Año 1902 N.º 1283

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES CLÍNICAS

SOBRE LA

PLEURESIA INTERLOBAR

Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE W. COE

BUENOS AIRES

Imprenta y Librería—BOULLOSA—Entre Rios 1275

1902

Año 1902 Nº 1283

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES CLÍNICAS

SOBRE LA

PLEURESIA INTERLOBAR

Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE W. COE

BUENOS AIRES

Imprenta y Librería—BOULLOSA—Entre Ríos 1275

1902

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. - La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
" " Josè T. Baca
" " Rafael Herrera Vegas
" " Jacob de Tezanos Pinto
" " Eufemio Uballes
" " Juan R. Fernández
" " Enrique E. del Arca
" " Pedro N. Arata
" " Manuel Blancas
" " Roberto Wernicke
" " Pedro Lagleyze
" " José Penna
" " Luis Güemes
" " Eliseo Cantón
" " Gregorio N. Chaves

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg
" " Eduardo Wilde
" " Martín Spuch
" " Telémaco Susini
" " Edmundo Nocard
" " Emilio R. Coni
" " Olyntho de Magalhaes

Secretario Titular

Dr. D. Zenón Aguilar

Prosecretario

Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomia descriptiva	„ Juan José Naon
Patología general y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteorología	„ Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	„ Enrique Revilla
Materia médica y terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología externa	„ Obdulio Hernández
Medicina operatoria	„ Adalberto Ramaugé
Clínica ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Ovejero
„ dermatológica y sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ epidemiológica	„ José Penna
„ quirúrgica	„ Julián Aguilar
„ neurológica	„ José M. Ramos Mejía
„ médica	„ Luis Güemes
„ médica	„ Francisco A. Sicardi
Patología interna	„ Marcial V. Qriroga
Clínica oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Medicina legal	„ Francisco de Veyga
Clínica quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica pediátrica	„ Manuel Blancas
„ médica	„ Abel Ayerza
„ genito urinaria (hombre)	„ Federico Texo
„ psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ quirúrgica	(Vacante)
„ obstétrica	„ Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica	Dr. D. J. Greenway (en ej.
Física médica	„ Juan José Galiano
Química médica	„ Francisco B. Reyes
Botánica médica	„ R. S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	„ Francisco P. Lavalle
Hitología teórico-práctica	„ Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	„ Juan D. Piñero
Patología general y ejercicios clínicos	„ G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	„ Avelino Gutiérrez
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero „ Mariano Alurralde
Anatomía patológica	„ José Badia „ Marcelo Viñas
Bacteriología	(Vacante)
Higiene pública y privada	(Vacante)
Materia médica y terapéutica	„ Enrique E. del Arca „ Angel M. Centeno
Medicina operatoria	„ Nicolás Repetto
Clínica ginecológica	„ Alfredo Lagarde „ José F. Molinari
„ oto-rino-laringológica	» Wenceslao Tello „ E. V. Segura
„ dermatológica y sifilográfica	„ M. Aberasturi
Patología externa	„ Pascual Palma „ Daniel J. Cranwell
„ interna	(Vacante)
Clínica oftalmológica	„ Francisco C. Barraza „ Teófilo A. Moret
„ médica	„ Patricio Fleming
„ epidemiológica	„ (Vacante)
„ quirúrgica	„ Juan B. Justo „ Enrique Corbellini
„ neurológica	„ José A. Esteves „ José R. Semprun
„ médica	„ Ricardo Colón
Medicina legal	„ Domingo S. Cavia „ Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	„ Diójenes Decoud „ Alejandro Posadas
„ médica	„ Julio Méndez „ Ignacio Allende
„ obstétrica	„ Fanor Velarde „ Enrique Pardo
Toxicología experimental	„ Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	„ Facundo Larguía „ Antonio F. Piñero
„ médica	(Vacante)
„ genito urinaria (hombres)	„ Pedro Benedit
„ psiquiátrica	„ Benjamin T. Solari
„ quirúgica	(Vacante.
„ obstétrica	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	„ Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal.....	„ Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia.	„ Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)..	„ J. Manuel Irizar
Higiene.....	„ Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica.....	„ Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas.....	„ J. Manuel Irizar

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	
Química inorgánica aplicada.....	(Vacante)
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr. Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.	(Vacante)
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)..	(Vacante)
Higiene.....	(Vacante)
Química analítica y toxicológica	(Vacante)
Ensayo y determinación de drogas.....	(Vacante)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernandez
Parto distócico y clínica obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	M. Z. O'Farrell (en ej.)
Parto distócico y clínica obstétrica.....	(Vacante)

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, fisiología, patología.....	Dr. León Pereira
Cirugia protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal..	„ N. Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomia, fisiologia, patologia.....	(Vacante)
Cirugia protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal....	(Vacante)

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. GREGORIO N. CHAVES

A LA MEMORIA DE LOS MIOS

A MI ESPOSA É HIJO

SEÑORES PROFESORES:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Presentamos á vuestra sabia consideración estas «*Observaciones Clínicas sobre la Pleuresía interlobar y su tratamiento*», fruto de vuestras enseñanzas y de nuestra aplicación en la interpretación de los signos de esta difícil cuan poco conocida enfermedad.

Basándonos en la observación de los libros en que se consignan los enfermos con su diagnóstico en los Hospitales, podemos sin incurrir en grave error, asegurar que muchas enfermedades del aparato respiratorio escapan á la clasificación de *Pleuresía interlobar*, debido sin duda á que su difícil diagnóstico se precisa tarde, cuando ya se ha hecho el diagnóstico de urgencia que requieren las estadísticas.

Hemos tenido la suerte de seguir esta enfermedad paso á paso con la observación personal, para formarnos un criterio porpio en cuanto á su tratamiento quirúrgico.

La cirujía, con sus asombrosas intervenciones, en el caso particular, se lleva la gloria del éxito pero no olvidamos que el Clínico es el guía seguro del Cirujano.

Permítaseme consignar en acto público mi agradecimiento al doctor Gregorio N. Chaves como eminente médico y además por el honor que me hace al apadrinar *esta Tesis.*

Para el distinguidísimo doctor José R. Semprun, mi más reconocida gratitud; al maestro y amigo doctor Andrés F. Llobet, mi sincero afecto; y un cariñoso recuerdo para mis compañeros y amigos los doctores Alejandro Posadas, Zenón Aguilar, Juan Izquierdo Brown y Angel Godoy.

OBSERVACIONES

I

PLEURESIA INTERLOBAR DE LA GRAN CISURA, LADO IZQUIERDO

J. C., de 36 años de edad, casado.

Antecedentes hereditarios— *Madre*: muerta á los pocos días de dar á luz; probablemente una infección puerperal, año 1865.

Padre: Muerto á los 62 años de edad por nefritis, doble lesión cardíaca, reumatismo, hemorroides.

Abuelo paterno: Muerto á los 59 años de edad, operado de cálculos vesicales, falleció en 1864 pocos días después de la operación.

Abuela paterna: Reumatismo poliarticular y gotoso, doble lesión cardíaca, muerta á los 76 años de edad.

Tíos y tías por parte de padre: Algunos reumáticos, otros tuberculosos, todos muertos antes de los 45 años de edad.

Antecedentes individuales — En la infancia sarampión, coquelluche, fiebre tifoidea con complicaciones cerebrales, varicela, y hasta los 14 años sufre de manifestaciones escrofulosas (cicatrices de ganglios supurados del cuello en ambos lados). En 1889 tuvo un último ataque de asma, no recuerda cuantos años antes comenzó á padecer de esta enfermedad. Después de pasar la niñez siempre enfermo no acusa sinó una infección específica el año 1890, de carácter benigno y que trató durante tres años.

Influenza en el año 1892.

Dos años más tarde, el 24 de Mayo, un accidente (explosión) lo pone á las puertas de la muerte y déjale como recuerdo una lesión ocular y una mano mutilada, pero útil.

Infección á genococcus, tuvo varias, sin generalizaciones.

Hay hemorroides.

Recuerda haber recibido un golpe de puño en la espalda pocos días antes de la enfermedad actual.

El día 15 de Septiembre del año ppdo., por la tarde, comienza por toser, con gran dolor (retro-esternal) cada vez que lo hace, espectoración mucofibrinosa bien aireada.

Día 16—Tos y chuchos á la noche.

Día 17—Guarda cama; temperatura 38°5 centígrados; tos más intensa y seguida, siempre penosa y con carácter quintoso. Hay, además, dolores en los miembros inferiores, en la región lumbar, en los globos oculares; *courbature* y cefalalgia.

Día 18—Apirexia; se levanta, tos fuerte, anorexia.

Día 19—De 3 á 4 a. m., acceso de disnea con sibilancia á distancia, después del acceso, tos con espectoración abundante (Asma).

Día 20—De 4 á 5 a. m., otro acceso; temperatura 37°5.

Día 21—De 3 á 4 a. m., otro acceso; temperatura 37°7, 6 p. m.

Día 22—De 4 á 5 a. m., otro acceso; temperatura 38°, 6 p. m.; empieza á notarse pus en la espectoración; se hace un análisis que no acusa baccillus de Koch en los esputos.

Día 23—De 5 á 6 a. m., otro acceso.

Día 24—De 5 á 6 a. m., otro acceso.

Id 25—De 6 á 7 a. m., id id.

Id 26—De 6 á 7 a. m., id id.

Id 27—De 6 á 7 a. m., id id.

Id 28—De 6 1/2 á 7, un acceso poco intenso que dá fin al ataque, (es digno de notar de que el ataque de asma constituído por estos diez accesos decrece á medida que avanza la hora). La espectoración se hace mucho más purulenta y un nuevo análisis al microscopio no revela baccillus de Koch; siendo característica muco-purulenta, (sentimos no poder acompañar las actas de estos dos análisis, por haberse extraviado ambos).

Día 29—Hasta el día 8 de Octubre en que se operó al enfermo, el estado cambió poco: la tos fué quintosa sin el dolor detrás del esternón, en cambio el

dolor se hace sentir por debajo de la punta del corazón (puntada de costado) cuando hay tos; de vez en cuando pequeños chuchos y algunos sudores nocturnos; el enfermo no guarda cama sinó en los días de mal tiempo.

Octubre 4—El doctor Gregorio Chaves ve al enfermo, diagnóstica Pleuresía interlobar lado izquierdo, con 500 gramos de pus, y deja entrever que se necesitará intervenir; no da tratamiento: espectación.

Octubre 5—El enfermo (que no se conforma en esperar), con autorización de sus médicos los doctores Juan Izquierdo Brown, Zenón Aguilar y Angel Godoy, acude á la consulta del doctor José R. Semprun, quien también diagnostica en conformidad con el doctor Chaves.

La radioscopía, con la instalación que posee el doctor Semprun, dá una zona algo más obscura que el conjunto del pulmón del lado izquierdo, constata libre el pulmón en todas sus partes por los movimientos del órgano y del diafragma.

El mismo médico hace pesar la espectoración que arrojó el enfermo y cuyo peso es de 50 gramos, toda purulenta—se inclina á pensar que hay 500 gramos en la pleura interlobar. Espacio de Traube sonoro.

Día 6—El doctor Semprun hace en presencia de los demás médicos, dos punciones que quedan blancas, apesar de notarse que la aguja (geringa de Lüer de 5 c. c. capacidad, y aguja 0.045 milímetros), está en una cavidad. Se resuelve hacer intervenir.

Día 7—El doctor Andrés F. Llobet examina al

enfermo; está conforme con el diagnóstico y apesar del resultado negativo de las punciones, opina que debe operarse.

Día 8—En consulta á las 9 a. m., resuelven los Dres. Semprun, Llobet, Izquierdo, Aguilar y Godoy, que la operación tenga lugar el mismo día á las 5 p. m.

A la hora fijada, previa anestesia y asepsia de la región, el doctor Llobet reseca la 5ª costilla 0.12 centímetros, cerca y por debajo del omoplato, desprende algunas adherencias recientes y busca la cavidad en el interlóbulo, sin encontrarla y sin que tampoco se evacue el pus; debido á un acceso de tos violenta hay hemorragia por la herida, y hemoptisis y también signos inequívocos de asfixia: se tapona la herida con gaza esterilizada, rápidamente, y se reanima al enfermo (respiración artificial, inyección cafeina), que estuvo á punto de sucumbir sobre la mesa de operaciones.

Después del acto operatorio el enfermo siguió con hemoptisis hasta el día siguiente inclusive, pero con menos tos.

Día 10—Se saca á las 10 a. m. el taponamiento, que hace sufrir terriblemente al enfermo, por estar completamente adherida la gaza. Este día está tan mal el paciente (cara hipocrática, adinamia, sopor, etc.) que se espera su muerte.

Día 11—Se descubre la herida y la gaza trae poco pus; se drena con dos tubos de goma de 0.15 centímetros de largo. Estado general mejor. No hay tos.

Del 12 al 18 se acentúa la mejoría que parece va en vías de curar al paciente.

Día 19—Se levanta y se alimenta como en buena salud hasta el día 27 en que se vé obligado á guardar cama después de un fuerte escalofrío á las 2 p. m.; comienza de nuevo la tos y la espectoración purulenta; temperatura elevada. A la noche sudor profuso, insomnio, (duerme después de una inyección de 0.01 centigramo de Cl. de morfina, que siempre que hubo tos fué necesario hacer de noche); purgante y dieta.

Día 28—Se levanta la curación casi empapada en pus amarillo verdoso (no fétido); el tubo de drenaje que ha sido acortado pocos días antes, está casi obstruído, hay mucho pus en la herida, (como si recién se hubiera abierto la colección); apenas se lava la herida provoca tos y el aire que sale del pulmón casi apaga un fósforo encendido (hay neumotorax abierto doble).

Día 29—Chucho á la tarde, de poca duración é intensidad; pus abundante con la tos y en la curación.

Día 30—Como el anterior; sudores en la tarde ó noche al dormir.

Noviembre 1º al 16—No hay tos, pus en las curaciones (no se lava); la temperatura toma un tipo intermitente y no cede al sulfato de quinina (105 centígramos todas las mañanas *prodosis)*; el ánimo del enfermo es satisfactorio, no así su debilidad y enflaquecimiento que es notable. En este último día hay un vómito alimenticio por la tarde, y empieza á doler el estómago.

Día 17—Desde temprano el estómago no tolera ni agua, gastralgia, vómitos y hematemesis obscura, más tarde otro solo vómito con poca sangre roja.

Se suspende la quinina causa de esta gastritis tóxica y se aplica hielo al epigastrio. Al interior:

Creta preparada..	0.60	centígrados
Subnitrato bismuto.....	0.50	id
Magnesia calcinada.....	1	gramo
Clorhidrato morfina.....	0.003	milígramos

en un paquete—uno cada 3 horas.

Día 18—Cada 4 horas la medicación anterior, hielo al vientre por estar doloroso y timpánico—vómitos solamente si se mueve el enfermo.

Días 19 y 20—El estómago tolera bien la leche; se suspende toda medicación.

Día 21—Empieza á alimentarse paulatinamente en mayor cantidad y frecuencia hasta el día 23 en que se levanta y es dado de alta.

Haremos notar que la herida siempre supuró aunque en pequeña cantidad hasta el día 8 de Diciembre en que la curación se levantó completamente limpia, estando cicatrizada la herida; el trayecto fistuloso debe haberse cerrado del 12 al 15 de Noviembre, por que ya en ese tiempo el enfermo podía estornudar libremente.

Peso del enfermo el 23 de Noviembre fué de 50 kilogramos.

Durante el primer mes de la convalescencia tuvo edema de las extremidades inferiores y fatiga al menor ejercicio.

Peso actual, 62 kilogramos; goza de buena salud.

He aquí las temperaturas:

Septiembre	Mañana	Tarde
Día 17	—	38º5
» 18	37º	36.8
» 19	37.	37.1
» 20	37.1	37.5
» 21	37.2	37.7
» 22	37.2	38.
» 23	37.5	38.4
» 24	37.	37.2
» 25	37.4	37.8
» 26	37.2	38.
» 27	37.1	37.6
» 28	37.2	37.8
» 29	36.9	37.2
» 30	37.1	37.4
Octubre	Mañana	Tarde
Día 1	37º4	37º4
» 2	37.	37.2
» 3	37.	37.5
» 4	37.6	37.8
» 5	37.4	37.7
» 6	36.9	37.5
» 7	37.4	37.7
» 8	37.2	37.7
» 9	38.	38.4

Octubre	Mañana	Tarde
Dia 10	38.1	39.1
» 11	38.8	39.
» 12	37.9	37.9
» 13	37.2	37.4
» 14	37.1	37.6
» 15	37.3	37.5
» 16	37.	37.1
» 17	36.9	37.4
» 18	36.7	36.9
» 19	36.7	36.9
» 20	36.9	36.8
» 21	36.7	36.8
» 27	—	40.2
» 28	38.6	38.5
» 29	38.5	38.1
» 30	38.8	39.4
Noviembre	Mañana	Tarde
Día 1	38º5	40º1
» 2	37.7	39.3
» 3	38.5	37.1
» 4	37.5	37.3
» 5	37.8	37.3
» 6	39.7	38.8
» 7	40.	39.1
» 8	37.9	38.1
» 9	37.2	37.3
» 10	37.	37.1
» 11	40.	39.7
» 12	37.	39.3

Noviembre	Mañana	Tarde
» 13	37.4	37.7
» 14	37.2	37.3
» 15	38.1	38.8
» 16	37.3	37.8
» 17	37.5	37.3
» 18	37.5	37.4
» 19	37.2	37.
» 20	37.3	37.1
» 21	36.9	37.2
» 22	36.8	37.

II

PLEURESIA INTERLOBAR LADO DERECHO

ABIERTA EN LOS BRONQUIOS

OPERADO POR EL DOCTOR ALEJANDRO POSADAS

E. T. 31 años de edad, antecedentes sin importancia.

Hace dos meses tuvo puntada de costado, tos, disnea y luego colección de pus en el lado derecho del torax.

La tos pronto se hace quintosa, y finalmente hace 22 días tuvo una vómica abundante; espectora 500 gramos de pus por día; hay fiebre, chuchos, sed, inapetencia, gran enflaquecimiento. La tos contínua impide el sueño. No puede acostarse del lado derecho.

Foco de signos cavitarios variable con el grado de replesión de la cavidad, bajo la punta del omoplato derecho y hácia la región axilar de ese lado.

Movilización de la 5ª y 6ª costillas derechas descubren la pleura adherente; desprendidas las adherencias se abre una colección purulenta intralobar del tamaño de un huevo de avestruz, llena de un pus fétido; se establece drenaje.

A los pocos días desaparece la tos y la espectoración: sin fiebre, se alimenta y duerme bien.

Veinte días después de la operación siente dolo-

res en la región hepática y tiene diarrea incoercible. Dos días después muere.

Autopsia — Peritonitis supurada; abcesos múltiples del hígado, del bazo, riñones y cerebro.

III

PLEURESIA INTERLOBAR DERECHA DE LA GRAN CISURA ABIERTA EN LOS BRONQUIOS OPERADO POR EL DOCTOR POSADAS

P. B., 16 años de edad; sin antecedentes.

Hace 25 días tuvo puntada de costado, tos, disnea y espectoración mucosa.

Dos semanas después tuvo una vómica de pus espeso y fétido; tos quintosa incesante, impide el sueño y la alimentación.

Espectoración fétida, fiebre contínua, enflaquecimiento estremo.

Foco de signos cavitarios bajo la punta del omoplato extendiéndose á la región axilar.

Base y vértice normales.

No se puede acostar del lado derecho. Operación: movilízanse la 6ª y 7ª costilla en la línea axilar posterior; pleura libre, se fija y se abre el foco pulmonar del tamaño de un huevo de pava, conteniendo alrededor de 100 gramos de pus fétido. Drenaje. Desaparición de la tos y fiebre; aumento rápido de peso.

Curación á los 3 meses.

IV

PLEURESIA INTERLOBAR LADO IZQUIERDO ABIERTA EN LOS BRONQUIOS

OPERADOR DOCTOR POSADAS

R. S., mujer de 35 años de edad. Desde 4 semanas se queja de haber tenido puntada de costado, disnea, tos con esputos mucosos, fiebre y chuchos.

A los 15 días después la tos se hace quintosa y tiene vómica de pus cremoso amarillento no fétido; desde entonces la tos es incesante, tiene fiebre y sudores nocturnos, enflaquecimiento extremo, anemia con color tinte-terroso de la cara.

Espectora de 300 á 500 gramos de pus por día.

Signos cavitarios bajo el ángulo del omoplato y en la región axilar posterior.

Operación: Movilizada la 6ª y 7ª costilla en donde se notan los signos mencionados, se abre la pleura y se llega á la gran cisura del pulmón, bien visible; se punza y se extrae pus. Se abre entonces el foco á bisturí.

La pleura presenta adherencias recientes que se desgarran fácilmente.

El pulmón se sutura á la piel; se hace reunión parcial de la herida músculo-cutánea. Drenaje.

Desaparición de la tos, espectoración y fiebre.

Curó á los 22 días de operada; aumento notable de peso.

V

PLEURESIA INTERLOBAR IZQUIERDA; ANTES DE LA VÓMICA

OPERA EL DOCTOR SEMPRUN

Aurora P., argentina, de 8 años de edad; antecedentes buenos; sana hasta la época de su enfermedad.

Se punza al 12º día á causa de que la temperatura es irregular y se sospecha pus. La punción dá un pus muy cremoso, verdoso. Examinado el pus bacteriológicamente, dá neumococcus puro.

Se vuelve á punzar al día siguiente y se sacan 200 gramos de pus; desciende la temperatura y todo hace parecer que va á entrar á la normal; menos tos. A los 10 días se eleva la temperatura de nuevo, pero de un modo irregular, intermitente: se punza de nuevo y se sacan unos 150 gramos de pus con los mismos caractéres que el anterior. Desde esta punción, todos los fenómenos desaparecen y entra en convalescencia. Hace nueve años de su pleuresía y goza actualmente y ha gozado de muy buena salud.

VI

PLEURESIA INTERLOBAR LADO DERECHO

OPERA EL DOCTOR AVELINO GUTIÉRREZ

A. P., de 12 años de edad, argentina, antecedentes muy buenos: solo ligeras molestias y muy sana hasta su pleuresía.

Se la punza y el pus dá neumococcus puros. Se hace después una punción evacuadora, se sacan unos 400 gramos de pús. Después de ésta, la temperatura desciende durante dos días, pero al tercero vuelve á subir; hay escalofríos, etc., etc.; se la punza de nuevo y como hay bastante pus, se decide una pleurotomía con resección de la costilla.

Interviene el doctor Gutiérrez, y mientras se cloroformaba la enferma se produjo una vómica abundantísima. Se saca por la pleurotomía unos 200 garmos de pus, habiendo salido por la boca unos 300 gramos.

Curación al cabo de 20 días. Esta pleuresía dejó una escoliosis que tuvo que tratarse por la gimnasia mecánica, la que desapareció á los dos meses de tratamiento.

Hace siete años de la observación y goza hoy de salud insuperable.

VII

PLEURESIA INTERLOBAR DERECHA
SUCEDIENDO Á UNA BRONCO-NEUMONIA DE INFLUENZA
OPERADOR DOCTOR A. F. LLOBET

E. Riv..., de 9 años de edad, argentino; antecedentes muy buenos.

A los 10 días de enfermedad, al terminar su influenza, se presentan signos de pleuresía y como la temperatura se hiciera muy irregular y dado el estado

de postración del enfermo (estado tifoideo) se sospecha pus y se punza; aunque la punción fué negativa, sin embargo la aguja parecía libre en una cavidad, y como no se sacó ni aire ni sangre se sospechó que dado lo espeso del pus, este no pasaba por la aguja.

Se interviene al día siguiente de la punción, haciendo la resección de la 5ª costilla; se abre la pleura y se sacan unos 200 gramos de líquido algo turbio, con grandes grumos de pus en suspensión.

La temperatura descendió durante algunos días, pero como se elevara de nuevo y coincidiera con los síntomas de retención de pus, hubo necesidad de intervenir una segunda vez; se agrandó el trayecto fistuloso y al día siguiente hubo salida de unos cien gramos de pus.

Después de esta intervención la temperatura descendió y todo entró en la normal; al cabo de 4 días la temperatura se hizo intermitente pero típica-cuotidiana, cedió al uso de la quinina y curó después de otros cuatro días.

Curación á los 15 días de la segunda intervención.

Hace 3 años de la operación y goza de muy buena salud.

Sinonimias—Pleuresía interlobar ó de las cisuras, lado derecho ó izquierdo (por su sitio); pleuresía enquistada supurada (por su naturaleza); pleuresía en-

quistada á neumococcus, estreptococcus ó estafilococcus (por su génesis).

Anatomía—Los pulmones ocupan poco más ó menos las 4/5 partes de la cavidad toráxica; son en número de dos, divididos entre sí por los órganos que ocupan el mediastino, separados de la caja toráxica por las hojas pleurales ó más bien dicho por la pleura.

Cada pulmón á su vez se divide en lóbulos: tres para el lado derecho, dos para el lado izquierdo.

La pleura es una sola membrana serosa que se desdobla y refleja entre los lóbulos, considerada de esta manera para cada lado del torax. El modo de desdoblamiento podemos considerarlo que se hace de la manera siguiente: hagamos un corte horizontal del torax que pase á la altura de la 5ª vértebra dorsal y tomemos como punto de partida el esternón; tapiza en parte la cara posterior de este hueso, se dirije hácia afuera, cubre la cara interna de la pared costal y llega hasta los canales vertebrales, cambia en seguida de dirección y entonces de atrás á delante después de cubrir las caras laterales llega hasta el pedículo del pulmón; hasta aquí ha formado la pleura parietal.

Sigamos su marcha y tendremos la pleura visceral. En el pedículo cuya cara posterior envuelve, sigue extendiéndose esta membrana, que por un momento pareció detenerse, cubriendo todo el pulmón contorneándolo, para llegar de nuevo al pedículo por su cara anterior, de aquí, es decir, de atrás á delante

cubre la cara externa del pericardio y llega de nuevo al punto de partida supuesto: el esternón.

La descripción que hacemos nos demuestra, pues, que la pleura es una sola membrana, de consiguiente, que no hay nada que se interponga entre lo que llamamos pleura parietal y pleura visceral; esto es cierto pero solo al estado normal, pues el espacio *virtual* entre una y otra se hace verdaderamente *real* en ciertos estados patológicos.

Hemos demostrado el desarrollo de la pleura en el pulmón tomado en conjunto, pero no debemos olvidar que en cada lado los lóbulos obran como cuerpos independientes, de consiguiente, la pleura después de haber recorrido y cubierto un lóbulo, se refleja para hacer lo mismo con su vecino, tapizándolo y dejando entre uno y otro un espacio también *virtual.* (1)

Las cisuras son los límites de uno ú otro lóbulo y bien que no exista cavidad real entre los lóbulos, el espacio virtual es el mismo de la pleura visceral por dentro y la parietal por fuera, formando el todo lo que se denomina *gran cavidad de la pleura.*

Para nuestro objeto solo nos interesa estudiar los interlóbulos ó más bien las cisuras, por más que las relaciones anatómicas sean muy variables al estado morboso que analizamos.

Del lado izquierdo no hay más que una cisura, que comienza por detrás, á 0.06 centímetros por de-

---

(1) La figura que demuestra esquemáticamente el desenvolvimiento de la pleura, encuéntrase en Tillaud, Anatomía Topográfica.

bajo del vértice del pulmón, correspondiendo á la 4ª costilla; sigue una dirección oblicua de dentro á fuera y abajo hasta la base del órgano.

Del lado derecho la cisura que comienza un poco más baja que la anterior (por detrás), cerca de la 5ª costilla, casi en la punta del omoplato, tiene una forma de arco de círculo bastante cerrado, para hacerse en seguida, en la mitad del lóbulo superior (en una línea que baje vertical, del ángulo inferior del omoplato) oblicua como la anterior; bifurcándose antes (en la mitad de todo el alto del órgano) en otra cisura casi horizontal que separa el lóbulo superior del que llamaremos medio.(1)

Etiología—Esta enfermedad se desarrolla en todas las edades, habiéndose observado niños atacados á los 6 1/2 años; su mayor frecuencia se observa de los 20 á 35 años.

No puede acusarse preferencia por uno ú otro sexo, aunque es más común en el hombre por razón de la vida más activa y expuesta.

Las profesiones ó trabajos que dan más pleuríticos *á priori* son aquellos en que los sugetos están obligados á pasar malas noches, mojándose y sin abrigos suficientes contra la intemperie, por ejemplo: soldados, serenos, guardias, maquinistas, etc., etc.

(1) La figura que marca las cisuras está en Dielafoy, Clínica Médica de L'Hotel Dieu de Paris (1898—1899)

Parece desarrollarse de preferencia del lado derecho.

Tiempo preferido: Invierno y primavera. Además del enfriamiento, pueden ser causa adyuvantes y predisponentes: los traumatismos, la miseria fisiológica: producida por el amontonamiento (de personas, ó de personas y animales, en un mismo y reducido local), el excesivo trabajo como causa de agotamiento tanto físico como intelectual, una deficiente y mala alimentación; en fin, todo aquello que rompa el equilibrio normal de la vida. También las enfermedades descrácicas, contagiosas ó infecto-contagiosas y las inflamaciones ó neoplaxias de vecindad, como ser: reumatismos, gota, mal de Bright, asma, escorbuto, caquexias sifilíticas y neopláxicas, tuberculosis, erisipela, infección puerperal, sarampión, escarlatina, viruela, difteria, influenza, malaria, gonorrea, piohemia, septicemia, etc., etc.

Los agentes que se observan más comunmente son el estreptococcus, estafilococcus y neumococcus; solos, asociados entre sí ó con otros gérmenes.

Por ahora nos es desconocida la razón que tengan los agentes nombrados, para establecerse en el interlóbulo y solo en una cisura á la vez, pues nos parece que no se ha observado la bilateralidad y también el enquistamiento múltiple, aún cuando parece formar varios abcesos no es con frecuencia más que uno solo dividido ó tabicado por adherencias. Si no podemos precisar la razón de ser del enquistamiento en cuanto á su sitio de elección; no así el modo de su productor

patógeno que llega siempre por la vía linfática y se enseñorea como en todas partes del *locus minoris resistencíæ.*

Anatomía patológica— La pleuresía interlobar está constituída por un derrame ó más bien una colección de pus completamente limitado por adherencias entre las dos hojas viscerales de la pleura que forman las cisuras, y sin comunicación alguna con la gran cavidad pleural.

Las paredes de la cavidad (es decir, la pleura y el parenquima pulmonar) se encuentran engrosadas y vascularizadas, perdiendo su brillo y tersura para hacerse rugosas y opacas. La vecindad del proceso altera la pleura parietal y contrae con ella adherencias; también el pulmón llega á gangrenarse formándose ó nó escaras en él.

La intensidad del proceso (cuando ulcera la pleura interlobar) y las escaras al desprenderse, lo mismo que los vasos ulcerados que están en la continuidad de la fístula: producen hemoptisis y hasta hemorragias mortales.

La fístula bronco-pulmonar comienza por hacerse de la manera siguiente: primero una erosión de la pleura, en seguida el tejido pulmonar que es menos resistente se deja distender y fusionar por el pus que llega á un bronquiolo, de aquí á un bronquio mediano, para terminar en uno grueso; la fístula así constituida

agrándase por la mayor compresión que obra en el saco á cada acceso de tos, provocando la vómica.

La fístula generalmente persiste esclerosándose y esclerosando las partes vecinas del pulmón.

La esclerosis pleuro-pulmonar también se observa en la vecindad del foco purulento, quedando limitada en los casos agudos de que tratamos; en cuanto á los casos crónicos con persistencia de la fístula, se encuentra á la autopsia, grandes extensiones de pulmón y pleura esclerosados, con grandes dilataciones bronquiales.

En la autopsia lo mismo que en la operación no siempre se encuentra la cavidad que contuvo pus, líquido sero-purulento, gangrenado, ó hemorrágico-purulento.

Se han abierto cavidades conteniendo una cucharada de pus y otras que dieron 1000 gramos.

Síntomas — El comienzo de esta afección es insidioso, nada que pueda llevar directamente al diagnóstico se acusa, siendo la sintomatología común de ésta con otras enfermedades del aparato respiratorio, y así tenemos que se diagnostica: una influenza de tipo bronco-pulmonar; ò bien una fluxión de pecho; posiblemente una neumónia con abceso y vómica; una pleuresía de la gran cavidad en su principio; y hasta la tuberculosis en su forma aguda; con éstas y otras

afecciones estableceremos más adelante algunas diferencias.

Los síntomas que observamos en la pleuresía interlobar son: tos, puntada de costado, *courbature*, dolores en los miembros inferiores y región lumbar, cefalalgia, chuchos, sed, anorexia, fiebre, insomnio, espectoración mucosa ó purulenta, hemoptisis, disnea, sudores y enflaquecimiento rápido, como signos subjetivos.

Al examen directo, la infección nada nota del lado de la piel, pero puede llegar á ver la retracción de algunos espacios intercostales y la menor amplitud del movimiento respiratorio del lado enfermo.

La palpación dificilmente percibe la diminución de las vibraciones vocales y puede sentir frotes pleurales.

La percusión da una matitez circunscripta por zonas sonoras por arriba y por debajo de la colección enquistada, cuando esta última tiene un volumen bastante notable; cuando se ha hecho la vómica varía la matitez haciéndose submate; lo mismo sucede si el enquistamiento es muy profundo, porque entonces el pulmón que le cubre dificulta percibirla. Si se ha evacuado completamente el foco, tenemos todos los signos percusorios de una cavidad, siempre que el pulmón no ocupe su sitio primitivo por retracción ó pérdida de sustancia.

La auscultación percibe frotes, rales diversos en los vértices y bases (del lado enfermo); pero en el sitio del derrame, estando ocupado, hay ausencia de mur-

mullo respiratorio, rales, soplo, egofonia, broncofonia, pectoriloquia áfona; en cambio, encontrándose el pulmón como comprimido y disminuído su campo de hematosis, percibiremos submatitez y respiración ruda en el vértice por detrás; por delante, debajo de la clavícula se observa sonido Skódico.

Del lado izquierdo prodúcese la desviación hacia la derecha de la punta del corazón, siendo debida esta dextrocardia á la compresión y sitio que ocupa el enquistamiento cuando contiene gran cantidad de pus.

Signo de gran valor es la persistencia de la sonoridad en el espacio de Traube.

Del lado derecho la colección no es nunca capaz de hacer descender el hígado.

Ocupémonos ahora de un síntoma de inapreciable valor: nos referimos á la vómica, pero antes de ella, á los esputos debemos referirnos.

Los esputos tienen generalmente un olor fétido que se percibe á distancia, son muco-purulentos de color variable según el grado de descomposición: desde el amarillo ligeramente verdoso hasta el verde-terroso.

La vómica siempre se hace notable, pudiendo, sin embargo, dejar dudas en cuanto á su comienzo por la falta de fetidez, como también por la poca cantidad de pus que se evacua con cada quinta de tos; aunque es presumible por la cantidad de esputos de las 24 horas.

Por lo general, se anuncia la vómica con anticipación de un día por el mal gusto de la boca y la

fetidez de la respiración del enfermo, quien se apercibe de ambas cosas por la molestia que le producen.

La cantidad de la vómica es muy variable: desde 1000 gramos en una sola vez, ó de 50 á 500 gramos por día y durante algún tiempo.

Tambièn acontece que después de un período de acálmia de todos los síntomas, incluso la vómica, ésta se hace de nuevo con la misma ó mayor cantidad de antes.

Además de los micro-organismos que ya hemos mencionado (véase etiología) contiene la vómica: coccus varios, neumococcus en cadenilla, baccillus en bastoncillos y el tetrágeno; también hay tejido gangrenado del pulmón, células epiteliales de la pleura y también sangre.

Marcha de la enfermedad--Podemos dividir el curso de la pleuresía interlobar en tres periodos:

1º Comienzo insidioso por tos, chuchos, puntada de costado, esputos mucosos ó fibrino-mucosos, disnea y fiebre que dura de 15 á 25 días.

2º Los signos anteriores más acentuados, la tos toma un carácter quintoso, la espectoración se hace muco-purulenta ó completamente purulenta (vómica); la fiebre disminuye si se vacía bien el pus, ó sinó persiste con los caractéres de una piohemia, haciéndose del tipo de las intermitentes.

Los sudores se hacen profusos en estas condicio-

nes; el enflaquecimiento es muy rápido. El pulso se vuelve pequeño y rápido; todo indica una auto-infección piogena.

Puede también este período terminar de feliz manera, si el pus se ha evacuado todo y pronto; obsérvase entonces la curación espontánea de que son capaces con mayor frecuencia los niños.

3º Si la enfermedad no ha terminado por la curación espontánea ó la muerte, queda el estado de cronicidad, caracterizado: por la persistencia de la fístula bronco-pulmonar y como acompañantes la tos, espectoración, sudores, hemoptisis, disnea (por la esclorosis pleuro-pulmonar) y enflaquecimiento; de consiguiente, se llega al estado próximo de caquexia, con una existencia penosa y muchas veces inútil, cuya duración alcanza hasta 10 ó 15 años.

Diagnóstico — Por los síntomas que hemos enumerado, podemos llegar al diagnóstico de la pleuresía interlobar en sus tres períodos y la diferenciaremos de la *Pleuresia de la gran cavidad:* por su localización;—de la *Neumonia*: por el escalofrío único é intenso de esta afección, el esputo herrumbroso, la defervecencia y la temperatura regular;—de la *Fluxión de pecho:* nos aparta la uniteralidad del proceso enquistado, que dá signos locales, en contra de la corta duración de la fluxión y su generalización á ambos lados del pecho;—la *Bronquectasia* y el *Abs-*

ceso del pulmón dán lugar á vómicas, pero la primera no dá fiebre y su evolución y el estado general son diferentes de la pleuresía interlobar: en el absceso difícilmente puede hacerse su diferenciación, si no es por su desarrollo más rápido; por más que un error de diagnóstico en este caso, es pasible de la misma intervención;—los *Quistes hidáticos* no supurados: son apiréticos; cuando supuran y son expulsados por vómica, se descubren hidátides ó ganchos de equinococcus por el microscopio como también se reconocen por las membranas que lo produjeron;—los *Abcesos de vecindad*, como ser los del hígado, riñones ó bazo, se abren en la gran cavidad de la pleura;—la *Pleuresía mediasténica* tiene: su sindroma propio;—la *Tuberculosis* se deduce: de la presencia del bacillus de Kock en los esputos, el carácter de los mismos esputos que son numulares, y además otras localizaciones conjuntas que afecta esta terrible enfermedad;—el *Cáncer lobar primitivo* tiene como característica la espectoración de *jalea de grosellas* y la presencia al microscopio de elementos cancerosos;—en el *Cáncer secundario* no hay lugar á dudas.

La fetidez de la espectoración de la *gangrena pulmonar* es dificilmente confundible con el esputo purulento fétido de la pleuresía enquistada; además, dicho esputo forma en el fondo de la salivadera pelotones amarillos, verdosos, que han tomado el nombre de *tapones de Dittrich.*

Las punciones pueden ayudar al diagnóstico, pero

es común que sean negativas, sucediendo que hasta con el pulmón á descubierto no den resultado.

Un medio poco seguro hasta ahora, y que talvez más adelante se utilice con éxito, es la radioscopia.

Tratamiento—Llegamos aquí al punto más delicado de la cuestión; en efecto: ¿debe medicarse al enfermo, cuando nos hallamos en presencia de una afección que en su principio es confundible con estados mórvidos varios? Seguramente que sí, y esto por dos razones: primeramente por la moral del enfermo y los que le rodean, que no dejarán de sospechar ignorancia de parte del médico. En segundo lugar, hay síntomas bien penosos que por lo menos tenemos que aminorar en lo posible.

¿Da resultado el tratamiento médico? Ninguno, á menos que pongamos á su cuenta las felices terminaciones de curaciones espontáneas.

Vale decir entonces que abandonemos al paciente á su suerte, exponiéndolo á la muerte (por piohemia ó septicemia), ó que llegue al estado de cronicidad, con todas sus penalidades y consecuencias? Tampoco; y para esto contamos con un gran recurso, que es la intervención *quirúrgica y á tiempo.*

¿Cuándo debe operarse? Aquí está la parte difícil de la cuestión, por cuanto las dificultades del diagnóstico nos llevan tarde á precisar la localización del mal.

Si constatamos el enquistamiento por los signos que le son propios, de percusión y auscultación, y la punción exploradora, ayudándonos, nos indica la presencia del pus, entonces y antes que se produzca la vómica intervendremos, encontrándonos en las mejores condiciones y menos riesgo para el enfermo; ya dijimos antes que un absceso del pulmón podría darnos los signos de la pleuresía interlobar y que su evacuación rápida por la operación trae consigo la curación.

Establecida la vómica (y aquí lo repetimos, no hallaremos sinó pocas veces verdaderos vómitos de pus) ó sospechada por lo menos, todavía estamos á tiempo de intervenir; pero no ya en tan buenas condiciones, porque al establecerse la comunicación del foco con el exterior (fístula bronco-pulmonar) se puede producir el neumotorax (V. Obs. 1ª) y la retracción del pulmón, que pueden ser causa de asfixia que algunas veces se ha observado que llega á ser mortal. (Obs. de Tuffier). Además también lo que agrava el acto operatorio es la misma anestesia, si no se hace con suma precaución, á causa de exitar los bronquios provocando la tos que puede ser muy virulenta (Obs. 1ª), ser causa de la producción de la vómica (Obs. 6ª) y poder dejar que penetre el esgarro que no se esputa, en el pulmón sano, obstruirlo y producir de esta manera la asfixia.

Ya que hablamos de complicaciones, señalaremos también que la falta de adherencias con la pleura-parietal, puede dejar caer un poco de pus en la gran

cavidad é infeccionarla cuando se retira pus á la punción ó en el mismo acto operatorio.

No se ha observado el síncope cardíaco aunque pueda detenerse el órgano por compresión; de una parte: el líquido si forma gran saco distendido, y de otra parte el pulmón retraído que tiende á dilatarse y que obrando en conjunto le aprisionan y producirían su parálisis, ayudados por la asfixia.

La condición más favorable para el éxito operatorio consiste en que haya adherencias de las pleuras que generalmente existen, haciendo inútil un tratamiento *ad hoc* para producirlas, como hacían *Quincke*, *Cereuville*, *Godlee*, *Laache* y otros.

La sutura de las pleuras (cuando no hay adherencias) no es posible, como observa *Quenú*, si estas no se encuentran espesadas y esclerosadas; parécenos á nosotros inútil, porque ya en este último caso el proceso inflamatorio ha producido lo que se buscaba con la sutura, es decir, las adherencias.

Ahora trataremos de determinar cuál es el método de elección, pasando ligera revista sobre las operaciones que se han hecho.

Las *punciones aspiratrices*, cuyo campeón es siempre Potain, serían el método ideal; (es cierto que algunos curan, pero casi siempre en niños y cuando la pleuresia es á neumococcus–Obs. 5ª) si no tuvieran en contra: 1º la evacuación incompleta del foco; 2º su repetición á períodos variables, (de consiguiente mayor mortificación y desilusión del paciente), prolongando un tratamiento que agota al enfermo; 3º pu-

diendo producir abscesos del pulmón por contaminación del pus, lo mismo que pleuresías sépticas de la gran cavidad; 4º y último, haciendo perder un tiempo por demás precioso.

La intervención cruenta es la única y sola capaz de producir la curación; pero también aquí debemos decidirnos por el procedimiento.

Dos métodos se preconizan: el método lento y el método rápido. Del primero ya nos ocupamos al hablar de las adherencias que es su primera parte ó preparatoria, prefiriendo en seguida (cuando se han hecho las adherencias y se ha abierto la pared toráxica) el termo-cauterio para incindir el parenquima pulmonar; esta manera de operar no presenta ventajas sobre el método rápido, pareciéndonos que uno de sus inconvenientes sea las hemorragias secundarias y también el cierre prematuro de la incisión si el drenaje no es amplio.

Nos queda el método rápido (como de elección), que consiste en una sola sesión, en abrir á bisturí el tejido pulmonar, después de haber resecado ó simplemente movilizado una ó dos costillas *(Delorme)*. Para llegar al saco (con nuestra resección ó movilización de las costillas) si hemos dado justo en la cisura, parécenos preferible dejar el bisturí y en vez con un instrumento romo ó simplemente con uno ó dos dedos iremos haciendo camino desprendiendo las adherencias (Rochard).

Si no se hubieran establecido adherencias entre las pleuras, el pulmón inmediatamente (de abierta la

pared toráxica) se retrae, es necesario entonces tomarlo con un tenáculo y fijarlo con varios puntos de sutura (comprendida la pleura) por arriba y por debajo de la cisura, á la pared ó bordes de la herida, dejando libre el espacio interlobar. (Obs. 3ª y 4ª).

¿Es siempre conveniente explorar el pulmón, y á todo trance abrir la colección purulenta? No; y si contestamos tan categóricamente á estas dos cuestiones, es porque agregaremos con las maniobras exploradoras un traumatismo mayor al acto operatorio (Obs. 1ª): nos exponemos á destruir el tejido pulmonar en mayor proporción de la debida (Obs. 1ª, hemorragia y hemoptisis) exponiéndolo á la infección y también porque una vez abierta la cavidad toráxica y drenada con gaza en la vecindad del foco, el pus encuentra menor resistencia en las paredes del saco, acaba por fusionarse espontáneamente (Obs. 1ª) y llega al exterior.

En este trabajo no detallamos las *operaciones quirúrgicas del pulmón* y la manera de proceder de cada autor por haber sido trabajos que han hecho con la debida práctica y observación los doctores Roque Arzeno, Castro Escalada y Emparausa.

Deducciones—La *Pleuresía interlobar* es de muy difícil diagnóstico.

Su marcha muy variable.

Hay frecuentes accesos de repetición, entendien-

do por esto que cerrándose la fístula y persistiendo el enquistamiento, vuelven á aparecer sus síntomas con mayor auge.

Su duración prolongada trae consigo la autoinfección y hasta abscesos múltiples (Obs. 2ª); causa la muerte.

En la infancia es susceptible de cura espontánea, raras veces en la edad adulta en la que tiende á hacerse crónica.

Su pronóstico debe ser reservado aún después de la operación.

La operación cruenta es la única capaz de evitar la cronicidad.

La operación en sí es muy grave.

Proposiciones accesorias

I

La punción exploradora es el único medio seguro de diagnóstico de la *Pleuresía interlobar*.

II

El tratamiento de la *Pleuresía interlobar* es quirúrgico debido á la naturaleza del exudado.

III

Debe evitarse siempre que se pueda la vómica.

JORGE W. COE.

Buenos Aires, Agosto 20 de 1902.

Nómbrase á los señores: Académico doctor Manuel Blancas, Profesor titular doctor Abel Ayerza y Profesor suplente doctor Ignacio Allende, para que, constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

UBALLES.

ZENÓN AGUILAR.

Septiembre 6 de 1902.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de esta tesis: «En el local de la Facultad, á « 5 de Septiembre de 1902, reunidos los que subscri- « ben, encargados de dictaminar respecto de la admi- « sibilidad de la tesis del exalumno Jorge W. Coe, « titulada «Observaciones clínicas sobre la pleuresia « interlobar y su tratamiento», resolvieron admitirla. « Con lo que terminó el acto.—M. BLANCAS, A. AYER- « ZA, I. ALLENDE, *C. Robertson*, Prosecretario.

ZENÓN AGUILAR.

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al autor para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES.

ZENÓN AGUILAR.