esta zona mate, existen partes sonoras.

La cantidad de líquido encerrada en esta cavidad, puede dar lugar cuando es abundante en el lado izquierdo, á la desviación del corazón, llegando á rechazarlo como lo ha observado Dieulafoy, hacia el lado derecho del tórax. Bastan 400 gramos en muchas ocasiones, para dar lugar á la desviación de este órgano, cuando se trata de esta clase de pleuresías, siendo necesario un derrame mucho mayor en los casos en que el líquido ocupa la gran cavidad pleural.

Otro síntoma de mucho valor es la sonoridad del espacio de Traube, que se observa en esta clase de afecciones, pues en la pleuresía de la gran cavidad pleural, este espacio está ocupado.

Un síntoma que aparece en este período de evolución, ante que aparezca la vómica, es la hemóptisis. Estas hemóptisis, se explican por la ulce-

ración del tejido pulmonar, que puede atacar un vaso y dar lugar á una hemorragia consiguiente.

Cuando el púS se ha abierto camino al exterior al través de un bronquio, aparece la vómica que carateriza el tercer período.

Este síntoma que podría llamarse patognómonico, disipa las dudas que se tenían al principio, respecto de la naturaleza del padecimiento en cuestión, puesto que según Potain, este modo de terminación de las pleuresias interlobares es la regla, no sucediendo así en la mayoría de los casos en la pleuresía purulenta de la gran cavidad.

La vómica aparece á los veinte días más ó menos del principio de la afección.

La fetidez de la expectoración muco purulenta que precede á la vómica, puede hacer diagnosticar como dice Dieulafoy, 24 horas antes la producción de una vómica.

Esta fetidez de la expectoración, es debida según este autor á que antes de evacuarse el púS se produce una fisura del parénquima pulmonar, que dá lugar á la salida de gases fétidos.

Un acceso de tós y de díspnea precede la vómica. El púS eliminado por este modo, puede alcanzar á grandes cantidades según las dimensiones del foco purulento.

Una vez evacuado el púS queda una cavidad, que es en parte disminuida, debida á la distensión del pulmón que había sido rechazado por el líquido acumulado en ese punto. Aparecen entonces los signos cavitarios, más ó menos intensos, según las dimensiones de la cavidad purulenta.

Los síntomas generales con la evacuación del púS se aminoran momentáneamente, la díspnea, la tós, y la fiebre, son menos intensas, lo mismo que la fetidez que vá disminuyendo hasta desaparecer casi por completo.

La cavidad disminuye y algunas veces la cicatrización sobreviene, dando lugar á una curación espontánea.

La fístula bronquial es la consecuencia en la mayoría de los casos.

Cuando la vómica tarda en producirse la absorción de los productos sépticos, sino se interviene quirúrgicamente, determina una intoxicación lenta, dando lugar á una fiebre intensa, sudores abundantes, inapetencia, enflaquecimiento, que concluyen por un agotamiento de las fuerzas del enfermo, siendo la muerte la consecuencia de todos estos padecimientos.

La gangrena pulmonar es á veces la consecuencia, de esta afección.

## Diagnóstico

El principio de esta afección es de diagnóstico difícil. La enfermedad sobreviene, como he dicho, bruscamente, con puntada de costado, tós, dísp-nea, y temperatura. Se piensa en la neumónia, en la pleuresía ó en una pleuro-congestión. No existe para ser neumónia el escalofrío único é intenso tan característico de esta afección, los rales crepitantes, el soplo tubario, los esputos herrumbrosos tampoco existen.

Si fuese una pleuresía habría frotes, egofónia, soplo, abolición de las vibraciones y matitez.

Si fuese una pleuro-congestión se oirían frotes, y rales, de ambos lados del pecho.

Pasan algunos días sin poderse establecer un diagnóstico, apareciendo entonces el síntoma que hace pensar en una pleuresía interlobar. Este síntoma es la matitez rodeada de partes sonoras, matitez localizada en el punto de la pleura atacada. Esta matitez no es tan pronunciada como en los casos de pleuresia de la gran cavidad, porque en ésta el líquido está directamente en contacto con la pared, no sucediendo lo mismo con

la pleuresía interlobar en la cual existe una capa de pulmón, formada por la unión de los bordes de la cisura.

Llega el momento de la vómica, entonces se puede confundir con la bronquectasia, la gangrena pulmonar, los abscesos del pulmón, la bronquitis fétida, la caverna tuberculosa.

La bronquectasia dá lugar á vómicas, pero esta es muco perulenta, y se diferencia además por la etiología, la evolución, la apirexia y el estado general.

Con el absceso del pulmón, el diagnóstico diferencial es muy difícil, aún en el momento de la operación, sin embargo la vómica de la pleuresia interlobar es más tardía, más abundante, y más prolongada, ella deja signos cavitarios más extendidos, en fin es más frecuente que la del absceso del pulmón.

El quiste hidático supurado del pulmón dá también lugar á una vómica, en la mayoría de los casos, cuyo signo principal está en la eliminación conjuntamente de púS, de membranas ó vesículas de hidátides, que al exámen microscópico pueden demostrar la presencia de ganchos.

Entre otras afecciones que pueden producir la vómica están los abscesos del hígado, del baso

y del riñón. En efecto estos abscesos, pueden abrirse en un bronquio y dar lugar á la salida de su contenido de esta manera. Antes de que se produzca la vómica, existe un largo período cuyo diagnóstico es difícil, y está caracterizado por fenómenos locales de pleuresía de la base, al cual sucede bruscamente la vómica.

La tuberculosis cavitaria provoca verdaderas vómicas. La disposición numular de los esputos, su aspecto puriforme, y la existencia del bacillo de Koch, aclararán el diagnóstico.

Hay que tener en cuenta al exámen del enfermo de investigar los signos físicos, sobre todo de los vértices del pulmón, que pueden quitarnos de la duda.

La gangrena pulmonar puede ser la consecuencia, como hemos dicho de la pleuresía interlobar; pero ésta se diferencia de aquella en que la expectoración es menos fétida.

Otro punto de diagnóstico muy difícil, que tiene su importancia para el pronóstico en los casos operables, es saber si las pleuras están adherentes ó nó. Si existen adherencias pueden hacerse mejor pronòstico operatorio, puesto que desde ya pueden eliminarse dos complicaciones, cuando se interviene quirúrgicamente, que son el neumotórax y la infección pleural.

Hay algunos signos clínicos que permiten pensar en una sínfisis pleural, entre ellos las pleuresías anteriores, la marcha aguda de la afección ó su larga duración, la depresión de los espacios íntercostales durante la inspiración, y el dolor localizado en un punto fijo. A pesar de todo, la mayor parte de las veces, el diagnóstico es imposible.

Sin embargo en la mayoría de los casos estas adherencias no faltan, puesto que Tuffier, presenta 245 operaciones de pulmón, en las que se encontró 190 pleuras adherentes.

La punción exploradora que en la pleuresía de la gran cavidad pleural, es de gran valor para cerciorarse de la presencia y de la situación del pús, no es de gran importancia en la pleuresía interlobar, puesto que la profundidad del foco, y su pequeña extensión no permiten llegar sobre el punto preciso de la lesión.

La radiografía puede contribuir para el diagnòstico de esta afección.

---

## Pronóstico

El pronóstico de la pleuresía interlobar debe ser reservado; puesto que si bien hay casos que pueden terminar por la cicatrización de la cavidad, después de la vómica, y por consiguiente pueden curarse, hay otros en que la enfermedad sigue progresando, el enfermo está expuesto á una intoxicación lenta y á las demás complicaciones terminando la mayoría de las veces por la muerte sino se interviene quirúrgicamente.

El pronóstico operatorio, depende de la forma de la lesión, la mayoría de los casos operados en el período agudo curaron, no sucediendo así con los casos crónicos, que estaban expuestos desde largo tiempo á una supuración interminable.

Tuffier presenta 49 casos de abscesos del pulmón, en el cual están incluidos un buen número de pleuresías interlobares, seis de ellos tratados por punciones, obteniéndose cuatro curaciones y dos muertes, 43 casos en los cuales se procedió á la neumotomía obteniéndose treinta y tres curaciones y diez muertes.

Es indiscutible que cuando se diagnóstica pre-

cozmente esta afección, y se interviene prontamente sin esperar que el enfermo esté agotado por la fiebre, y los sudores, el pronóstico debe ser mucho más favorable.

## Tratamiento

El tratamiento médico en vista del mal resultado que dá, ha sido eliminado, recurriéndose actualmente al tratamiento quirúrgico.

La 1ra cuestión que se presenta es la siguiente: ¿cuál es el sitio de la lesión, y cuál debe ser la elección del procedimiento operatorio?

Delageniere piensa que es casi siempre ventajoso comenzar por resecar la octava, sèptima, y sexta costilla y asegurar de este modo el drenage, creando una brecha que permite explorar la cara externa del pulmón, y que generalmente no se aleja de la colección purulenta, tendiendo de este modo á aproximarse á la base del pulmón. E. Rochard aconseja de tomar por guía, la cisura oblicua, deslizando la mano en esta para darse mejor cuenta del sitio de la lesión.

Quincke divide bajo este punto de vista las cavidades pulmonares en dos grandes clases.

1ra las que están colocadas en la parte superior que no curan espontáneamente á causa de la rigidez de las paredes; 2da las que están colocadas en la parte ínferior que no curan porque se vacian mal en los bronquios.

Las 1ra son muy raras, las 2da son más frecuentes, y este autor propone atacar la pared costal hacia atrás y abajo del angulo inferior del omáplato, siendo éste el punto de elección cada vez que se vacile sobre el sitio de la lesión.

Cualquiera que sean estas diversas tendencias personales; es menester admitir que la elección de la región operatoria deberá ser determinada por el sitio de la lesión, siendo toda la dificultad en determinar esta última.

Si los signos físicos que hemos descritos al tratar de la sintomatología de esta enfermedad, no bastan para establecer el punto de la lesión, se deberá recurrir á la punción exploradora.

Esta punción muchas veces no dá resultado, pudiendo por otra parte traer graves inconvenientes si las hojas pleurales no están adherentes, pudiendo determinar una pleuresía purulenta de la gran cavidad pleural por el derrame de pús en esta serosa.

Existen otros procedimiento de exploración en-

tre ellos el de Tuffier, el de Bazy y el de Delageniere.

*Tuffier* explora facilmente la superficie pulmonar sin abrir la pleura, desprendiendo la parte externa de la hoja parietal. El manual operativo es el siguiente: reseca una sola costilla sobre una longitud de un centímetro, que permite desprender la pleura alrededor de la herida, en una buena extensión. Una vez disecada la pleura parietal el parenquima pulmonar es explorado obteniendo el resultado que el se proponía.

*Bazy* prefiere el exámen directo, hecho después de haber abierto la serosa. Hace una pequeña incisión á la pleura, introduce el índice bastante rapidamente, para evitar en lo posible la entrada del aire, rodeando al mismo tiempo su dedo por medio de gazas asépticas. Conjurado de este modo este inconveniente, explora la pleura en todos sentidos hacia arriba, abajo, adelante ó atrás. Si el encuentra alguna adherencia ó induración pulmonar que se encuentre al nivel de la herida, entonces ensancha su incisión é interviene en ese punto.

Si las adherencias, ó la induración pulmonar, se hallan muy lejos del sitio de exploración cierra esta primera incisión y transporta el campo ope-

ratorio al nivel del punto donde ha constatado las adherencias, ó las lesiones pulmonares arriba indicadas.

*Delageniere* practica una pleurotomía exploradora en el punto más declive de la cavidad pleural es decir en el seno costo-diafragmático, preconizando que esta incisión se haga bastante grande para dar entrada á la mano.

Tres casos pueden presentarse: 1º la cavidad pleural está en comunicación directa con el tejido pulmonar; 2º el pulmón y la pleura adhieren sin comunicar; y 3º el pulmón está libre en la cavidad pleural.

Si se encuentra en la pleura detritus pulmonares, y si existen adherencias, se debe pensar en una cavidad pulmonar abierta en la pleura.

Al contrario la ausencia de derrame pleural, coincidiendo con la presencia de adherencias localizadas y sólidas deberán hacer pensar en una lesión cortical situándose en el sitio mismo de las adherencias.

En fin una lesión central ó no inflamatoria tal como un quiste hidático no dará lugar á ninguna adherencia; en este caso á la abertura del tórax el pulmón desaparecerá; siendo menester tomarlo con una pinza, llevarlo á la herida toráxica y fijarlo por punto de sutura á la pleura parietal.

Una vez que se ha dado cuenta del sitio de la lesión ya sea por los signos físicos, ya sea por los procedimientos exploradores que acabo de describir, se hace la incisión cutánea. La forma de la incisión varía con los autores, Berger ha preconizado la incisión en T derecha ó invertida. L Bouilly la incisión en U. Trelat prefiere la incisión en forma de H, en fin la incisión en L es la que permite según Boeckel, las resecciones más fáciles. Pero el más usado de todos es el colgajo en U.

El colgajo se tendrá cuidado de hacerlo lo más espeso posible rasando el hueso, para que los tejidos queden más fácilmente alimentados.

El número de costillas resecadas dependerá de la extensión de la lesión, tanto más extendida es ésta, tanto más vasta debe ser la resección. Thiriar decía en el congreso de 1888, vale más resecar dos costillas demás que una de menos.

Una vez desperiostadas las costillas se practica la sección de estas, para ello se pueden emplear diversos procedimientos. Berger secciona la costilla en su parte media, luego toma cada uno de los fragmentos, los levanta, los libra rasando su cara profunda y los vuelve á seccionar.

Delorme levanta un colgajo toráxico comprendiendo á la vez las partes blandas y las costillas.

La base de este colgajo es postero superior. Para trazarlo se va ligando las arterias intercostales, seccionando las costillas y resecándolas en una corta extensión hacia atrás, pero sin interesar la piel y las partes blandas subyacentes.

El colgajo así formado se levanta como la hoja de un libro y puede después de la operación volver á su sitio y obturar perfectamente la brecha abierta.

Una vez hecha la resección de las costillas aparece la pleura parietal, empezando algunos cirujanos por explorar si esta pleura es adherente ó no.

Hay varios procedimientos para buscar las adherencias, uno de ellos ya antiguo señalado por Fenger, Riedinger, Reclus, que consiste en introducir una aguja en el parénquima pulmonar; si no existen adherencias esta aguja presentaría oscilaciones; quedaría inmóvil en los casos que las dos hojas pleurales estuviesen adheridas. Rochard en sus experiencias de respiración cadavérica, hace notar que las cisuras pulmonares no parecen cambiar de posición por relación á las costillas; el alfiler no daría pues resultado según este autor. Quincke insiste también sobre los errores que le ha hecho cometer este procedimiento.

Sapiejko propone otro procedimiento. El hace

una punción con una aguja tubular provista de uno ó de dos orificios laterales. Esta aguja está en comunicación con un tubo de vidrio encorvado, lleno de líquido esterilizado, que juega el rol de manómetro. Si no hubiese adherencias bajo la influencia del vacio pleural, el nivel del liquido descendería. El nivel quedaría el mismo en el caso de adherencias.

La constatación de las adherencias tiene importancia para los cirujanos que hacen la neumotomía en varias veces y en particular, para los que buscan á determinar adherencias por medio de los cáusticos. No sucede lo mismo para los cirujanos que en el caso que existan ó no existan prefieren continuar la intervención. Poco les importa también á los cirujanos que suturan las hojas pleurales y acaban la operación en la misma sección.

*Procedimientos para crear adherencias.* El empleo de las sustancias cáusticas es un procedimiento antiguo, actualmente empleado por muy pocos cirujanos, entre ellos Quincke que obra en todos los casos como si las edherencias no existieran.

Quincke hace un colgajo de partes blandas hasta los músculos intercostales, y aplica enseguida

rollos de pasta clorato de zinc sobre los espacios intercostales varias veces. La pleuresía fibrinosa que se produce entonces es diagnosticada por la auscultación. Al cabo de varias semanas reseca las costillas. Este autor ha empleado este procedimiento quince veces haciendo algunas modificaciones, como por ejemplo reemplazar el clorato de zinc por compresas empapadas en cloruro de zinc con buenos resultados.

Se ha buscado de determinar adherencias por procedimientos menos largos y menos dolorosos.

Se han ensayado las aplicaciones de tintura de yodo. Neuber, después de haber descubierto la pleura parietal taponaba la herida con gaza iodoformada y constataba al cabo de seis á nueve días una pleuresía adherente.

Cereuville, Godlee, Laache, con la idea de crear una irritación inflamatoria, practicaban una sutura de las hojas pleurales alrededor del campo operatorio, ellos dejaban pasar un tiempo para que esta inflamación se produjese.

Roux practica también una sutura periférica de las hojas pleurales; pero él considera esta sutura como suficiente para proteger la serosa y continuar la intervención. Esta sutura seroserosa primitiva ha sido tentada de nuevo por varios ciru-

janos entre otros por Quenú quien concluye de su experiencia personal que ella no es posible que si las hojas pleurales son espesadas y esclerosadas. Para facilitar esta sutura es conveniente, tomar con la hoja parietal el músculo intercostal, con la hoja visceral el parénquima pulmonar.

Con el procedimiento de Roux, aparece el método rápido, la neumotomia en una sola sección, que presenta las mayores ventajas, por su rapidez y por sus resultados.

Delageniere ha simplificado aun más este procedimiento suprimiendo las suturas.

Se puede se pregunta Tuffier, abrir anchamente la hoja pleuro parietal; determinar un neumotórax explorar la serosa y el pulmón, é ir á buscar la lesión?

La maniobra es simple y fácil pero las consecuencias son diferentes según que el neumotórax así provocado es total ó parcial, según que no exista ninguna adherencia entre el pulmón y la pleura parietal, ó que las adherencias se situén á una distancia más ó menos alejada de la incisión.

Tuffier cita ocho abservaciones de neumotórax total en el curso de intervenciones pulmonares, de las cuales dos muertes rápidas.

La mejor conducta según Tuffier á observar cuando sobreviene esta complicación es de tomar rapidamente el pulmón retraido, de llevarlo á la herida toráxica y fijarlo. Según este mismo autor se podrá aprovechar de este accidente para explorar la superficie pulmonar, buscar á sentir una induración, y buscar de preferencia como punto de fijación á la pared toráxica la región correspondiente al foco mórbido.

Por medio de esta fijación se atenuan los accidentes asfíxicos, se disminuye la ansiedad respiratoria, se eleva la tensión arterial, y se regulariza el pulso.

El temor del neumotórax no es para ciertos cirujanos suficiente, para rechazar el método que consiste en intervenir sobre el pulmón, sin practicar ninguna sutura de la pleura y se fundan, en que el neumotòrax total no puede producirse más que cuando no existe ninguna adherencia pleural ni aun alejada, pero esto es una rareza, cuando el pulmón presenta una lesión bastante grave, para determinar una intervención.

Tuffier reconoce la frecuencia de las adherencias y dice que es á ella que los operadores que han abierto ampliamente la pleura deben su éxito.

Pero no hay que tener en cuenta solamente

el neumotórax sino la naturaleza del contenido de la cavidad que se propone abrir; que siendo casi siempre purulento en esta clase de pleuresías, está indicado antes de abrir la cavidad hacer una sutura prévia de las hojas pleurales.

Hay dos procedimientos para seccionar el parénquima pulmonar uno rápido y otro lento de Quincke.

El procedimiento lento, consiste después de haber hecho punciones exploratrices en diferentes direcciones en introducir la punta del termo-cauterio en el trayecto de las punciones positivas; estas las reune algunos días màs tarde con el cuchillo del termo-cauterio. El obtiene de este modo para dar salida al pús, nó una ámplia abertura sino un trayecto estrecho y profundo, por el cual el absceso se vacía mal, y mantiene abierta los días siguientes esta abertura ya sea cauterizando de nuevo ya sea colocando laminarias.

El procedimiento anterior ha sido abandonado, los resultados operatorios siendo mejores cuanto más pronto se concluya la operación; recurriéndose actualmente al procedimiento rápido que consiste en incindir el parénquima pulmonar que envuelve la colección ya sea con el bisturí ó el termo-cauterio.

La naturaleza de los tejidos á incindir hará preferir uno ú otro de estos dos procedimientos. Si se trata de un tejido duro, resistente poco vascular es el bisturì que se prefiere. Pero si el tejido pulmonar es elástico, vascular, entonces se empleará el termo-cauterio.

Una vez abierta la colección y evacuado el púis es conveniente no lavar la cavidad interlobar, porque la mayoría de las veces está en comunicación con un bronquio.

Se limpia la bolsa por medio de tapones ó gaza, se levantará así una parte de los tejidos esfacelados que no se pueden eliminar por el drenage, aumentando la sospecha de una pronta curación.

El drenage se hace generalmente con gaza ó con tubos de vidrio. Es peligroso dejar largo tiempo en la misma posición el drenage por las hemorragias que puede determinar por la ulceración de los vasos, de donde la necesidad de modificar de tiempo en tiempo la situación del drenage.

*Complicaciones.* Las complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de esta operación, son: el neumotórax operatorio el cuál puede ser debido á la entrada del aire exterior como en toda toracotomía, pudiendo producirse también cuando la cavidad comunica con un bronquio.

Otra complicación es la infección posible de la pleura, se la prevendrá sea protegiéndola por suturas, sea por el drenage.

La hemorragia es otra complicación que puede sobrevenir, puede ser inmediata ó secundaria: las inmediatas provienen de la pared en cuyo caso se pueden detener por medio de pinzas; cuando son de origen parenquimatoso los medios usados para detenerlas son el termo-cauterio ó el taponamiento.

En cuanto á las hemorragias secundarias, debidas lo más amenudo á la ulceración de los vasos, se las podrá evitar haciendo que los drenages y las mechas de gaza no queden largo tiempo en el mismo sitio.

La díspnea es otra complicación que puede ser debida á una influencia nerviosa, á una toracoplastia extendida, á un neumòtorax.

Lo más frecuente de las complicaciones que se tiene ocasión de constatar, es la persistencia de una fístula.

---

## Procedimiento Delageniere

En todos los procedimientos practicados hasta ahora el drenage no se hace en el punto declive; debajo del drenage queda el fondo de saco costo-diafragmático en donde puede acumularse el pús. Si se quiere impedir que el pús resida en ese punto, es conveniente según Delageniere, hacer la resección más abajo de lo que se hace y colocar el drenage en el fondo de saco costo pleural. Entonces no solamente se obtendrá un drenage útil, sinó se habrá destruido al mismo tiempo el fondo de saco mismo.

La línea de elección para trazar el colgajo se obtiene buscando los tres reparos siguientes: el borde axilar del omóplato, el ángulo del omóplato, y la octava costilla.—Se trazará la primera incisión sobre la octava costilla, esta incisión que es horizontal comienza hacia atrás en el encuentro de la línea axilar posterior con esta costilla, y se prolongará hacia adelante hasta el punto donde la costilla remonta hacia el esternón. Las otras dos incisiones que son ascendentes parten de las extremidades de esta y se dirigen la una siguiendo

la línea axilar posterior, la otra paralelamente á ésta. La longitud de estas dos incisiones ascendentes varía con la importancia del colgajo que se quiere levantar. tienen en término medio de 6 á 8 centímetros, pudiéndose prolongar si es necesario en el curso de la operación.

Se destaca entonces rasando las costillas el colgajo en U así delimitado; apareciendo la octava, séptima y sexta costilla. Se comienza á resecar la octava costilla y para ello tan atrás como sea posible, se incinde el periostio se le diseca con la legra, en una pequeña extensión y se corta la costilla con el costótomo.

Con una pinza se toma entonces el fragmento anterior en el punto de la sección; se lo levanta por torsión, la costilla cede al nivel de su cartílago. Se procede lo mismo para las otras costillas.

Hecho ésto, se abre la pleura en el punto declive al nivel de la octava costilla se hace una incisión ancha de manera que permita la introducción de la mano que explora fácilmente el interior.

Esta ancha incisión permitirá colocar el drenage en el punto más favorable, en el fondo de saco costo-diafragmático, alrededor del drenage serán suturadas la pleura y las partes blandas, en fin superficialmente la piel.

Pero este procedimiento no está siempre indicado. Si existen adherencias entre las hojas parietal y visceral á la altura de la cisura, ellas deben bastar para proteger el resto de la pleura siendo por consiguiente inútil de drenar ésta. Si las adherencias son más extendidas todavía y descienden hasta el fondo de saco costo-diafragmático, es inútil de destruirlo puesto que se ha obliterado el mismo.

El enfermo de la observación número 2 ha sido tratado por este procedimiento con mal resultado.

## Procedimiento de Rochard

Rochard dice que es posible penetrar en la colección sin incindir el parénquima pulmonar, para eso bastaría practicar una resección costal al nivel de la cisura interlobar. Las relaciones que guardan estas cisuras con la pared toráxica bastan para determinar la región que es menester elegir para descubrir las cisuras interlobares.

Es sobre la parte ánterolateral del tórax que se debe intervenir según Rochard.

Cuando se desea intervenir sobre una cisura oblícua se hace la incisión al nivel de la sexta costilla, comienza á seis centímetros de la línea media y va hasta el borde axilar del omóplato, midiendo así 12 á 14 centímetros de longitud, respondiendo el media, de esta incisión á la línea axilar media, lugar de elección para explorar las cisuras.

La forma de la incisión puede ser en T ó en H, se pone así al descubierto las sexta y quinta costillas, resecándose de cada una 10 á 12 centímetros.

En cuanto á la pleura parietal se le hace una incisión en H. Si hay adherencias dice Rochard se podrán desgarrar fácilmente. Siguiendo la cisura se empezará por medio de un instrumento romo á desunir los dos lóbulos pulmonares, y bien pronto los dedos se abrirán un pasaje fácil en la cisura, desgarrando las adherencias y separando las dos caras del pulmón. Si al contrario se constatase la ausencia de adherencias de las dos hojas pleural y visceral se hará la sutura arriba y abajo de la cisura, cerrándose de este modo la cavidad pleural antes de abrir la pleura interlobar.

El procedimiento para una pleuresía interlobar de la cisura horizontal sería análogo al precedente,

salvo la incisión que se hará al nivel del borde inferior de la cuarta costilla.

Este procedimiento ha sido atacado por la mayoría de los autores oponiéndole un gran número de desventajas, siendo una de las más importantes la dificultad del diagnóstico de esta afección, además de los peligros que pueden producirse al querer desprender las adherencias, y de la posibilidad de no encontrar las cisuras, puesto que no siempre la relación que guardan las cisuras al estado normal, es igual al estado patológico.

## Conclusiones

La pleuresía interlobar primitiva, se confunde en su principio con la pleuresía de la gran cavidad.

La aparición de la zona de matitez característica, y la vómica, son los signos que hacen diferenciar estas dos afecciones.

Que la pleuresía interlobar secundaria, es consecutiva generalmente á la neumónia.

Que esta afección, puede curarse expontáneamente después de la vómica, por la cicatrización de la cavidad purulenta.

Que la mayoría de las veces, esta curación no tiene lugar siendo la fístula bronquial, la complicación más frecuente de la pleuresía interlobar.

Que esta complicación trae el agotamiento de los enfermos, y la muerte al poco tiempo.

Que es de suma importancia descubrir la pleuresía interlobar en su principio, antes que la vómica se haya producido, pues de ese modo hay mucho más probabilidades que la intervención sea eficaz.

Que apenas descubierto el foco purulento, hay que intervenir inmediatamente.

Que el procedimiento que hay que seguir es aquel que consiste, en llegar al foco purulento, por el más corto camino.

Que los resultados operatorios son bastante satisfactorios en los casos que se interviene precozmente, no sucediendo lo mismo en los casos que la intervención es tardía, y las razones de estos fracasos, es la pésima condición en que se presentan estos enfermos al cirujano.

---

Que la mayoría de las veces, esta curación no tiene lugar siendo la fístula bronquial la complicación más frecuente de la pleuresía interlobar.

Que esta complicación trae el agotamiento de los enfermos y la muerte al poco tiempo.

Que es de suma importancia descubrir la pleuresía interlobar en su principio, antes que la vómica se haya producido, pues de ese modo hay mucho más probabilidades que la intervención sea eficaz.

Que apenas descubierto el foco purulento, hay que intervenir inmediatamente.

Que el procedimiento que hay que seguir es aquel que consiste, en llegar al foco purulento, por el más corto camino.

Que los resultados operatorios son bastante satisfactorios en los casos que se interviene precozmente, no sucediendo lo mismo en los casos que la intervención es tardía, y las razones de estos fracasos, es la pésima condición en que se presentan estos enfermos al cirujano.

Que la pleuresía interlobar es una de las enfermedades raras de la infancia.

Que la pleuresía interlobar es secundaria generalmente a la bronquitis.

Que esta afección, puede curarse espontáneamente después de la vómica por la cicatrización de la cavidad purulenta.

## OBSERVACIÓN I

### Pleuresía interlobar tratada por la abertura de la cavidad y el drenage

(Operador Dr. Posadas)

Y. A. 43 años de edad, francés, comerciante, con antecedentes hereditarios é individuales sin importancia.

La enfermedad empezó hace cinco meses y ocho días. No habiendo padecido anteriormente, que de una ligera tós seca.

Fue sorprendido una noche, por una brusca é intensa puntada en la parte anterior del pecho, del lado derecho, al nivel del cuarto espacio intercostal, con irradiación hacia abajo de la axila del mismo lado, díspnea intensa, tós frecuente y seca en su principio, acompañándose á los pocos días, de expectoración muco-purulenta y estriada con sangre. Sigue en estas condiciones hasta un mes aproximadamente, en que le viene una vómica, expulsando en el término de tres á cuatro

horas, media palangana de materia purulenta con olor fétido.

Aunque la fatiga ha disminuido un tanto, ella se produce siempre que el enfermo ejecuta algún movimiento.

Hace tres meses, que está con fiebre, con escalofríos vespertinos de corta duración y de poca intensidad, sudores nocturnos no muy copiosos, cefalalgia, malestar general, dolores en el tórax del lado derecho, enflaquecimiento notable, etc.

*Estado actual.* Hombre de buena constitución, con un esqueleto muy bien desarrollado. Buenos diámetros toráxicos. Tipo respiratorio costo abdominal, con mayor escursión del lado izquierdo.

*Aparato respiratorio.* Lado derecho vibraciones disminuidas, en una línea en forma de creciente, que va desde la espina del omóplato hacia la parte externa de la fosa infraclavicular. En la línea axilar, la falta de vibraciones se extiende hasta confundirse con la región hepática.

En la misma zona donde las vibraciones están disminuidas, existe una matitez. La base del pulmón está libre. A la auscultación de esta zona hay carencia del murmullo vesicular, se percibe con trabajo un ligero soplo expiratorio, suave y lejano, sin timbre especial.

El lado izquierdo está normal, salvo un ligero refuerzo del murmullo vesicular.

*Exámen del esputo.* Expectoración abundante muco-purulenta, de olor fuerte y repugnante, al microscopio, se notan numerosos glóbulos de pús, cèlulas epiteliales planas, y numerosos neumococus.

*Operación*—Previa desinfección del enfermo, se hace una incisión en U, comprendiendo todas las partes blandas, al nivel del ángulo inferior del omóplato.

Levantado el colgajo, se desperiostan las dos costillas subyacentes y se resecan. Aparece la pleura parietal que por su espesor parece adherida al pulmón. Con el termo-cauterio, se incinde esta pleura parietal, donde la punción esploradora nos ha demostrado la presencia del pús, y se cae en una cavidad del tamaño de un puño, llena de un pús fétido, que está en relación con la cisura interlobar. Se dá salida al pús, limpiándose con gaza seca. Se sutura parte del colgajo, y se deja un espacio en comunicación con la cavidad, donde se coloca un drenage de vídrio. Se hace una curación bien algodonada, y enlos días subsiguientes se continúan estas curaciones.

El estado del enfermo en los primeros días es

satisfactorio, puesto que la espectoración ha disminuido, lo mismo que su fetidez, y el estado general del enfermo ha mejorado.

Esta mejoría transitoria es sorprendida por una complicación, que le sobreviene á los cinco días de operado, notándose en el enfermo una depresión notable del pulso, y un estado de estupor, que hace temer una complicación del lado del cerebro. Se hacen inyecciones de cafeina, pero el enfermo sigue agravándose hasta que muere á los diez días en estado de coma.

A la autopsia se constata, además de las lesiones pulmonares, un absceso cerebral, consecutivo á una embolia séptica, desprendida de las paredes supurantes.

---

## OBSERVACIÓN II

### Pleuresía interlobar tratada por el drenage del seno costo-diafragmático

(Operador Dr. Posadas)

*Procedimiento Delageniere*

N. N. 25 años de edad, argentino, soltero, con antecedentes hereditarios de tuberculosis pulmonar.

No ha tenido enfermedad ninguna que esté en relación con el padecimiento actual.

Toma parte en las maniobras militares de la Guardia Nacional en Currumalán. Al cabo de un mes de residir allí, en ocasión de mojaduras contínuas, le sobreviene bruscamente, díspnea intensa, puntada de costado, tós seca y contínua.

Como estos síntomas siguiesen agravándose, regresa á la ciudad á los 15 días de haber empezado su enfermedad.

La puntada de costado ha ido desapareciendo

durante este intérvalo, pero no así la tós ni la dísp-nea. Esta tós es acompañada de expectoración muco-purulenta abundante, que ha ido aparecien-do gradualmente.

En este estado fué examinado por varios mé-dicos distinguidos y sometido á un tratamiento médico no obteniéndose resultado ninguno. Cuan-do fué examinado por el Doctor Posadas, había enflaquecido mucho, tenía tós constante, insom-nio, anorexia, fiebre y sudores profusos nocturnos.

La expectoración muco-porulenta, abundante y fétida, y los signos físicos del lado del tórax, llevan á un diagnóstico de pleuresía interlobar derécha.

Las punciones exploradoras de la pleura y del pulmón, son negativas.

Se decide por las razones anteriormente ex-puestas, á operarse el enfermo.

*Operación*—Resección de la octava y novena costilla en la línea axilar, abertura de la pleura que contiene un líquido citrino abundante.

La mano constata que el pulmón se halla profun-damente retraído, y no adherente á la pared cos-tal. Es imposible tener por la palpación, ni por la inspección, nociones claras de la posición y al-teraciones del órgano.

La respiración es difícil y superficial. Se deja la pleura abierta, y se drena el fondo de saco costo diafragmático.

A los dos días vómica de dos litros de púS y muerte en collapsus. No se hizo autopsia.

## OBSERVACIÓN III

### Pleuresía Interlobar con vómica y gangrena del pulmón tratada por la abertura de la cavidad y el drenage

(Operador Dr. Posadas)

N. N. de 45 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia.

Hace 15 años, ha tenido una infección sifilítica.

Con motivo de una mojadura y de un trabajo excesivo, le sobreviene una influenza con chuchos, temperatura y malestar general.

A los diez días de este padecimiento es atacado de una puntada de costado debajo del mamelón derecho que dura dos días—sin mayores consecuencias.

Convaleciente de esta enfermedad, á las dos semanas le sobreviene bruscamente una vómica de medio litro de pús.

Después de esta vómica, durante seis meses la expectoración muco-purulenta sigue abundante, (600 gramos en 24 horas) adquiriendo un fuerte

olor gangrenoso. Toce constantemente, y de cuando en cuando es atacado de verdaderos accesos quintosos. Tiene insomnio, sudores profusos, temperatura elevada que traen un agotamiento extremo.

Los signos físicos del lado del tórax inducen al diagnóstico de una cavidad, en relación con la 4ª y 5ª costilla del lado derecho sobre la línea mamilar.

La percusión es dolorosa, existiendo además un dolor espontáneo en ese punto.

Los signos que da la auscultación, contribuyen al diagnóstico anterior.

En estas condiciones el enfermo es operado.

*Operación*—Se le hace una toracoplastia temporaria anterior, comprendiendo la tercera y cuarta costilla.

Levantado el colgajo en U, y abierta la pleura espesa y cartiloginosa á ese nivel, se cae en una cavidad, como de un huevo de avestruz, llena de putrílago gangrenoso en el seno del pulmón esclerosado y adherente á la pared. Después de dar salida al contenido de esta cavidad, se drena con gaza, y se hace una curación algodonada. Durante los tres días siguientes de la operación; la expectoración, el olor gangrenoso de los esputos, y la tós han desaparecido notablemente.

Esta mejoría transitoria, es sorprendida por una complicación, que le sobreviene á los ocho días de operado. Examinado el enfermo presenta signos de afasia y agrafia, estupor, pulso pequeño é intermitente, decayendo notablemente, el estado general del enfermo. Aunque los signos de la afasia y agrafia, presenten una leve mejoría, el pulso del enfermo sigue cada vez más pequeño, á pesar de las inyecciones de cafeina y de eter, el enfermo muere en estas condiciones de una probable complicación cerebral á los doce días de operado. No se practicó autopsia.

---

Agosto 28 de 1900.

Nómbrase á los señores: Académico doctor Gregorio N. Chaves, profesor titular doctor Alejandro Castro, y profesor suplente doctor Ignacio Allende, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad esta tésis.

J. T. Baca.
Luis M. Acuña.

---

Setiembre 6 de 1900.

*Señor Décano:*

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis del señor Roque Arzeno.

En el local de la facultad, á 6 de Setiembre de » 1900. Reunida la comisión que subscribe, en- » cargada de dictaminar respecto de la admisibi- » lidad de la tésis del ex-alumno señor Roque » Arzeno, que versa sobre el «Tratamiento de la

» Pleuresía Interlobar», resolvieron admitirla. Con
» lo que terminó el acto. Firmados Gregorio N.
» Chaves, Alejandro Castro, Ignacio Allende, Zenón
» Aguilar, pro-secretario. »

LUIS M. ACUÑA.

---

Fecha ut supra.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión; fijándose el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.
LUIS M. ACUÑA.

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

I

Tratamiento preventivo de la eclampsía.

---

II

Importancia del pulso para el pronóstico en los tifoideos.

---

III

Inconvenientes de la gastro-histeropexia.

ROQUE ARZENO.