

Universidad Mayor de San Marcos.

Facultad de Medicina.



Tratamiento de la pleuresia serofibrinosa por la toracentesis.

Tesis presentada por Eliseo Vargas.

para optar el Grado de Bachiller.

Lima, Octubre 25, de 1898.

Si Decano.

S.S. Catedráticos:

Al presentar á vuestra fallo este pequeño trabajo, en el que he tratado de reunir las observaciones clínicas referentes á veinte casos de pleureasias, los mismos que he podido estudiar durante un año en el Internado del hospital de Guadalupe del Callao, servicio del Dr. Arnaiz, que esta ilustre Facultad se dignó confiarne en junio del año próximo pasado, no me impulsa otro móvil que el de llenar un deber reglamentario, como requisito indispensable para optar el Grado de Bachiller, insuficiente como me encuentro para ofreceros uno, que fuese digno de nuestra alta ilustración. Mas al comprenderlo, me he ocupado preferentemente de su tratamiento, analizando y promoviendo en práctica, por lo menos en parte, los distintos métodos terapéuticos que para ello se han propuesto, habiendo deducido de su estudio comparativo - la toracentesis como el método de elección en el tratamiento de las pleureasias serofibrinosas. - Objeto de mi tesis.

pareceme tarea no muy necesaria, por tanto el causar vuestra benévola atención, en el curso de su desarrollo, con el estudio completo de esta enfermedad, pues nada nuevo podría agregar á lo que se encuentra, al respecto, en los tratados clásicos, por lo que prescindiré cuanto pueda de su etiología, ana-

tomía patológica, sintomatología, etc; pero con
fiando siempre de que nuestra manca desmentida
indulgencia se digne pasar desapercebidas las faltas
de que adolezca; así como aquellas en que inviolan-
tariamente pudiere incurir en la colación del grado
que yo solicito.

Punto bastante controvertido de Medicina
ha sido y aún es, el tratamiento de la pleurexia
aguda con derrame serofibrinoso por la toracentesis;
si bien es cierto que la mayoría de los médicos opi-
nan en el sentido de su aceptación, difiriendo tan
solo sobre la oportunidad del momento en que se
debe intervenir, también no lo es menos que en la
actualidad misma todavía están divididas las opi-
niones, existiendo, por tanto, dos escuelas perfecta-
mente definidas; una que sostiene el tratamiento
médico casi exclusivo, consecuente á sus doctrinas, y
otra que admite preferentemente el quirúrgico - la
toracentesis - y cuyo número afortunadamente aumen-
ta día por día.

Para emitir un criterio exacto acerca del
valor real de estos dos tratamientos en las pleurexias,
hay que tomar en consideración: 1º, la benignidad
relativa de esta enfermedad, al menos, por lo que
hace á su pronóstico inmediato, tanto que puede
ser susceptible de una curación espontánea, aún
cuando se la abandone así misma, y de ahí - la
espectación; y 2º su naturaleza, casi siempre mi-

crónica. Ahora bien, concedemos a un tratamiento de terminado un valor clínico tanto mayor, cuanto mas abrevia este, sensiblemente la curación de una enfermedad; el tratamiento médico no lo consigue, por que con su empleo dura tanto como con el método expectante (20 ó 30 días aproximadamente), es decir, el empleo de los medicamentos no ejerce una influencia manifiesta sobre la duración de la pleurexia; tampoco favorece la reabsorción del derrame; porque por mas de que haya la creencia de que los diuréticos ejerzan cierta influencia en facilitar dicha reabsorción, se debe tener presente que esta se produce también rápidamente sin el empleo de los tales medicamentos. Que su naturaleza es infecciosa, se desprende de las observaciones bacteriológicas, que así lo confirman; pues está probado que la immense mayoría de las pleurexias son la manifestación de una enfermedad infecciosa, es función de tuberculosis, según German See en 68 casos por ciento, según Dujardin Beaufort, casi siempre, metatuberculosa ó tuberculosa, o bien hay que atribuir a la presencia de otros microorganismos que con mucha frecuencia se encuentran, tales son: el bacilo tifico, el nemococcus, así en ausencia de la neumonía, el estreptococcus nemococcus, el estafilococcus aureus etc; por tanto, aceptando este principio llegaremos a la conclusión de que: los purgantes, diuréticos, reoulivos, etc, no

4.

ejercen ninguna acción sobre el germen patógeno localizado en la pleura; no pueden destruirlos; la antisepsia pleural por medio de medicamentos es inviable. Por lo que hace al tratamiento quirúrgico, se dirige sobre el síntoma capital de la enfermedad - el derrame - determinando su evacuación, por lo que es preferible y aceptable como método de elección en las pleuresias con derrame serofibrinoso.

Presentado á grandes rasgos el valor comparativo de estos dos tratamientos, voy á entrar en su estudio analítico, aunque comprendido, consagrando á cada uno de ellos un capítulo especial.

— Tratamiento médico —

Los medicamentos empleados por este tratamiento, comprende los que se administran interiormente, tales son: los diuréticos, los diaforéticos, los purgantes, los mercuriales, los antircumáticos, la medicación contracistimolante, y el tratamiento por el cloruro de sodio; y los que se aplican exteriormente: los resalivos y las emisiones sanguíneas.

Los diuréticos mas empleados son: la digital, la escila, el nitrato y el acetato de potasa, la leche y accesorialmente la cafeína asociada al benzoato de soda. La digital, ha sido empleada tanto por su acción diurética, como por su acción antipirética principalmente en infusión de polvos de hojas á la dosis de 50 á 60 centigramos, y aún mas, en 120 gramos de vehículo ó en maceración durante 24 horas, ó bien en tintura á la dosis de 1 á 2 gramos en una poción apropiada, que se administra á cucharadas en las 24 horas, y a sola, ó asociada á la escila y á las sales de potasa y acetato, nitrato. Su utilidad como diurética ha sido muy discutida; así mientras mostros profesores como Jaeg, Hutchinson, Sanders, Troussau le reconocen la propiedad, otros como Traube, Wunderlich, Ditz, y otros, no le reconocen. Conocida como es la acción de la digital, obra este medicamento elevando la presión sanguí-

6

nea en las arterias renales, merced á la energía que dá á las contracciones cardíacas, y al estrechamiento que produce en los vasos. La oportunidad de su empleo como diurética se refiere al período de estadio, en que ya está constituido el derrame, ó también al período de aumento, en que recién se está formando. La acción de la escila es semejante á la de la digital, según Hussemann y Kloning y se la emplea en tinta, vino, oxímid, polvos, etc. generalmente asociada á otros diuréticos.

El acetato y el nitrato de potasa son igualmente reputados como diuréticos empleados á la dosis de 4 á 8 gramos por día en poción. Obrarian aumentando la plasticidad de la sangre, haciendo la mas fluida. Potaín las emplea, pero cree encontrar una contraindicación en la digital cuyo uso proscribe.

La leche considerada como diurético, ha gozado de una gran reputación, en condiciones de llegar á decirse que era la uretria que reemplazaba al trocar, obra tanto por el agua como por las sales y la leche que contiene, pero en realidad, según lo afirma el profesor German Sce, no tiene en las pleureas otra ventaja que la de ser un alimento de fácil digestión y absorción. El tratamiento lácteo exclusivo no es pues racional sino en las pleureas brighticas; sería un inconveniente someter á un enfermo que es protuberculoso ó ya tuberculoso exclusivamente á la leche, aparte de que los pleuríticos están siempre

muy debilitados y aún anémicos.

La cafeína asociada al benzoato de soda ha sido empleada por J. Comby como poderoso auxiliar del régimen lácteo.

En resumen; los diuréticos han sido diversamente interpretados, así mientras unos profesores, como Peter Descoizilles, Potain, J. acoud, Julio Simón, etc., los consideran útiles; otros como Talamón, Díaz Lapoix, Lanceroux, German See, etc. los rehusan, reservándolos para casos determinados. La verdad es, que estos medicamentos no ejercen su acción sino en el periodo de reabsorción del derrame, reabsorción que tiene lugar del mismo modo, hasta cierto punto, aún sin el empleo de los tales medicamentos. La diuresis, como la hace notar el ilustre German See, no se verifica a expensas del líquido pleural, por ser este más albuminoso, más fibrinoso, y más cargado de leucocitos que los demás derrames serosos patológicos. Indudablemente el régimen lácteo ejerce benéfica influencia en los pleuríticos por la fácil eliminación de las toxinas formadas en la cavidad pleural. La digital, por la acción especial que tiene sobre el corazón, cuyas funciones regulariza dándole más tono y energía; pero no, como diurético propiamente dicho.

Los diaforeticos se han preconizado por varios autores, pero la mayor parte no los toman en conci-

= deración, por crecerlos inútiles. Olivier, para provocar una sudación copiosa, empleaba una envoltura de algodón en rama, aplicada al rededor del torax, el que cubierto con una banda de tapetán engomado permanecía por dos horas, al cabo de ese tiempo, se le reemplazaba por nuevo algodón en rama caliente, notándose el anteriormente empleado del todo empapado en sudor; una vez quitada esta segunda aplicación, prescribia fricciones secas con un pedazo de fraanela.

Rigal, cuando el derrame permanece estacionario hasta el cuarto septenario, emplea las inyecciones hipodérmicas de nitrato de pilocarpina, cada dos ó tres días á la dosis de 1 ó 3 centigramos por sesión.

Las hojas de jaborandi en infusión á la dosis de 4 á 6 gramos en 150 de vehículo, y las sales de su alcaloide, la pilocarpina; tienen, pues, aceptación, por la sudación que produce, debido á la acción especial que ejerce sobre los nervios exítosecretores, sudación que puede favorecer un tanto la eliminación de las toxinas.

Julio Simón en el tratamiento de las pleuresias, en los niños, siempre emplea como parte integrante de él, la envoltura de algodón, con el objeto de mantener una temperatura constante aunque moderada que produce la sudación continua.

Sus sudorípicos en los derrames que por algún tiempo permanecen estacionarios prestan, á veces,

alguna utilidad.

Los purgantes se han empleado fundándose en la expoliación serosa que producen, la cual á consecuencia de la sustracción de una parte del agua de la sangre, obra á la manera de la sangría haciendo descender la presión sanguínea y facilitando, de consiguiente, la reabsorción de los líquidos extra vasados. Se han empleado, con tal objeto, los drásticos y los sabinos, de preferencia á los oleoces y demás purgantes ligeros; así, aunque la mayor parte de los médicos han abandonado su uso, no empleando sino estos últimos, pero llenando siempre la indicación de un purgante; otros, entre ellos Peter, emplean los drásticos en el periodo de reabsorción.

Mercuriales. Si les dá á estos: la acción de modificar la crasis sanguínea, ser antiplásticos, y oponerse, por tanto, á los exudaciones inflamatorias, y aún á la supuración misma. Se les emplea principalmente en Inglaterra: ya, interiormente, (el nuroto cloruro de mercurio), ya exteriormente, (la pomada mercurial doble, en fricciones á la dosis de 4 gramos por sesión; repetidas dos ó tres veces al dia, por 4 ó 5 días consecutivos, procurando vigilar tan solo, el tañido mercurial).

A Robin, da' al principio de las pleurecias, 40 centigramos de calomel en 4 dosis de hora en hora por 3 ó 4 días seguidos. Potaria igualmente

aconseja su empleo, en ciertos casos; y Deseroyilles lo administra asociado á la digital.

Se ha empleado también los medicamentos antirumáticos, como son: el salicilato de soda, el sabol, la salipirina, y la antipirina. Aufrecht, fue el primero que preconizó el empleo del salicilato de soda en las pleurésias en el año de 1883, desde entonces á esta parte muchos médicos han generalizado su uso, empleándolo no solo en las pleurésias rumáticas, en las que su empleo, á mas de ser racional se impone, sino también en las demás. Talamón actualmente le presta mucha fe; refiere haber tratado cinco pleurésias de distinto origen; á saber: una consecutiva á la influenza, otra á la tuberculosis, la tercera á la bronquitis, la cuarta á la neumonía, y la quinta, en una anciana sin causa clínicamente apreciable; en todos ellos la reabsorción del derrame, dice: "où devi à la administration d' ce médicamento, une production d'une poliuria critique"; mas, posteriormente no ha obtenido sino resultados inconcluyentes, muchos de los cuales han coincidido siempre con el periodo de reabsorción del derrame. Drézwiecki, ha dado también salicilato de soda en todas las pleurésias, habiendo comprobado desde los tres primeros días una mejoría marcada, á saber: disminución de la fiebre, diuresis y descenso del derrame. Fitz, asegura de que los prepara-

Trados salicilados son el verdadero específico de todas las inflamaciones de la pleura, sobre todo, cuando los enfermos son tratados desde el principio.

En cuanto al modo de acción de este medicamento, se tiene en cuenta principalmente el hecho de eliminarse el ácido salicílico por las pleuras, pues, se ha podido comprobar su reacción característica en los drenajes pleurales, tal es la coloración violeta que toma tratada por el percloruro de fierro; de aquí que se hayan formulado dos hipótesis: ó bien el salicilato de soda al eliminarse por esta serosa compromete la vitalidad de los microorganismos, haciendo el derrame cada vez más estéril para su purulación; ó bien neutraliza las toxinas segregadas por ellos.

Las dosis deben ser altas para poder ejercer una acción microbicida, porque con las débiles nada se consigue; así siempre se administra a la dosis de 6 ó 8 gramos, y hasta 10 y 12 en las 24 horas, prefiriéndolo en las pociónes alcoholizadas, y prolongando su uso hasta 6 y 8 días, con la única limitación de vigilar siempre el estado del corazón y del aparato urinario.

Hayem ha empleado el tratamiento por el salol, así como por la salpirina; también con buenos resultados, pero siempre con dosis altas (4 ó 6 gramos en 24 horas).

Clementz (de Lyon), aspira cacos de pleureasas curadas con la antipirina á la dosis de 6 gramos por dia, (un gramo cada dos ó tres horas) y dice haber obtenido una rápida resorción del derrame.

La medicación contraestimulante, cuyo uso fué generalizado por Rasson, su mas ardiente partidario, tiene por agente principal el tartaro emético, que ha sido administrado hasta de 1 gramo 50 á 2 gramos por dia, basada según él en la tolerancia creada por la enfermedad misma. El objeto que se propone era producir efectos generales que disminuyesen la vitalidad del individuo á fin de poder abatir la enfermedad.

Apenas tiene partidarios hoy en dia, reservándose su uso para los individuos muy vigorosos, y siempre en las formas mas agudas; así, Bucquoy, Jacond, la emplean alguna vez á la dosis de 20 á 60 centigramos en una poción de 120 gramos, por cuchillada cada 2 horas.

Finalmente, se señala tambien el tratamiento de las pleureasas por el cloruro de sodio. Para esto se somete al enfermo á dieta seca administrándose el cloruro de sodio á la dosis de 4 á 6 gramos cada 2 horas, de manera que alcance á 40 á 60 gramos en las 24 horas. Potain la ha puesto en práctica, habiendo conseguido bajo su acción, incremento en la cantidad de la orina, el retorno del

apetito, y una rápida reabsorción del derrame, aunque no siempre en todos los casos.

A este respecto podría agregar que en la sierra esta medicación es empírica. De visto generalizado el empleo del cloruro de sodio en los diversos casos de pleuresisas asociado generalmente al alcohol; una fórmula conocida bajo el nombre de salmuera podría traducirse en lo siguiente: cloruro de sodio, 1 cucharada de sopa (15 ó 20 gramos aproximadamente), aguardiente de 18 a 20 grados, 60 gramos poco más o menos, para una dosis; 3 ó 4 veces al día. Las observaciones han venido a comprobar la utilidad de este tratamiento, y explica el porqué de su generalización, pues lo consideran superior á cualquier otro.

No habiendo, en suma, un tratamiento específico que oponerle y que sea capaz de curar radicalmente las pleuresisas, se ha aceptado la expectación, que cuenta con numerosos partidarios en las formas leves (German See, L'ancereaux, Faians etc.). La pleuresia, dicen, recorre regularmente su camino en 2 ó 3 semanas, siendo su evolución casi ciclica, y bastando, por consiguiente, la medicación tónica, y las mejores condiciones higiénicas." No obstante la fiebre, el dolor de costado, etc, siempre merecen tomarse en consideración; hay que llenar ciertas indicaciones, y aquí es donde tienen aplicación la me-

= dicación antipirética, y la medicación calmante (morphina, codeína, agua de laurel cerezo, etc.).

El tratamiento externo comprende principalmente los revulsivos y las emisiones sanguíneas.

En la medicación revulsiva ocupan el lugar mas preferente los vejigatorios, cuyo empleo ha sido de lo mas discutido; ha encontrado numerosos partidarios á la vez que opositores. German See, al respecto, dice: "Por mas que se proteste contra este medio doloroso, y aun peligroso, por mas que se acumulen pruebas para demostrar su perfecta inutilidad; los médicos continuarán comprometiéndolo á sus enfermos, porque de no ser así los enfermos lo exigirán de su médico. Y sin embargo el vejigatorio no ha tenido jamás acción alguna sobre la pleuresia". El Ilustre profesor continúa y se pregunta: "¿que es lo que sucede? — El médico llamado, se halla ante una pleuresia, y se arresura á aconsejar un vejigatorio. Este primer vejigatorio aplicado en el primer periodo doloroso, tiene generalmente por efecto hacer que desaparezca el dolor de costado. Esto es un estímulo; 2º vejigatorio. Esta vez el resultado es nulo, la pleuresia está en pleno periodo de agravio. El médico vacila en ordenar otro, y el enfermo en aceptarlo, al fin se transige, se hacen embrocaciones y rodadas; pasa el tiempo y la

"pleuresia queda. Decidire la aplicación de un tercer
 "vejigatorio. Estamos en el tercer septenario; de pronto
 "el derrame ha sido dominado. Un último esfuerzo, y
 "el cuarto vejigatorio coincide con la reabsorción del
 "líquido. No hay medio de demostrar al enfermo
 "ni tampoco al médico, que la curación no es el
 "efecto de su medicación vesicante, y que la pleu-
 "resia no hubiese evolucionado de otro modo sino se
 "hubiera aplicado ningún vejigatorio." Por último
 añade: "Si por casualidad la pleuresia no es de las
 "que se reabsoberán, la aplicación de los 4, y aún más
 "vejigatorios es completamente nula."

Barth, sin declararse muy partidario de él,
 opina de que la resolución de las pleuresías por la
 acción combinada del vejigatorio y los diuréticos es
 muy posible. Dívalafoy, considera mediocre su utilidad,
 y más bien llama la atención sobre las complicaciones
 que puede producir su uso inmoderado; así los casos
 de cistitis, erupciones, y erupciones formicolosas, produci-
 das por los vejigatorios, en los individuos que en el
 curso de su enfermedad se hubiesen aplicado dos ó más,
 serían muy frecuentes. Talamón no los acepta en
 ningún periodo de la enfermedad. Jacob los emplea
 alguna vez en individuos fuertes y vigorosos.

Entre sus partidarios podemos citar a Rendu,
 Burquier, y Julio Simón que los aceptan, tomando la
 precaución de aconsejarlos previamente empleándolos

sobre todo en las pleurecias de comienzo brusco.

Los vejigatorios se han empleado en todos los períodos de la pleurecia, a fin de producir una irritación prolongada; en el primer período calma el dolor debido a las modificaciones cardiovásculares que produce, y probablemente también por modificaciones del sistema nervioso; pero las ventajas obtenidas, en este período, por los vejigatorios pueden conseguirse por otros revulsivos de mediana intensidad (las aplicaciones godadas, las ventosas secas, etc), evitando la molestia que produce la orciación. En el segundo período es donde su acción es realmente nociva, pues la derivación que se consigue en nada favorece la reabsorción del derrame; muy al contrario, perturba las funciones de la piel, obstruyendo uno de los principales emmutorios por donde se eliminan indudablemente (parte) de las toxinas. En el tercero no se consigue tampoco el acelerar la reabsorción, siendo igualmente nula su acción.

Las emisiones sanguíneas han sido puestas en práctica bajo dos formas: de sangría general, y de sangría local (ventosas escarificadas, aplicación de sanguijuelas). Bajo la primera forma ha sido abandonada felizmente casi por completo, empleando se apénas en algunos casos excepcionales en que los síntomas son muy intensos y la forma muy aguda (fiebre alta, disnea exagerada, dolor de costado)

= siempre en individuos de constitución fuerte; las sanguijuelas y entorsos escarificadas tienen aún practicadas (Jacoud, H. Rendu, Peter Potain) en el primer periodo: ya sea para combatir el dolor de costado, y muchas veces la fiebre, o ya también para moderar algún tanto el trabajo pleural.

Finalmente se han propuesto otros diversos medios para poder tratar el proceso infeccioso; tales son: multiplicar la formación local del leucocitos, cuyo objeto sería la función de digerir los bacilos; excitar el funcionamiento de los órganos atacados de tuberculosis, en especial el pulmón, por medio de inyecciones subcutáneas de cantaridina; por último provocar a distancia, la formación de abscesos de fijación contra la purulencia de estos procesos infecciosos, lo cual se ha pretendido conseguir mediante la inyección de algunas gotas de esencia de trementina, bajo la piel. Mas, todas estas tentativas han sido igualmente infructuosas.

- Tratamiento quirúrgico -

Entre todos los medios propuestos para favorecer la reabsorción del exudado, indudablemente la tóracentesis, es el que ocupa el lugar preferente; es cierto que en muchos casos no puede hacer desaparecer por completo, ya sea porque casi siempre se reproduce el derrame, en cantidad mas ó menos considerable, (al menos cuando la punción no tiene por objeto evacuar los últimos restos de exudado que permanecen estacionarios en la cavidad pleural sin poder reabsorberse), ó ya porque predomina la idea de no extraer totalmente al hacer la punción. Así la tóracentesis aunque, como todos los medios médicos, no sea un procedimiento radical de curación; es el recurso mas precioso que posee el médico para evitar las muertes súbitas: la asfixia inminente que amenaza casi siempre á los enfermos que tienen un derrame considerable que llena no pocas veces la cavidad pleural; ó la dificultad que igualmente opone á las funciones del corazón.

No siendo posible emplear en todas las pleuremas este procedimiento se ha formulado ciertas indicaciones que autorizan formalmente la intervención.

Indicaciones; - El profesor Potain establece cuatro órdenes de consideraciones distintas; que constituyen otras tantas indicaciones, estas son: 1º deseches funcionales; 2º abundancia del derrame; 3º épo-

ca del derrame, y 4º, naturaleza del derrame, indicaciones que Barth las aprecia respectivamente como muy urgente, urgente, necesaria, y simplemente útil.

(a) Entre los trastornos funcionales pueden enumerarse la disnea, la cianosis, la tendencia al sincopé, y los insomnios persistentes. La disnea es de todos ellos el mas infel, pues, no siempre está en relación con la cantidad del líquido derramado en la cavidad pleural. Así, Rousseau, que fue el que mas se afanó por vulgarizar esta operación, tanto que, podría considerarse como su inventor, cita el caso de una nodriza que sin ninguna fatiga pudo hacer un viaje de de Saint Etienne al Hospital Necker, llevando consigo a su hijo. El derrame era tan considerable que practicada inmediatamente la toracentesis dio salida a 2500 gramos de líquido. Igualmente otros médicos han observado casos semejantes (Andral, Landouzy, Vieulafoy) es decir, pleuresis con disnea relativamente pequeño. Este síntoma se presenta, pues, en circunstancias muy diversas; por ejemplo: guarda proporcionalidad con la rapidez de su formación; los derrames exquistados, aunque pequeños determinan su aparición (Pocain); estarán también en relación con el estado en que se encuentre el tejido pulmonar subyacente; si este esté san-

no hay diuresis, ó si la hay ésta es moderada; por el contrario si este enfermo, supongamos congestivo; entonces se presenta una diuresis mas ó menos intensa, en cuyo caso, según algunos autores, hasta podría contraindicar la intervención, por ejercer la aspiración sobre un órgano enfermo aumentando así su estado congestivo. Por lo ligeramente expuesto, la diuresis por si sola no siempre indica formalmente la intervención.

La cianosis de la cara y de las extremidades, en especial si va acompañada de diuresis, revela casi siempre un estado semiásfílico, autorizando por consiguiente la punción inmediata, aunque la exploración clínica no manifieste la existencia de un gran derrame; en estos casos el peligro es grande, y todo lo que hay que hacer es ganar tiempo.

La tendencia al sincopal impone igualmente la intervención inmediata. No se puede contemporizar con un enfermo que acaba de presentar un sincopal ó una lipotimia, sin correr el riesgo de una muerte súbita, ya sea por el sincopal mismo, ó por el hecho de una embolia, ó trombosis de la arteria pulmonar, y aún de los vasos cerebrales.

El insomnio persistente, como lo hacia notar el profesor Cluguet, es un signo que merece tomarse en consideración, porque coincide frecuentemente con

= la producción de un derrame abundante.

Por lo demás; los trastornos funcionales, si bien es cierto, que hacen advertir el peligro que amenaza la vida del enfermo, no por eso son todos de absoluta significación, por lo que es razonable proceder antes del examen clínico del enfermo, siempre que haya lugar para ello, para justificar la suspicacia de la intervención.

(b) Si la evaluación de la abundancia del derrame, si bien aproximada, constituye el criterio por excelencia. El profesor Diculafay, fundándose en el hecho comprobado por las autopsias, de que la muerte súbita nunca ha sido ocasionada por un derrame inferior á dos litros, exceptuando un solo caso, que cita Blachez en que la pleura no contenía mas que 1,500 gramos de serosidad; fija esta cantidad en 1,800 ó 2,000 gramos, cantidad que justifica sobradamente la urgencia de la operación; aunque lo prudente, es operar toda vez que alcanza á 1,500. Esta blercida, así, la urgencia, resta saber el modo de apreciar dicha cantidad, el cual se basa en la exploración prolífica del enfermo, y acertada interpretación de los signos que se observan. Su diagnóstico se apoya principalmente en la naturaleza de la matitez, en la desaparición de las vibraciones torácicas, y en la desviación de los órganos (corazón, hígado).

Si tenemos una pleurexia del lado izquierdo en que la matitez y la ausencia de las vibraciones torácicas alcanzan la espina del omoplato; la su matitez reemplaza, en la región subclavicular, á la tonalidad normal ó aumentada del sonido skótico; la sonoridad del espacio de Traube desaparece. En que, sobre todo, el corazón está desviado, de manera que el maximum del ruido sistólico cardíaco, se percibe en el borde derecho del esternón, ó bien entre el esternón y el pezón derecho: estos signos, en un adulto, denotan que el derrame es de dos litros ó es tó muy próximo á esta cifra. La intervención se impone; aplazarla para después sería poner en peligro la vida del enfermo.

En las pleurexias del lado derecho, la coa lución es mas difícil, porque falta un signo de mucho valor: la desviación del corazón; pero se deduce por el estudio de los mismos signos, tomando en estos casos una gran importancia - la disloca ción del hígado, siempre que exista; pues se sabe que esta glándula no desciende por debajo de las falcas costillas si el derrame es inferior á 1.800 gra mos, por lo menos. En los derrames pequeños (má nos de 1.000 gramos), la matitez no alcanza sino la tercera parte inferior de la pleura, ó cuando más hasta la mitad; el soplo es velado y limitado.

= á la respiración. En los medianos (1,000 á 1,500 gramos), la matitez se encuentra hasta la mitad ó dos terceras partes inferiores de la pleura; el sopló toma un timbre bronquico y se manifiesta en los dos tiempos de la respiración. Hay además en algunos casos una ligera dislocación del corazón ó del hígado, según sea el lado afectado; aunque desgraciadamente no siempre se presentan estos signos. Lo propio puede decirse de la mensuración; pues, cuando hay aumentos en las dimensiones del lado enfermo, este constituye un signo muy precioso (Woillez).

Cuando las pleromeas no son simples sino complicadas, pueden haber causas de error; por ejemplo, en la congestión del pulmón subyacente; este, en vez de retráverse formando un múnón á lo largo de la columna vertebral, se sumerge conservando su volumen normal ó aún aumentado, en la exudación; porque contiene muy poco aire. Esta circunstancia da lugar á que se eleve el líquido formando una lámina mas ó menos delgada interpusa entre el pulmón, y la pleura parietal respectiva.

Este error no depende sino del examen superficial que se hace; porque siempre hay signos que le son característicos: la propagación, en todo el territorio de matitez, del ruido de sopló; de la resonancia de la voz, y de las vibraciones torácicas (Potain).

La contraindicación formulada por algunos profesores, fundada en el estado congestivo del pulmón, en condiciones de llegar á decirse: "si hay mucho líquido se hará la toracentesis; si hay mucho pulmón no se hará....", no es pines absoluta; antes bien, todas las complicaciones ya sean directas ó indirectas (congestión pulmonar, adherencias antiguas, lesiones valvulares del corazón, pericarditis, etc) imponen la necesidad de practicarla y justifican su urgencia, aún en los derrames medianos, con la única circunstancia de que la evacuación del líquido debe hacerse, en tales casos, tomando mayor número de precauciones. En suma, la urgencia de la puncción no solo obedece á la abundancia del derrame sino también á las complicaciones que pueden presentarse en el curso de una pleurexis, ó que esta lleve á complicar ciertos estados morbosos anteriores de los aparatos circulatorio, ó respiratorio, produciendo un derrame aunque sea mediano.

(c). La tercera indicación obedece á la antigüedad del derrame. Es de regla, entre los médicos, el abstenerse de intervenir cuando el derrame no es muy abundante. La persistencia de los derrames oscila entre dos límites poco estenosos: tiene tendencia á aumentar desde el principio hasta el decimo quinto ó vigésimo dia, á partir de este época permanecen

estacionarios por algunos días, y acaban por reabsorberse en gran número de casos. Toda intervención en el periodo de aumento (salvo casos excepcionales de urgencia ya anotados) no tendría objeto porque una vez practicada se reproduce casi siempre en los días siguientes; pero, cuando del vigésimo, al vigésimo quinto día no se reabsorben, cualquiera que sea la cantidad del líquido derramado la intervención se hace necesaria; aunque es cierto que abandonada á si misma acabaría por reabsorberse. Las razones para llenar esta indicación, entre otras, son: 1º, la reabsorción lenta de un derrame antiguo, da lugar á la formación de falsas membranas, que establecen adherencias más ó menos extensas entre el pulmón y la pleura, produciendo una incomodidad más ó menos penosa y persistente de la respiración en los enfermos que lo sufren, incomodidad que aumenta con el menor esfuerzo y provoca, no pocas veces, dolores agudos que se refieren á la base del torax; ó bien dando lugar al enquistamiento. Sabido es que la toracentesis, evacuando oportunamente el líquido, previene la formación de tales adherencias; 2º, salvo al enfermo cuanto antes de permanecer tooo mucho tiempo en la habitación, y aún en la cama prolongando así la convalecencia tan nociva á la salud; 3º, permite

que el pulmón recobre oportunamente su volumen primitivo, pues hay gran interés de que este órgano no permanezca por mucho tiempo reducido al estado de un riñón inerte que ya no sirve para la hematosis, debido al trabajo esclerósico que se inicia en el pulmón cuando la expectación es prolongada. A veces hasta llega a fijarse a la columna vertebral por medio debridas fibrosas, determinando su atrofia consiguiente, con dilatación bronquial ó sin ella; y mas tarde, la dilatación del corazón de recho.

(d). La H_2 indicación es de bastante utilidad para precisar la naturaleza del derrame. Sabemos que las pleuremas pueden ser serofibrinosas, hemorragicas, purulentas etc. y que, en las dos primeras modalidades clínicas la intervención es racional á excepción de las purulentas, que ceden el campo al empuema, que es el tratamiento de elección, pero aún en estas últimas producen a veces una curación definitiva, tal sucede en los niños en que la purulencia es casi siempre debida a la presencia del nemococcus. Por otra parte, si bien es cierto que teóricamente la clasificación de las pleuremas, basada en la naturaleza del derrame, es tan sencilla que cada especie se presenta in un capítulo especial formando una bella unidad, en el terreno

clínico no sucede lo propio, las nociones etiológicas y bacteriológicas apenas le prestan su contingente de manera que el médico se ve obligado a fundar su diagnóstico en los signos que interpreta a la cabeza del enfermo, y como quiera que apenas hay diferencias en los síntomas de estas distintas especies de pleurecias; se deduce claramente que la punción confirmando la naturaleza del derrame, precisa el diagnóstico. Bajo este punto de vista la punción es útil.

Hay una última indicación que la justifica igualmente - es la constitución del enfermo. Una persona delicada en quien se sospecha antecedentes respecto a la tuberculosis, no puede soportar, sin menoscabo de su salud, una reclusión prolongada; la pleurexia de apariencia más benigna tiene que debilitar más su pulmón, producir la atelectasia mientras haya derrame, y preparar un terreno favorable al desarrollo de las granulaciones tuberculosas. Es pues de gran interés extraer el exudado aún mediano, operación que si no indispensable es útil.

— Mármol operatorio. —

Decidida que fuere la operación es necesario examinar el aparato instrumental, a fin de que se encuentre, este, en buenas condiciones; emplear una antisepsia rigurosa; precisar el punto donde se ha de hacer la punzión, y tomar las precauciones indispensables al coaguar el líquido pleural.

Aparato instrumental. — En la actualidad están más generalizados los aspiradores nemáticos de los Doctores Bielafoy y Potain, que son una aplicación de las bombas aspirantes e inquebrantables. Al primero, pertenece la idea de reducir los instrumentos a una simple aguja-cárrula apretando á la vez la aspiración. Antes de su ingeniosa invención los médicos hacían uso de un trócar mas ó menos capilar, y de un bisturi ó lanceta para hacer la incisión cutánea. El Doctor Bielafoy adaptaba al pabellón del trócar un largo tubo de caucho formando sifón, y el Dr. Grönseau obtendría esta extremidad con un pedazo de baudruche.

El aspirador Bielafoy consta de las partes siguientes: un cuerpo de bomba de vidrio, graduada en gramos para evaluar el líquido aspirado, con un pistón perfectamente adaptado á su pared interior, cuyo vástago lleva una cremallera que funciona á merced de una palanca en conexión.

con una rueda dentada engranada en dicha cremallera. En la parte inferior, el cuerpo de bomba tiene tres llaves. A la del medio se adapta un largo tubo de caucho bastante flexible e interrumpida cerca de su extremidad libre, por un tubo de vidrio que sirve de índice para observar el líquido que se desliza á su través; esta extremidad lleva una portacámpula destinada á recibir las agujas. Las otras dos llaves sostienen igualmente sus tubos respectivos, de los que uno de ellos sirve para expulsar el líquido aspirado, y el otro para aspirar el líquido medicamentoso para el caso de tener que injectarlo en la cavidad pleural.

Hay también otros modelos de menor capacidad, de dos llaves únicamente, sin cremallera y con un simple pistón; el cual cuando se hace girar un cuarto de circulo, una vez hecho el vacío, viene á adaptarse en una ranura que lleva la extremidad correspondiente del cuerpo de bomba.

Esta provista de una serie de agujas, címulas, de los números 1, 2, 3, 4... cuyos diámetros interiores van aumentando de $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{2}$ milímetro, siendo el del N.º 1 de $\frac{3}{4}$ de milímetro. También lleva otra serie de trócares, N.ºs 1, 2, 3... cuyos diámetros interiores proceden de milímetro en milímetro.

El aspirador Potain, viene á ser una modificación del aparato anterior, lo cual consiste princi-

zialmente en que el tubo de aspiración está interrum-
pido en su parte media por un frasco graduado
cuya capacidad es de un litro, destinado á recibir
el líquido aspirado, y donde se hace el vacío previa-
mente, evitando de ese modo todo contacto del cuerpo
de bomba con el derrame; además, la extremidad
del tubo aspirador destinada á recibir el trócar,
está provista de un aparatito accesorio donde se mon-
ta el trócar que se desea, y que por un mecanismo
bastante ingenioso se opone á la entrada del aire.
Dícese que últimamente le ha añadido su autor
un aparato manométrico que permite apreciar en
cada instante de la operación las variaciones de
presión intrapleural; por cierto de utilidad incod-
testable, puesto que por este medio se puede prevenir
accidentes bastante graves.

La antisepsia debe ser rigurosa tanto
en los instrumentos, como en el cirujano, y el
campo operatorio.

Después de asegurarse de que el pistón
se adapta herméticamente al cuerpo de bomba,
lo cual se consigue remojando por algunos minutos
el aspirador en agua caliente; se procede á exami-
nar los tubos de aspiración y desague á fin de
desembarazarlos de cualquier obstáculo que pudiera
obstaculizar la luz de su conducto; las llaves para
consultar su fácil funcionamiento; y sobre todo,
los trócares ó agujas que hayan de emplearse,

pasando por su conducto el escobillón ó hilo de plata. Hecho esto, se hace funcionar el aparato completamente montado para despues desarmarlo y proceder á la esterilización de sus distintas partes. Las agujas se queman en un poco de alcohol, ó se hacen hervir en agua pura ó fencicada por algunos minutos; los tubos de caucho en una solución fencicada fuerte (al 1 por 30); se aspira igualmente un poco de este líquido á fin de desinfectar interiormente el cuerpo de bomba, y el pistón. Se lava el todo con agua esterilizada por la ebullición, aún tibia, entregando luego al ayudante que ha de manejara, instruyéndole antes sobre las precauciones mas minuciosas que ha de tomar, si no es una persona de la profesión. Los llaves siempre debe manejar el operador.

El cirujano debe desinfectarse las manos con una solución de bichloruro de mercurio, al milésimo, despues de haberse lavado con jabón, y limpiado la suciedad que pueda quedar entre las uñas.

Queda la desinfección del campo operatorio. Determinado el punto donde se ha de funcionar, se lava la región correspondiente, con agua tibia y jabón mediante un cepillo, procurando emplear en este lavado algunos minutos, despues con una solución de sublimado al milésimo, con alcohol y finalmente con eter; cubriendolo con un pedazo

de gasa antiséptica, que no se quita más que en el momento preciso de la punción.

Punto de elección.- Un examen minucioso del enfermo, basado sobre todo en los signos físicos que en ese momento se presentan, determinan más que todo este punto. Así, se elegirá el sitio en que la matitez sea completa, acompañada de soplido tubario y egofonía sin ningún estertor, pero guardando siempre la distancia indispensable para no herir los órganos próximos, principalmente el corazón ó el diafragma. Los derrames abundantes normales en su forma y que llenan los dos tercios inferiores de la cavidad pleural, ya tienen este punto determinado. Según la mayor parte de los autores debe estar en el séptimo u octavo espacio intercostales, en la líneax axilar posterior, y á la altura poco mas ó menos del mamelón respectivo, inmediatamente por encima del borde superior de la costilla subyacente. A veces su determinación ofrece alguna dificultad; ya por haber una infiltración en la pared torácica, ó ya por la abundancia del tejido celular, en cuyo caso es necesario depresionar fuerte y profundamente y por repetidas veces, hasta obtener la sensación de resistencia propia de las costillas. Una vez determinado, puede señalárselo con el lápiz dermográfico.

Por lo demás, se procura inspirar al enfermo entera confianza acerca de la inocuidad de la

operación, á fin de prevenir en él toda emoción.

El enfermo debe estar medio sentado, y apoyado en la cadera del lado opuesto al que se opera, sostenido en esta posición por medio de ayudantes y almohadas, con los brazos cruzados, y dejando completamente libre la región donde se ha de practicar la punción. Esta, parece ser la posición más favorable, aunque á veces hay que operar en decubito lateral.

El cirujano se coloca hacia este lado, de manera que no pueda ser impedido en sus movimientos; al mismo tiempo que procura que el ayudante encargado de manejar la bomba, donde se ha hecho previamente el vacío, guarde la distancia conveniente para que el tubo de aspiración no quede tensó

Y fija la mano que punciona. Para ello aplica, el cirujano, su pulgar de la mano izquierda en el punto señalado, lo deprime suavemente hasta fijarlo al nivel del borde superior de la costilla situada por debajo, al mismo tiempo que, con la mano derecha toma el trocar ó aguja engrasada en aceite fenicado, y montada en la porta cánula, limitando con el dedo índice la longitud que va á introducir (2 ó 3 centímetros) y sosteniendo el otro extremo con la palma de la mano. A continuación invita al enfermo á respirar ampliamente, aprovecha del momento de inspiración para hacer deslizar el trocar sobre la uña del pulgar izquierdo que le sirve á servir

de goma, y hunde en seguida rápidamente, y en un solo tiempo, procurando que penetre perpendicular á la pared torácica, ó dándole una ligera oblicuidad. Una vez que ha penetrado, se comprueba que está en la cavidad pleural por medio de una sensación especial que se siente al imprimirle un movimiento de lateralidad. Si es un trocar el que se emplea, se quita el estilete.

Abierta la llave que comunica con el tubo aspirador, aparece el líquido en el índice, llegando después al cuerpo de bomba. Hay necesidad pues de vaciarlo lentamente, cuidando de que su cantidad no pase de 50 gramos por minuto, lo que se consigue según el aspirador empilado, ya haciendo poco vacío (Potain); si abriendo solo la mitad de la llave (Duculafay) e interrumpliéndolo de tiempo en tiempo, para evitar que el pulmón se despliegue bruscamente, y sufra una presión negativa, peligrosa desde luego. La aguja generalmente empleada es el N° 2 (Duculafay) de $1\frac{1}{4}$ milímetros de diámetro.

Si el derrame sale con intermitencia, esta puede depender del vacío incompleto que se hace, en cuyo caso se hace indispensable practicarla nuevamente, cerrando antes la llave del tubo aspirador; aquí es donde se reconcentra la atención del cirujano hacia el manejo de las llaves, que no debe confiar á nadie.

Puede suceder que estando bien hecho el vacío no se escorra el líquido, ya sea por la interposición

de alguna falsa membrana, ó porque el pulmón venga á obstruir el trócar. Sigueros movimientos de lateralidad que se le imprimen bastan para hacer desaparecer el obstáculo. Si en el curso de la operación se presenta una tos quintosca, acompañada de una sensación dolorosa en el torax, habrá necesidad de interrumpir la operación por algunos instantes, para continuarla después; pero, si se hiciere persistente, suspenderla, en especial, si la tos es quintosca y continua.

En cuanto á la cantidad del líquido que se debe extraer, in cada sesión, las opiniones están bastante divididas. Los profesores Diculafog, Talamón y otros no aconsejan extraer mas que un litro del líquido, reservando el resto para nuevas junciones, entratanto que, Peter, Troust, Faicans etc. extraen el total, no abandonando la operación si el enfermo no es atacado de tos frecuente. Terminada la extracción total ó parcial del derrame, se rodea la cámara con un pedazo de algodón ó gasa antiséptica, y se quita encogida con ligereza. El algodón puede fijarse al colodion yodoformado, y aplicar después un vendaje algodonado.

Accidentes. - Aparte de unos pequeños incidentes que no dejan de presentarse en el curso de la operación, por ejemplo: el choque del trócar entre una costilla debido al estrechamiento intestino de

los espacios intercostales; la punción blanca, que tiene lugar cuando se col entre falsas membranas, que podría hacer presumir la falta de derrame; la pleuresia gelatinosa que se interpretais del mismo modo; la introducción del aire en los pulmones, que depende mas que todo de la impericia del operador ó su ayudante, y la tos quintosa sofocante con punta de costado, bastante aguda; se cita como accidente muy posible, el síncope que tiene lugar en el momento mismo de la punción ó aun antes, sobre todo en los cardiacos, cuyo corazón está alterado en su innervación ó mitración, ó ha sufrido deviaciones debidas á una compresión prolongada, que compromete á veces hasta las venas cava. Así, la cava inferior de las pleuresias izquierdas con derrame abundante, permanece acodada casi en ángulo recto al nivel de su embocadura (Bartels) y en la pleuresia derecha sufren compresión la cava superior, y la auricula derecha (Leichtenstern).

Estos sínopes serían debidos á trombos que se forman en el corazón derecho, ó en las venas ya citadas que migrando constituiría una embolia pulmonar, ó también cerebral.

Fuera de estos casos se citan otros sínopes que no tienen causa real que los justifique, pues las autopsias no revelan nada orgánico. Estos se atribuirían á una predisposición del individuo á la anemia cerebral ó á la detención refleja del

corazón por una sacudida nerviosa busca (Dobroberg). En los enfermos pusiláminos la emoción puede constituir una causa ocasional.

Los accidentes consecutivos constantemente atribuidos a las fumaciones, son entre otros: el edema agudo del pulmón, y la transformación purulenta. El edema agudo del pulmón con la, impropiamente llamada, espectoración albuminosa, solo tiene lugar en los enfermos en quienes se ha evacuado rápidamente el exudado, ó se ha extraído una gran cantidad de él, ó también, en aquellos cuyos vasos son demasiado frágiles; tal sucede, en los cardiacos, angustiosos, y arteriosclerosos.

El aflujo repentino de sangre y en cantidad excesiva, en vasos que han estado comprimidos y paralizados, explican este accidente. El exceso de presión en los vasos es tal, que á veces se produce una extravasación de serosidad tan abundante que puede llegar hasta los bronquios, y determinar la espectoración albuminosa, ó invadir el pulmón del lado opuesto hasta producir la asfixia.

La transformación purulenta nunca tiene lugar, con una rigurosa antisepsia. Si un derrame hemorrágico, serofibrinoso se hace purulento es porque contiene ya los microorganismos habituales de la supuración.

- Observaciones clínicas. -

Cuando me hice cargo del Internado del hospital de Guadalupe del Callao, servicio del Dr. Arnaiz, guiado como estaba, por el vehemente deseo de estudiar un tratamiento que sino curase radicalmente todas las pleurecias, por lo menos aliviara á los pacientes, abreviando en muchos de ellos su duración, siendo por otra parte esta enfermedad muy frecuente en el departamento del Cuzco, mi suelo natal, y en donde si se conoce la toracentesis pocas veces se le pone en práctica llenando solo indicaciones de gran urgencia; obtuve de mi respetado y bondadoso maestro la concesión de tratar por mi solo á todos los pleuriticos que ingresaran á su departamento.

Desde entonces hasta el día en que tuve que dejar el servicio, mi anhelo constante ha sido observar los diferentes y variados casos de pleurecias que se han presentado, empleando los tratamientos mas racionales que se han seguido para la curación de esta enfermedad.

Por fortuna mia, estos casos no han sido raros, pues en el transcurso de un año he tenido veinte pleurecias, entre agudas y crónicas, ya serofibrinosas ó purulentas, en todos los que sistemáticamente he practicado la toracentesis.

La moderna teoría de la inflamación que tiende á referir su génesis á los bacterias, haciendoles desempeñar el papel mas importante; y consi-

derando las demás causas simplemente como predisponentes, que obrarian: ya debilitando los elementos celulares encargados de luchar contra su vitalidad; ya creando en el organismo espacios favorables para su pululación ó ya dándoles entrada al medio interior; ha influido en mi ánimo, para emplear después de toda prudencia la antisepsia de la cavidad pleural.

Admitida la infecciosidad de las pleureas, y relegado, si se quiere, al terreno histórico, la llamada pleureia á fréjore en que se hace descender al enfriamiento el papel de causa eficiente, no he podido desconocer su utilidad. Así he empleado para los lavados: la solución boricada al uno por ciento; la de sublimado corrosivo, al uno por 5000, y la solución yodo-yodurado, según la fórmula siguiente: yodo 1 gramo - Yoduro de potasio 4 gramos - Agua destilada 500 gramos.

Es cierto que la mayor parte de los autores solo los prescriben en las pleureas purulentas; mas, está probado que muchos derrames ya encierran germínes piógenos y en su ausencia es de suponer que actúen sobre los microorganismos existentes en el derrame ó en el tejido pleural mismo á mas de neutralizar la acción de sus toxinas.

Esta consideración por una parte, y la incidencia de los lavados, á dosis moderadas, por otra,

ha hecho también que haya dejado siempre en dicha cavidad algún antiséptico. Ya mnos 20 gramos de licor de Van-Swieten, como aconseja el profesor Faisans, ya una solución alcohólica de naptol formulada por el profesor Bauchard, del modo siguiente: Naptol 3-5 gramos - Alcohol á 90° 33 gramos - Agua destilada - 67 gramos de 10 á 20 gramos; ó bien la solución de clomuro de zinc al uno por ciento, 10 á 20 gramos.

La medicación interna me ha preocupado poco, por que la experiencia clínica que he adquirido sobre su acción terapéutica ha sido siempre inconstante e inconstantes las observaciones que he hecho en las clínicas de nuestros hospitales.

He empleado los diuréticos, el calomel, el cloahidrato de pilocarpina y sobre todo el salicilato de soda. Los efectos desastrosos que he visto producirse con la medicación estivada ha hecho que los rechace del todo. El empleo de los aejigatorios igualmente, no me ha parecido bien y he proscrito su uso.

Los veinte casos que he observado, no han sido todos de forma aguda; muy al contrario, ha habido en ellos la mayor variedad posible; los que, en el presente trabajo, para facilitar su descripción he tratado de clasificarlos en cuatro grupos. En el primero, he considerado las pleureasias de forma franca mente aguda; en el segundo, las fileureasias latentes

de marcha insidiosa, en los que el derrame ha alcanzado regulares proporciones; en el tercero, las crónicas, ya consecutivas á una forma aguda ó ya crónicas de suyo; y en el cuarto grupo, las pleurexias purulentas. No siendo posible acompañar las historias clínicas detalladas de estos diferentes casos, por no recargar mucho esta tarea, me limito á consignar una de cada grupo, anotando en los demás algunas particularidades que no dejan de ofrecer.

En el primer grupo considero seis casos. Estos son los que mas me han preocupado y en cuyo tratamiento he agotado: el salicilato de soda, el calomel y los diuréticos. En algunos, he dado la digital, cuando ha habido necesidad de llenar alguna indicación de parte del corazón, mas no como diurético propiamente dicho.

Nada satisfactorios.. como han sido los resultados he practicado la punción hasta por cuatro veces siguiendo el método del profesor Faisans, que trata las pleurexias agudas por punciones sucesivas, consiguiendo la definitiva desaparición del derrame y de consiguiente la curación.

Hebo hacer presente que al evacuar los derrames me he apartado de las prescripciones formuladas por la mayor parte de los autores, no solo en la cantidad del líquido, que he extraido en su totalidad,

sino también en las épocas del derrame; pues, he pun-
cionado prematuramente. Así se concibe que nunca
haya tenido un solo caso en que el corazón ó el
hígado hayan llegado á dislocarse, no he aguarda-
do la indicación de suma urgencia. Comprende este
grupo la historia clínica N° 1 y las observaciones
de los casos N° 3, 5, 6, 14, 16 y 19.- Curados todos.

En el segundo grupo consigno la historia
clínica N° 2, y los casos N° 7, 8, 10, 13 y 18, en los que
he agotado los diuréticos y los diaforeticos, habiendo
cedido, por el contrario, á una ó dos punciones. En
todos ellos la curación se ha realizado.

El tercer grupo comprende la historia clínica
N° 3 y los casos números 11, 12, 15, 17 y 20. Inutil co-
mo son, en estos, la acción de los medicamentos, han
sido tratados por la punción seguida de la medi-
cación tónicoreconstituyente.

Finalmente en el 4º grupo están incluidos
la historia clínica N° 4 y los casos números 7 y 9.
En estos enfermos las punciones aunque no hayan
dados por resultado la curación, no por eso dejan
de presentar grande interés bajo el punto de vista
del diagnóstico, y del alivio que les ha proporcionado;
precisando en el caso N° 4 la ileurotomía con
buenos resultados, pues ha sido seguido de curación.

Verdad, que este grupo encierra dos casos fatales,
pero no lo han sido por el hecho de la punción mis-
ma, sino por la tuberculosis concomitante, como

puede verse en las observaciones respectivas.

En resumen puedo llegar a las conclusiones siguientes:

1º. La toracentesis es de una utilidad incontestable en todas las pleuremas en que se compruebe o sospeche la existencia de un derrame. En las agudas es posible conseguir su desaparición después de tres o cuatro punciones, seguidas de lavados antisépticos; las subagudas o latentes ceden a dos o tres, y las crónicas a una punción, quedando después solo el tratamiento de la convalecencia. En los de más casos aclara y confirma el diagnóstico.

2º. Puede practicarse en cualquier periodo de la enfermedad, no teniendo en cuenta sino la posible existencia del derrame, una vez hecha la exploración minuciosa del paciente.

3º. Puede y debe evacuarse el líquido pleural totalmente (Froust, Peter, Brugnon), la única contraindicación seria, los accidentes que pudieren presentarse en ese momento y sobre los que hemos fijado mas ántes la atención.

4º. Nunca serán exageradas las precauciones que se tomen en cuanto a la antisepsia, así como en el procedimiento operatorio mismo.

5º. Los lavados pleurales antisépticos, deben ser de práctica constante. Realizan en parte la antisepsia pleural, y

6º. No provoca la supuración. Las transformaciones purulentas que se le atribuye no son mas que aparentes, muy al contrario hasta podrían prevenir en cierto casos dicha transformación.

LXXXI

- Historias clínicas: -

Nº 1.

Miguel Torras, natural de Tuno, de 27 años, de profesión jornalero, estado soltero, raza indígena, constitución fuerte, entró al hospital de Guadalupe el 16 de Setiembre de 1891 á ocupar la cama número 34 de a sala de San Miguel.

Antes d. dec.- En cuanto a sus padres nadie sabía, porque habían muerto estando él muy tierno; respecto á sus enfermedades anteriores dijo haber sufrido muy poco. Tenía hábitos alcohólicos.

Esta enfermedad atrajo á él mucha atención, quedado dormido 8 días antes en estado de embriaguez á la intemperie, sintiendo al día siguiente una gran descomposición del cuerpo con escalofrios, y al subiguiente un dolor fijo en el mamilón del lado derecho, que se irradiaba á la espalda aumentando cuando tocicé rápidamente el decubito sobre ese costado.

Cuando ingresó al hospital presentaba los síntomas siguientes: fiebre de $38^{\circ}8^{\circ}$ que se hacía subir de $0^{\circ}4$ á $0^{\circ}6$ de grado; puesta de coctado atenuada relativamente á los primeros días; 28 respiraciones por minuto; pulso lento y frecuente (80 por minuto); tos seca.

La exploración pude suministrar estos

datos: un ligero abombamiento del lado derecho del torax, un tanto acentuado en su parte inferior, con matitez completa en sus dos tercios inferiores; en la region subclavicular aumento de sonoridad; soplito del lado mas pronunciado en la espiración con ausencia del murmullo vesicular; egofonia, hasta el nivel de la parte media del omóplato; ausencia de las vibraciones toracicas; finalmente pectoriloguia áfona.

El conjunto de tales sintomas no podian hacerme duda en la existencia de un derrame, por lo que me apresuré á prescribirle el calomel á la dosis de 50 centigramos en 5 pañuelos, uno cada 2 horas, por tres dias consecutivos. El derrame seguia aumentando, los efectos de la medicacion eran insignificantes, apenas un ligero descenso de la fiebre.

Al tercer dia el derrame alcanzaba la espina del omóplato, el sonido skótico habia desaparecido, el hígado descendido, un tanto, presentandose, ademas, una disnea ligera.

El exudado podia haberse calculado en unos 1800 á 2000 gramos; sin embargo practicada la junción no se pudo dar salida mas que á 1,600 gramos que era el total. Era el undécimo dia de la enfermedad. Al duodécimo, cambié el tratamiento mercurial por el salicilato de soda, habiéndole prescrito á la dosis de 8 gramos diarios en fisiones, por cuatro dias. Al décimosexto, el derrame se reprodujo habiéndole extraido por una segunda junción

800 gramos, la cual aún no pudo conjurar por completo su reproducción; pues una tercera hecha 4 días después, dí salida á 450 gramos. A partir de ese día la convalecencia se estableció, y el 11 de Agosto del mismo año, el paciente dejó el hospital ya bastante bien, después de 24 días de permanencia. Su régimen a partir de la segunda junción fué exclusivamente tónico.

Nº 2.

Claudio Candela, natural de Ganete, de 30 años, raza indígena, profesión jornalero, estado soltero, y constitución regular; entró al hospital el 27 de Mayo de 1897 á ocupar la cama N° 147 de la sala de San Miguel.

Antecedentes. — Su padre había muerto de tuberculosis pulmonar, y por lo que hace á él, había contraído una neumonía cuatro años antes. Su enfermedad no sabía á que atribuir. Refería que hacia un mes, estando entregado á sus labores cotidianas, sintió repentinamente un dolor fijo en el mamelón derecho, que aumentaba de intensidad por las noches, por dos ó tres días, en condiciones de recordarle del que había padecido cuando contrajo la neumonía.

Pasados cinco días había disminuido no

tablemente, tanto que pudo entregarse nuevamente á su trabajo, sintiendo solamente aumentar un poco en los esfuerzos que hacia, pero en cambio notaba que la respiración se le hacía difícil á la vez que tenía una laxitud summa e' inapetencia; estos síntomas fueron acentuándose cada vez mas y después de cinco días de dura prueba tuvo que abandonar otra vez, su trabajo; mas como notase que no se mejoraba resolvió ingresar al hospital de Guadalupe en la fecha arriba indicada, asustado mas que todo por los escalofrios que sentía.

A su ingreso había sido tratado por una poción de tartaro emético (15 á 20 centígramos) durante 4 á 5 días, y la aplicación de un extenso vejigatorio. En los días siguientes, por las pociones de muriato de amonio y extracto blando de quina.

En este estado ya, á los 11 días de permanencia en el hospital llegué á examinarlo (7 de Junio) encontrando los síntomas siguientes: el tórax casi inmóvil en el lado derecho, y aumentado de volumen con respecto al del lado izquierdo, con movimientos inspiratorios imperceptibles en las respiraciones profundas que hacia; matitez pronunciada que alcanzaba hasta el tercio medio del omoplato, permaneciendo el enfermo con los brazos cruzados, que se sentía también hacia adelante hasta el mismo nivel, la sonoridad, por encima de este límite era normal; soplo tubario lejano; egofonía y broncofonía en la

16

zona de matitez; hacia los vértices, disminución del ruido respiratorio, mas sin estertores ni chasquidos; fiebre moderada ($38^{\circ}2^{\prime}$), y tos seca sin expectoración.

Diagnosticada, por el conjunto de estos síntomas, la existencia de un derrame, le administré por 6 días consecutivos el salicilato de soda á la dosis de 6 gramos diarios, y por otros seis, pociónes diuréticas de base de digital, escila y nitroato protásico, habiéndose prescrito además la dieta láctea.

Después de doce días de tratamiento no había modificación alguna que hubiera revelado un estado de mejoría, muy al contrario, el derrame hubo aumentado hasta alcanzar casi el nivel de la clavícula, circunstancia que me determinó á practicar la punceión, habiendo extraído mas de 1600 gramos de líquido citrino.

Consecutivamente los síntomas se modificaron: la tos era menos frecuente, su respiración menos fatigosa, y su estado general mejor. El derrame no se reprodujo sino á los 15 días, hasta unos 800 gramos que fué extraido por una segunda punceión.

Desde la evacuación del primer derrame su régimen fué esencialmente reconstituyente (extractos fluidos de Kola y quina, aceite de bacalao,

31

fiebre, hemoglobina etc.).

El 11 de Agosto del mismo año se dió de alta ya en buenas condiciones de salud, pero como quiera que persistía cierta oscuridad en los vértices de ambos pulmones, y había en el padre antecedentes tuberculosos, se le aconsejó la vida del campo.

Nº 3.

Juan Laines, natural de Huancayo, de 19 años, de profesión jornalero, raza indígena, estado soltero, y constitución regular; entró al hospital el 26 de Setiembre de 1897 a ocupar la cama número 7^{ta} de la sala de San Miguel.

Antecedentes. - Ninguno, respecto a sus padres, ni a enfermedades anteriores distólicas; fu-
si, a una pleurexia que cinco meses antes lo había postiado en cama por 35 días del cual había su-
nado simplemente por el tratamiento empírico, por
haberse curado en su casa y sin asistencia médica.

Estas circunstancias y la continuación de
una fiebre vespertina que constantemente le morte-
ficaba, aparte de un malestar continuo, que le
impedia todo trabajo, le obligaron a ingresar al
hospital.

A su ingreso presentaba los síntomas
siguientes: el tórax ligeramente globuloso en el
tercio inferior del lado izquierdo que contrastaba

con una depresión marcada hacia el vértice; ocultidad completa en ese punto; matitez en el tercio inferior, y submatitez en el resto de la extensión; broncofonía y ausencia de las vibraciones toracicas. La temperatura era casi normal (77.8°) pero había un aumento de 0.8° en las noches.

Comprobada la presencia de un derrame, por el conjunto de estos síntomas; se practicó la punción á los tres días habiendose extraido 650 gramos de derrame, operación ínica y suficiente para producir una mejoría notable en el enfermo, que produjo la desaparición de la fiebre nocturna y la de la opresión respiratoria, tanto que á los cinco días de operado resolvió dejar el hospital (Octubre 3 de 1897). Su tratamiento fué únicamente tónico y reconstituyente.

Nº 4

Nicolás Pérez, natural de Jaén, de 23 años, de profesión zapatero, estado soltero, raza mestiza, y constitución fuerte; ingresó al hospital el 9 de Diciembre de 1897 y ocupó la cama N° 62 de la sala de San Miguel.

Antecedentes.— Existen sus padres y gozan de buena salud, lo mismo que él. La única causa á que atribuía su enfermedad fué la de haber sufrido una seria contusión en el lado derecho del torax, 20 días

antes. Refería que habiendo abandonado su profesión de zapatero para entrar al servicio de la empresa del Ferro-Carril Central, donde obtuvo el puesto de breguero, había tenido un serio disgusto con un compañero suyo que desempeñaba el mismo empleo, el que en un rago de cólera lo arrojó al suelo desde el sitio conocido que ellos suelen ocupar.

Sintomas.- Tenía los siguientes: aumento de volumen correspondiente al lado derecho del torax; ligero descenso del hígado; ausencia de movimientos inspiratorios en las respiraciones profundas, con dolor fijo hacia el vértice; matidez en la mitad inferior y submatidez en el resto superior; broncofonía; pectorilología áfona; ausencia de vibraciones torácicas y fiebre continua de 39° con ligeras exacerbaciones nocturnas; sed ardiente y una ligera infiltración de la pared torácica correspondiente.

Confirmada la existencia de un derrame se practicó la punición á los 5 días de su entrada; habiendo dado salida á 730 gramos de pus sanguinolento y fetido que fue seguido de dos lavados: uno de bicloruro al 1 por 500, y otro de ácido bórico al 2 por 100, habiéndose abandonado, además, en la cavidad pleural 20 gramos de licor de Tan-Swietow. Esta punición produjo una mejoría relativa en los síntomas, mas arr

ha enumerados; pero seguida luego de una nueva reproducción del pus; pues á los 15 días, la infiltración de las paredes en el lado derecho, era más acentuada, y la fiebre de $39^{\circ}5$; la matitez casi completa.

Practicada una nueva punición en el mismo sitio que anteriormente; no dio resultado alguno; así como en las partes próximas; habiendo sido necesarias 4 puniciones para caer en el foco purulento. El pus extraido fué en pequeña cantidad; no alcanzaba ni á 400 gramos. Hechos los sueros lavados se dejó al enfermo, no sin antes sospechar de que la mayor parte del derrame purulento no había sido extraído.

A partir de esta fecha el derrame aumentó rápidamente, y en menos de 10 días alcanzaba proporciones colosales. El torax estaba muy aumentado, pues á la cinta métrica marcaba más de 5 centímetros de aumento respecto del lado izquierdo; el hígado había descendido 4 centímetros por debajo de las costillas falsas; tenía disnea intensa; pulso irregular, depresible, y desigual; matitez absoluta en toda la zona correspondiente á la altura del torax; infiltración completa de sus paredes; fiebre alta (40°); edema de los miembros inferiores del escroto y de las paredes abdominales; sed intensa; lengua seca y saburrosa. En vista de estos síntomas resolvi practicar la pleurotomia, después de haber

hechos 3 punciones exploratorias que me obligaron á apartarme bastante del punto clásico de elección pues, tuve que operar á 4 centímetros mas arriba de la linea axilar posterior, y al nivel del noveno espacio intercostal. Hecha la incisión en una extensión de 8 ó 9 centímetros, se pudo vaciar mas de 3,000 gramos de pus fetido, el que fué seguido de lavados de bicloruro al 1 por 3,000 ó 4,000, y de otros, borriado. En los días siguientes la fetidez del pus continuaba, lo que me obligó a continuar los lavados postoperatorios por mas de un mes; al cabo del que reemplazé por una cura seca antiséptica sin dren. La mejoría á partir del dia de la operación se realizó lenta y gradualmente, hasta que el 28 de Febrero del presente año se retiró del hospital con una pequeña fistula pleural. Posteriormente ingresó nuevamente, al servicio del Dr. Cantuarias, viendo que no cerraba su fistula, y después de dos ó tres meses de permanencia salió definitivamente curado.

Nº 5.

Mariano Armas - Ayacuchano - de 13 años - Endio - Soltero. - Ingresó el 28 de Julio de 1897 á la sala de San Luis, cama N° 318.

El tratamiento por el salicilato de soda no produjo ningún resultado, y sanó después de tres punciones. Habiendo dejado el hospital el 8 de

- Agosto del mismo mes, después de once días de permanencia.

Nº 6.

Estevan Llanos - Boliviano - de 58 años - mestizo - jornalero - Soltero. - Entró el 1º de agosto de 1897 á la sala de San Miguel, N° 197, y salió el 19 de Agosto del mismo año.

Priniciones practicadas - cuatro; con dos días de intervalo - Tratamiento salicilado incorrecto tanto.

Nº 7.

Daniel Rieves - de 47 años - Chalaco - Zambo - Soltero - Sin profesión. - Entró el 16 de Agosto de 1897 á la sala de San Miguel, N° 52, y murió el 19 del mismo mes de tuberculosis pulmonar.

Se practicó en este enfermo una punición en cuanto ingresó al hospital, habiéndose extraído 800 gramos de derrame purulento que produjo en él un alivio pasajero.

Hecha la autopsia se comprobó el diagnóstico.

Nº 8.

Juan Galindo - de 25 años - Arequipeno - Indio - Jornalero - Soltero. - Entró el 1º de Setiembre de 1897 á la sala de San Miguel, N° 59, y salió curado el 10 de Setiembre del mismo año.

Tratamiento tónico, y dos fumaciones practicadas con 4 días de intervalo.

Nº 9.

Hilario Lazo - de 29 años - Huancanino - Albañil - Indio - Víndico. - Entró el 7 de Setiembre de 1897 á la sala de San Miguel, N° 52, y murió el 27 del mismo mes, después de 20 días de permanencia.

Diagnóstico. - Pleuresia tuberculosa, comprobada por la autopsia á su fallecimiento. - Fumaciones practicadas; una, que produjo una notable mejoría; mas el haberse encontrado en el tercer período de la tuberculosis pulmonar hizo que muriera á los 20 días de operado.

Nº 10.

Patricio Rodas - de 40 años - Andahuaylino - Panadero - Blanco - Soltero. - Entró el 20 de julio de 1897 á la sala de San Miguel, N° 128,

5^o

= y salió curado el 26 del mismo mes, después de seis días de permanencia.

Diagnosticada una pleuresia latente; se dió salida por una punción inmediata á 1200 gramos de líquido; no habiéndose reproducido más hasta los seis días, y, habiendo antecedentes tuberculosos, se le aconsejó el cambio de clima y se le dió de alta.

Nº 11.

José Castillo - d - 21 años - Pívaro - Gander - Mestizo - Soltero. - Entró á la sala de San Miguel Nº 91 el 27 de Setiembre de 1897, y salió el 30 del mismo mes, después de tres días de permanencia.

Practicada la punción que dio salida á 700 gramos de derrame seroso que no se reprodujo más, y manifestados en él los síntomas del primer período de tuberculosis pulmonar, se le aconsejó el cambio de clima.

Nº 12.

Manuel Benavides - de 20 años - Chalaco - Mestizo - Zapatero - Soltero. - Entró el 8 de Octubre de 1897 á la sala de San Miguel, Nº 93, y salió curado el 15 del mismo mes después de 7 días de

permanencia.

Diagnóstico.- Pleuresia crónica - Tratamientos tónicos y reconstituyentes - Punciones practicadas; una sola - al sentirse bastante restablecido después de practicada la punción pidió su alta en la fecha ya indicada.

Nº 13.

Pedro Galmenares - de 57 años - Guaraní - Calderero - Mestizo - Soltero. - Entró el 9 de Octubre de 1897 á la sala de San Miguel, N° 102.

Diagnóstico.- Pleuresia latente que se había prostrado por mas de 2 meses, y que tratada por dos punciones sucesivas produjo su curación en 9 días habiendo dejado el hospital el 18 de Octubre de 1897; después de haber sido tratado, además de las punciones, por los dirréticos.

Nº 14.

Juan Mas - de 30 años - De Huaylas - jornalero - Indio - Soltero. - Entró el 5 de Noviembre de 1897 á la sala de San Miguel, N° 50.

Diagnósticos.- Pleuresia aguda tratada exclusivamente por cuatro punciones sucesivas con un día de intervalo. Ingresó al décimo día de su enfermedad. Salio curado á los 15 días de

permanencia, ya en regulares condiciones de salud.

Nº 15.

Simón Timaymanta - de 17 años - Huancanico - agricultor - Indio - Soltero. - Entró el 27 de julio de 1897 á la sala de San Miguel, N° 145, y salió curado el 4 de Agosto del mismo año.

Diagnóstico - Pleurexia crónica - Se dió salida por una sola punción á 720 gramos de derrame seroso, y quedó curado en ocho días. Además se le prescribió el tratamiento antituberculoso por haberse encontrado en él síntomas del primer periodo.

Nº 16.

Antonio Trillo, de 52 años - Iquenio - jornalero - Blanco - Casado. - Entró el 14 de Noviembre de 1897 á la sala de San Miguel, N° 50.

Diagnóstico - Pleurexia aguda, tratada, á mas del salicilato de soda, por los diuréticos. Con el primer régimen se obtuvo una diuresis abundante, pero siempre se reproducía el derrame, por lo que se hizo necesario puncionarlo por dos veces con 5 días de intervalo. El 27 de Diciembre del mismo año salió curado después de 15 días de permanencia en el hospital.

Nº 17.

Sixto Ramos, de 38 años - Chalaco - Floterito Mestizo - Vudo. - Entró el 12 de Febrero del año en curso á la sala de San Miguel, N° 50, y salió el 25 del mismo mes.

Diagnóstico - Pleuresia crónica que data ba de 3 meses ántes, que fué curada por una sola punción que dió salida á 750 gr. de líquido. Com plató la curación el tratamiento antituberculoso.

Nº 18

Andrés Mejía, de 29 años - Simeño - Zapatero - Soltero - Mestizo. Entró el 22 de Febrero de este año, á la sala de San Miguel N° 76, y salió curado el 14 de Mayo.

Diagnóstico. - Pleuresia latente. Se había iniciado tres meses y medio ántes, y, á su ingreso se dió salida, en la primera punción, á 1200 gramos de líquido pleural; en la 2^a, á 950 gramos; y en la 3^a, á 350 gramos. Permaneció 22 días en el hospital, durante el que se le administró el calomel y los diuréticos.

Nº 19.

Felix Farfán, de 34 años - Simeño - Jorona

lero - Indio - Soltero. - Entró el 14 de Febrero de 1898, a la sala de San Miguel, N° 70, y salió curado el 9 de Marzo.

Diagnosticada una pleurexia aguda se practicó 5 junciones sucesivas con dos y tres días de intervalo, habiéndose empleado en él, simplemente el tratamiento reconstituyente.

Nº 20.

Tomás Ramos, de 18 años - Huancaino - jornalero - Indio - Soltero - Entró el 4 de Marzo de este año, y salió curado el 11 del mismo mes; después de 7 días de permanencia y de habersele practicado por una vez. Tendía además síntomas del primer periodo de la tuberculosis por lo que no quiso prolongar su estadia en el hospital, una vez que se le amelió su estado.

Lima, Octubre 25 de 1898.

Eduardo Vergara

Ciria;

Viernes 28 de Octubre de 1898.

En conformidad con lo dispuesto en el artículo 308 del Reglamento General de Justicia: nombrase para comprender el Jurado que deberá examinar al graduando D. Eusebio Vergara, hijos Catedráticos D. Vicente Castillo y Fernández Dávila.

Héctor

M. B. Barrios

