

Martinez Garcia J. Antonio

81-6-A-N 11

984

ca. 2513

(984)

1856



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313289887

Memoria presentada
por Antonio Martinez Aparicio
para optar al Grado de
Doctor en Medicina y cirugía.



125381039
D 18431367



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

5315389867

Derrames purulentos de la
pleura y juicio critico sobre su
tratamiento.

Lecmo Jr.



Lecmo

Doy principio a este mi
mal hilvanado discurso, con
jó la honda impresión que
en mi ánimo produce, al pen-
sar que ha de ser juzgado por
sabios e ilustres Catedráticos
míos, pero teniendo en cuenta
de una parte, la benevolencia
de que durante mi vida esco-
lar me han dado prueba
mis queridos profesores, y de

cha la falta de hábito para
esta clase de trabajos; empiezo
estas mal trazadas líneas, pa-
ra ver de examinar uno de los
mas trascendentales puntos de
estudio, a mi humilde juicio,
que existe en la ciencia Me-
dica, cual es el examen de los
derrames purulentos de la pleu-
ra y el juicio que tengo for-
mado acerca de su tratamien-
to.

Para el mejor estudio de
este interesantísimo capítulo de
la ciencia creo conveniente, sub-
dividir su estudio en secciones
y de esta manera creo com-
prenderemos mejor el prin-

to que vamos a exponer. Así
lo dividiremos 1.^o en Etiología;
2.^o Anatomía Patológica; 3.^o Diag-
nóstico del derrame; 4.^o su cali-
dad; 5.^o Tratamientos empleados
6.^o Regimientos; 7.^o Causticos; 8.^o Co-
rrientes; 9.^o Indicaciones y con-
traindicaciones de la misma; 10.^o
Drenaje; 11.^o Antifagos e inconve-
nientes; 12.^o Compresas; 13.^o Antifagos
e inconvenientes; 14.^o bases
prácticas.

Natural parece que co-
mencemos nuestro estudio, por
saber la causa o causas pro-
ductoras del proceso patológico
que vamos a exponer. Aunque
la etiología de esta enfermedad

es bastante oculta y pondrámos
siguiera sea a' la ligera, las
principales causas que pue
den producirlas. entre ellas
las hay locales, como los trau
matismos, lesiones de los orga
nos vecinos a' la pleura, frac
tura de las costillas, caries
de las mismas, erisipela fleg
monosa, de las paredes costal
es, depositos de aire, cuerpos
extraños etc, es decir causas
que obran de una manera evi
dente é incontestable. Existen
tambien causas generales, cu
yo modo de obrar, no está
bien determinado, y entre ellas
tenemos las fiebres eruptivas

viruela, roséola, enarlatina,
esta última mirada bajo
el punto de vista del de
rname pleurítico es la mas
peligrosa la coqueuche esta
do puerperal de la pefonia,
la fiebre tifoidea de la que se
gun Pacconi se registran tres
casos. Se observa mas en el
hombre, pues vive, mas co
mumente entre causas de de
bilitacion, cuyo estado es el
que con mas frecuencia pue
de influir en la calidad
del derame. Segun la opi
nion de Lanceraux, la cau
sa es siempre la misma, pues
está representada por la

presencia en los líquidos orgánicos o en los tejidos vecinos a la pleura de un principio septicopurulento.

Tales son las principales causas que pueden determinar el derrame purulento de la pleura.

En lo que concierne a las lesiones producidas en la pleura, debemos consignar que las lesiones no son iguales cuando el derrame purulento ha sido agudo, como sucede en la prohemia, fiebre purpural u que el derrame se verifica en pocas horas, o cuando la pleuritis se ha hecho crónica, en

el primer caso, la pleura se encuentra intacta y sin apariencia alguna de inflamación. Pero si ha pasado al estado ^{crónico} agudo la serosa está más roja que en el estado normal inyectada, de superficie más lisa, como desgastada, si la inflamación ha sido muy prolongada, la membrana serosa está infiltrada de pus y rugosa, se encuentra muy desarrollado el tejido de granulación de cuyo desarrollo resultan las membranas, el endotelio modificado, descamado y granuloso, el que por su mezcla con la fibrina y

los glóbulos del pus, constituyen falsas membranas mas o menos blandas. En otras partes la pleura está sembrada de pequeñas equimosis, y en algunos sitios está indurada como cartilaginosa, por la infiltración de sales calcáreas. Como se comprende las lesiones que dejamos dichas, puede referirse a toda o a parte de la pleura. El líquido designado en estas condiciones es purulento, es decir que tiene leucocitos en cantidad suficiente para ser apreciados a simple vista, es decir que el líquido en lugar de ser

claro como en la pleurisia franca es ó sero-purulento de un color sucio ó pus flegmonoso, bien ligado de consistencia cremosa y cargado de germenos pero esto no es lo mas comun si no ser que se trate de las pleurisias parciales enquistadas. Examinado el líquido al microscopio se encuentran bastante cantidad de leucocitos, glóbulos de pus colorados, células granulosas debidas a la transformación de los glóbulos de pus. Equiten tambien cristales de ácidos grasos y de colestérina. Este líquido puede te-

ner un color azul verdoso, lo totalmente verde o con un tinte sanguinolento. Alguna vez incluso puede tener un olor fetido y aliovo, debido a la presencia del aire, o algun trozo de pulmon estancado.

En la pleuresia cronica la existencia de falsas membranas es casi constante, y se las encuentra o aplicadas a la pleura o nadando en el liquido derramado. Frecuentemente la falsa membrana forma una bolsa sin abertura, es el llamado quiste pseudo-pleural.

En la pleuresia pu-

erulenta aguda las falsas membranas, son pocas adherentes a la pleura, sin embargo pueden tener mucho espesor de 7 a 8 milimetros, y esto sucede sobre todo cuando el enfermo es viejo.

Hay algunos casos en que las falsas membranas, se adhieren tan intimamente a la pleura, que es imposible precisar el limite de delimitacion de cada una de ellas. Pueden estar fuertemente irrigetadas, o haberse verificado en su masa extravasaciones sanguineas de su-

perficie anfractuosa y pueden llegar a tener una densidad cartilaginosa. Ya hemos dicho que pueden flotar en el líquido y formar masas concretas que puede variar su volumen hasta el tamaño de un huevo de paloma. Además podemos encontrar gases en la cavidad pleural, que según Gerard Saccard, se pueden desarrollar espontáneamente; cuestión que aun hoy está en duda, por mas que estos autores después de un minucioso examen de la pleura enferma no han encon-

trado fistula ni orificio, al menos que comunicara con el pulmón, por mas que ya sabemos lo dificultosísimo que es encontrar ninguno de estos pequeños orificios, aun existiendo. El gas que con mas frecuencia se ha encontrado, ha sido en los derrames purulentos agudos, dependientes de la pióhemía y fístula purulenta, el hidrógeno sulfurado.

Veamos ahora la disposición que adopta el pulmón bajo la influencia del derrame, y claro es que ten-
drá que experimentar compre-

siones mas o menos energicas en relacion con la cantidad del derrame, unas veces esta levantado en alto y comprimido contra el raquis o contra la pared costal, bien simplemente por el derrame o bien sujetado por bridas a uno de estos dos puntos. Una descomposicion muy importante bajo el punto de vista de la curacion, es cuando el pulmon sujeto a la pared toracica por medio de adherencias antiguas ha crecido que la pleura circunscribe espacio, por lo tanto el lavado hecho por medio

por ejemplo del Ligon Potain, no puede ser mas que parcial y la curacion se ha hecho imposible. El estado del parenquima pulmonar varia con el grado de compresion. Bernard ha señalado una alteracion del pulmon que resultaria de la propagacion al tejido celular del organo del proceso inflamatorio y que daria por resultado la condensacion de este tejido su retraccion perdida de su extensibilidad y extraccion del lado enfermo.

Las paredes costales pueden sufrir un sin numero

de alteraciones, las pinnulas costales pueden inflamarse por contigüidad de la pleumaria y determinar tumores, absesos, pueden atrofiarse, los musculos intercostales, por falta de funcionalismo.

En la forma crónica por deudencia de las costillas pueden engrosarse las periostitis, las ostio-periostitis, y de aqui la formacion de osteofitos, segun ha señalado Libert, en un niño que parecia que tenia dos costillas la una sobre la otra.

Respecto aunque muy a la ligera las causas y los

principales lesiones que nos enseñaría la etiología patológica, entremos ahora de lleno, en averiguar si existe ó no de veras pleuritis, cuestión muy trascendental pues si el no pudiéramos establecer un tratamiento racional.

Perseguendo muy a la ligera los sintomas de principio, enalg son, el mal estar, el movimiento febril que de ordinario es brusco marcado por escalofríos, de ordinario mas de uno, el dolor y la fiebre.

El dolor de intensidad variable que aumenta con la toz

y los movimientos respiratorios
localizado en un principio
al nivel del peron, pues
siendo en este punto las cos-
tillas mas movibles, rozan
con la pluma enferma.

El dolor produce dej-
nea debida tambien a una
parte a la fiebre y de otra
a la compresion pulmonar,
siendo causa a la vez de que
el enfermo tosa muy frecuen-
temente. Otro sintoma de prin-
cipio es la fiebre, con reac-
ciones y remisiones que os-
cila entre 37° y 40° y elevaciones.

Mencionados estas
sintomas quedamos enteros

de lleno, en los signos fisi-
cos que son los que nos intere-
san para nuestro estudio y
comenzando por la inspeccion,
nos encontramos que si el de-
crame es abundante, habra dis-
tension del lado correspondiente
y por lo tanto disminucion de
las expansiones toracicas. Las
dilataciones se mide con el
cristalmetro. Aplicando las ma-
nos a los lados del pecho
y haciendo hablar al enfermo
se advertira una diferencia no-
table en la transmision de las
vibraciones bucales, y como es
de suponer seran debiles o
nulas en el lado del de-

rume y se distinguieron perfectamente en el lado sano, lo que permitira comprobar no solo la existencia del derrame sino tambien su altura. Tales son los sintomas que nos suministra la inspeccion del enfermo, y pasemos ahora a la percusion y esta es claro que nos dara disminucion de la resonancia y elasticidad en relacion con la cantidad del derrame, puede llegar hasta el sonido macizo, ademas por encima de la linea de nivel del derrame y sobre todo debajo de la clavícula correspondiente, se ha

6
notado una debilidad del murmullo vesicular con exageracion de la resonancia o sea el llamado ruido fluidico el liquido ocupa la parte mas declive, va elevandose y empuja al pulmon hacia el angulo costo-vertebral. El nivel superior del liquido describe una convexidad dirigida hacia arriba, mas elevada por detras en el punto correspondiente a la columna vertebral que por delante en el que se refiere al esternon.

Auscultacion. - Has orela en el sitio donde existe el derrame o bien debilidad del

inermulla o falta completa siem-
pre en relacion con la canti-
dad del derrame, lo que de-
pende de la compresion del
pulmon y de la capa de li-
quido interpuesta entre la
pleura y aquel, se oye
tambien un soplido velado
suave que no es mas que
el murmullo vesicular ate-
nuado por una delgada ca-
pa de liquido, puede este
vuido ser cavernoso cuando
las vesiculas pulmonares muy
compromitadas hacen que el ai-
re vibre fuertemente en las
bronquias. En estos casos que
son varios se oye tambien

la pectoriloquia.

Otro signo de derrame es tam-
bien la egofonia que se percibe al
nivel del limite del derrame, en
la mayoria de los casos al nivel
del angulo del omoplato. Hasta
ahora no hemos hecho otra cosa
que comprobar que existia el de-
rrame, ¿pero de que calidad es
este? ¿es seroso o purulento? Si
el derrame es seroso mandan-
do sentar al enfermo, podemos
circunscribir bien el liquido, pe-
ro si es purulento, haciendo lo
mismo con el enfermo, pode-
mos auscultando inmediata-
mente notar que parte del
liquido queda adherido a

La pared posterior de la pleura formando una línea oblicua de maclea, o lo que es lo mismo, si el derrame es seroso o sea de una fluida comparable al agua desde el tronco oblicuo retorna vertical, el líquido muy fluido y muy fácil por consiguiente a la acción de la percuta abandona el canal costal vertebral y resbalando hacia la base del pecho se reúne sobre el plano que le ofrece el músculo diafragma. La percusión entonces dará una línea de nivel horizontal. Pero si el líquido

es purulento es decir espeso fluido, cuando el enfermo se coloque en posición vertical el líquido dotado de propiedades adhesivas, no obedecerá sino lentamente y difícilmente a la acción de la percuta y una gran parte quedará adherida a la pared posterior de la pleura y por consiguiente la percusión dará una zona oblicua de maclea y la auscultación dará también una zona oblicua en la disminución progresiva del murmullo vesicular. Este es el método indicado por Pether para diagnosticar que clase de líquido es

el derramado.

Importa tambien conocer la produccion ó absorcion del derrame, y para esto Larnier y Vaner descubrieron sus curvas parabolicas tomadas con el goniometro fundadas en que cuando el enfermo se acuesta sobre el lado afecto las curvas son laterales, y si sobre el dorso, la curva no es sino una mitad de parabola. Fundado en esto y despues de tomar la medida del derrame, cuando la curva parabolica aumenta es que ha aumentado el derrame ó por el contrario.

Ahora bien, una vez visto

que hay derrame, y que este es purulento, debemos entrar cada uno de los tratamientos empleados en esta terrible enfermedad. Asi el primer principio por los respiratorios.

Estos han sido considerados y en realidad lo son, como ineficaces, por autores tan competentes en la materia como Pether, Sacconi, Gussan, Dieulafoy y otros. Pues en los derrames purulentos se han encontrado al liquido contenido entre la pleura y una membrana analogo á la piogenica

y por lo tanto incapaz de
reabsorberse por el simple efe-
cto de un resigatorio. Tratar un
derrame purulento de esta ma-
nera es ayudar a debilitar al
enfermo, por las perdidas se-
ro-fibrinosas estrasidas por el re-
sigatorio. Es querer hacer volver
a la pleura lo que la misma
pleura ha vomitado, además
en lo mayor de los casos la
pleura parece haber disminu-
ido y no tiene poder absor-
vente alguno.

Creo también que en
la pleura parietal la presen-
cia de falsas membranas amu-
guan al menos, sino aniqui-

8
lan la facultad de reabsor-
cion, pero aun suponiendo
que no haga desaparecer la
falsa membrana la facultad
de reabsorcion el derrame que-
da inmóvil, inquebrantable e
intangible a los efectos de
la reabsorcion.

También ha sido em-
pleado y aun lo es en la ac-
tualidad, el cauterio del que
casi podemos repetir todo lo
dicho acerca de los resigato-
rios, aunque alguna vez se
gun afirma Pottet hayan
dado resultado, y yo he teni-
do ocasion de comprobar un
caso, en la Gata n.º 38 del

Hospital Gral, que está bajo la dirección del Sr. Esquoda.

Se trataba de un enfermo de 37 años, escrofuloso, se comprobó el derrame y se le dispusieron ventosas escarificadas sin obtener resultado a los tres días una gran cantidad y posteriormente otra que respondieron de igual manera que las ventosas, pero no imperó la reabsorción después de la aplicación de siete cauterios, tres primeros al nivel del sexto espacio intercostal y otros cuatro al nivel del noveno.

A los quince días de la aplicación de los cauterios el en-

fermo fue trasladado a su casa en un estado satisfactorio. A los tres meses volví a ver al enfermo que estaba bastante bien y en casa del Medico de la sala, pude notar que el derrame había desaparecido aunque quedaba algo de macida debida sin duda alguna a las falsas membranas y a algun roce pleurítico.

Un tratamiento ya mas racional por medio de la puncion y extraccion del liquido de reanado cual es toracentesis. Este metodo vulgarizado desde Galeno hasta nuestros días está indicado cuando se pesen

de la fiebre el derrame ocu-
pa la casi totalidad de la pleu-
ra siendo causa de disnea ó ab-
ceso de supuración, cuando produce
la dilatación del corazón, quan-
do el derrame es purulento y so-
bre todo cuando no existiendo fe-
bre nos encontramos con un de-
rriame relleno sin duda al-
guna de una flegmasia. Y en
este último caso pedimo afir-
mar que la punción será de-
finitivamente curativa para la
enfermedad pulmonar aunque no
lo sea para el enfermo.

Pero sucede que en los
casos anteriores la operación de
la Toracentesis no es otra cosa

9
sino un paliativo, pues sin otra cosa que
la simple punción se de esperar que el li-
quido vuelva á reproducirse. Los procederes
operatorios existen el de Reynard, modi-
ficado por Boussoau y el de Biculafoz
modificado por Potain. El 1.^o método ó
sea extracción del líquido por medio de
la cannula no debe olvidarse pues pue-
de suceder que la indicación sea ur-
gente y vital y no tener á mano el apa-
rato aspirador de Biculafoz este es un
motivo para que hablemos algo de este
método. Boussoau aconseja 1.^o calmar la
inquietud del enfermo; 2.^o hacer la
punción en el 6.^o ó 7.^o espacio intercos-
tal pues haciendola mas baja hay
peligro de herir al diafragma y po-
der penetrar en la cavidad abdomi-

nal se ha de hacer en un punto a
partir de una perpendicular que ba-
je desde la línea axilar; 3.º cuando
no se puede buscar los espacios intercos-
tales, a causa de la mucha cantidad
de tejido adiposo hay que hacer en el
punto de union de los dos tercios supe-
riores con el tercio inferior del tórax
una queda se pasa a la puncion; hay
que tener cuidado con los movimientos
del enfermo pues la canula puede tra-
fegar en la costilla y no penetrar en
el pecho siendo causa de un vivo
dolor; lo mejor segun Broussieu es ha-
cer una incision preliminar con una
laneta y asi penetrar la canula
por insinuacion. Para no tropiezar
en la costilla hay que servir de guia

del dedo indice apoyandole sobre la
piel en el sitio que se va a puncio-
nar; despues de la puncion hecha
y el liquido estaido con el unue-
sieto de romper el paralelismo
entre la puncion de la piel y la
puncion profunda para evitar una
fistula se tira de la piel hacia un
lado tambien hay que tener cuidado
al puncionar con la exterior intercos-
tal y para evitar su lesion no hay
mas que alejarse algo del borde in-
ferior de la costilla que esta por
encima del sitio de la puncion este
metodo tiene varios inconvenientes
como el ser muy doloroso, idea que con-
traesta Blucher amartianado la piel
y valiendose de una traca axilar; este me

tado tiene por inconveniente la lentitud
con que sale el líquido y la obstrucción de
la circulación por coágulos fibrinosos. El de Crois-
seau tiene otros motivos para que lo desecha
mejor y es que a causa de la salida repen-
tina del líquido el aire penetra en las ra-
mas bronquiales, después de largo tiempo y
produce un acceso muy grande de tos. O-
tro peligro es la asficia debida al acumulo
de expectoracion en las bronquias este acci-
dente debe resultar del juego rápido
de la sangre en la arteria pulmonar
dificultada antes por el denarame y preci-
pitandose la sangre provoca necessaria-
mente la hiperemia y puede determinarse
una secrecion de mucosi-
dad bastante abundante para invadir
el trayecto bronquial y obstruirla.

10
asficia. Mr. Morette quisó
ver en esto algun traumatis-
mo del pulmon, pero esto no
es cierto, pues que la secre-
cion extraida de la pleura
no es sanguinolenta como la
de la boca, y ademas el he-
cho de no existir signos de
pneumotorax.

De suerte que queda pro-
bado que el muy rápido des-
prendimiento del líquido no
es indiferente.

La toracentesis practicada
con el aparato de Dieulafoy,
ha tenido algunas veces exito
segun las observaciones de He-
rard, Montaub. Martin y

Haberminto Bol, cuyas observaciones se refieren á niños ó á enfermos muy jóvenes, prueban de esto una vez mas que en estas edades la pleuresia purulenta termina mas facilmente que en las edades adultas sino que apesar de esto dejó de ser muy excepcional la curacion mientras que figuran con cifras abrumadoras los casos en que las punciones con el aspirador repetidas hasta ocho y mas veces no dieron mas que resultados negativos y en los que se concluiria por operaciones mas radicales. Quilafog es verdad seneci en parte las difere-

dades que ofrecen el proceder de Froussieur. Pero en los casos de pleuresia con derrame purulento, bastará solo con la puncion y aspiracion de Quilafog. En la mayoria de los casos no. Pues la pleura se ha trasformado por la enfermedad en un quiste supurante y la curacion no podrá obtenerse en adelante, sino con dos condiciones cuales son 1.^a Abolición de las paredes. 2.^a su adhesion.

Para esto es necesario que el pulmon no se haya vuelto inextensible, por algun revestimiento pseudo membranoso espeso ó coherente.

Desgraciadamente es lo mas frecuente, pues el pulmon se ha
he retraido contra la columna
vertebral y sujetado por bridas
que le forman una cubierta ad-
venticia, casi fibrinosa, pues su
espesor es casi proporcionado a la
intensidad como a la duracion
de la flegmania pleural. Para
esto se ha empleado la tora-
centesis con inyecciones mas
o menos detrusivas, encamina-
das a modificar la pleura
a disminuir la secrecion y a
curar el proceso en ultimo
termino.

De esto he decir algo, mas
que por lo que he visto por las

21
observaciones de los autores antes
citados. Sabemos que los si-
quidos empleados, por regla ge-
neral, el agua alcoholizada fe-
nicada la tintura de iodo
iodurada y en estos ultimos
tiempos la disolucion concen-
trada de acido borico, pero la
influencia de estos labajos,
de los cuales se espera buen
exito, porque se opera sin
riesgo a la presencia del ai-
re, lejos de ser eficaz, los he-
chos han demostrado que con-
tinua la secrecion purulen-
ta y todo su sequito hasta
la extenuacion y por ultimo
la muerte salvando algun ca-

se venisimo que registran las esta-
dísticas, en una palabra no es
tratamiento eficaz. La puncion
seguida de inyeccion a juzgar
por la experiencia por este
metodo tiene el grande incon-
veniente de la repeticion de pun-
ciones para evacuar el pus y
practicar el lavado. Como mo-
dificacion y para obviar este
inconveniente se ha dejado en
la abertura practicada por el
tracas y a una canula me-
talica, un tubo de cautchouc
si se aplica al Gifon de Bol-
lain y aun se ha hecho el de-
naje por el procedimiento de
Chamagnac. En la clinica de

deca de Brusseau hay una ob-
servacion tomada de Pomi pa-
ra probar el curso laborioso de
los empiemas tratados por la
puncion y la canula permanen-
te. Recal el caso en un niño á
quien todos los dias por espa-
cio de seis meses al quitar el
tapon de la canula, se le ex-
traia una cantidad de pus
que variaba entre cinco y tres-
cuenta gramos inyectandosele
despues una disolucion iodo-
iodurada. Despues de mucho
tiempo se observó que la inyec-
cion penetraba en los bronquios
y que hasta llegaba á la bo-
ca por lo que se reemplazó

con el vino aromático, viéndose que
bajo la influencia y unidad con
estos medios desaparecía la defor-
mación que existía en la ca-
vidad torácica que el apetito
y las fuerzas renacían y que
once meses después de la pleu-
resia el niño estaba curado,
pero curado casi milagrosa-
mente pues en 200 días salió
de su cavidad torácica la enor-
me cantidad de 40,000 gramos
de pus.

Ahora bien el nuevo apa-
rato que se opone a la entran-
da del aire es el sifón de Pot-
lain, y esta es su única ven-
taja, hace el vacío completo

12
tan completo como es posible ha-
ciendo en lo que el devanamiento
de líquido y permite ha-
cer lavados tan minuciosos co-
mo se quiera; es más se hace
simplificando con un tubo lar-
go idéntico al de Treves para
el estómago con cuyo tu-
bo se hace una aspiración con-
tinua de pus y el enfermo
mismo puede lavarse la pleu-
ra tantas veces como sea neces-
ario. Renard en 1841 refiere cua-
tro curaciones de ocho casos de
devanamiento, otro médico de Genova
refiere de otros casos, seis cura-
ciones, pero con la circunstan-
cia de siempre es decir me-

diante mucho tiempo.

Importa mucho suponer o' distinguir si el derrame purulento es reciente o' antiguo. En el primer caso puede bastar la puncion e' inyeccion. En el 2º caso como ya es de suponer se hayan desarrollado las falsas membranas espesas y resistentes, que la simple evacuacion del pus sera' tan dificil como insuficiente y habra que modificar la vitalidad de la pleura y esto no se consigue con acciones topicas.

El drainage mediante un tubo de cautchuc en que los dos extremos atraviesen las abier-

terras hueras en un espacio intercostal, tiene algunas ventajas sobre las canulas metalicas por permitir la salida del pus, pero tiene tambien el inconveniente de obtenerse por co-pos fibrinosos, y entonces el liquido inyectado se propulsa por el extremo opuesto, sin que salga incolume de esta manera con la precaucion esencial, cual es la entrada del aire en la cavidad toracica. Notemos con el tubo se puede herir la arteria intercostal que no esta protegida mas que por la costilla, entraña tambien la presencia de un tubo por meses,

sisteros, y la continuacion de
pensamientos muy penosos pa-
ra el enfermo, el pus que sale
siempre fétido, puede oca-
sionar por su presencia, vici-
pelos, flebitis etc, y aun pen-
do mas alla quita en cierto
modo la ampliacion pulmonar
que necesita este organo para
verificar la curacion.

De todo cuanto llevamos di-
cho, se deduce que todos los me-
dios puestos en practica, han si-
do tras de ineficaces seguidos siem-
pre de una renovacion necesari-
ta del pus, con sudores nocturnos
fiebre continua con exacerbaciones
vespertinas, diarrea

enflaquecimiento y demas feno-
menos de fiebre hectica sob-
ro en rarissimas excepciones. Con
estas deplorables condiciones ha
surgido la pleurotonia; supus-
ta la mayor parte de las veces
quira, por la presencia de un
absceso en los espacios intercos-
tales, y si pesar de esto está
probado en la practica que
esta terminacion por pleuro-
tonia espontanea da resul-
tados mas felices que los pro-
cederes ineficaces y cuyo estu-
dio aunque muy sucinto doy
por terminado.

Aunque la operacion
del empiema era ya reco-

mandada por Hipócrates, el do-
minio y la practica de la pleu-
rotomia ha tenido razon de
ser en estos ultimos años gra-
cias a los esfuerzos de Neo-
lard-Martin, sintetizadas en
un trabajo que publicó el
año 1872, en donde afirma
que de diez y siete casos obtu-
vo doce curaciones y que de los
otros cinco tres eran tuberculosos,
haciendo ver de este modo que nun-
ca se debe operar en la pleu-
sia tuberculosa, pues no da
ningun resultado. La practi-
ca de este celebre autor ha si-
do reanudada por Bernard,
Haillet, Seyrot, Peter y otros.

En el momento de la especia-
cion es necesario tener presente al-
gunos datos anatomicos. Además
de la arteria intercostal se en-
cuentran tambien dos venas que
siguen la misma direccion y
que desembocan en los veigos;
y por ultimo el nervio inter-
costal digno de mencionarse por
el valor y la determinacion de-
agnostica de su fisiologia pa-
tologica. Los espacios intercosta-
les no tienen todos la misma
distancia el mayor es el terce-
ro, siguiendo despues el segun-
do y primero alternativamente.
Esta distancia entre si de
los espacios intercostales puede

variar mucho en la heteromor-
fia á que puede dar lugar
la fecha del derrame, así se
ve que en ocasiones los bor-
des costales se tocan ó casi
pan, dando lugar de esta
manera á que la pleuroto-
mia no pueda practicarse
sin la reunión costal.

La operación cuyo método
no lleva nombre de ninguno au-
tor, consiste en lo siguiente, en
la línea axilar y en la por-
te que corresponde á la cara
externa de la sétima costi-
lla, se marca una incisión
horizontal de siete centíme-
tros, en la que se compran

14.
de la piel y el tejido celular
elevando el labio superior de
esta incisión nos encontramos
con el músculo intercostal ex-
terno cuyas inserciones costal-
rimos sobre el borde superior
de la misma costilla, debajo
hay una especie de tejido ce-
lular bajo y después del cual
se incide también el múscu-
lo intercostal interno, que en
este caso se confunde con la
plauca costal conseguida segun-
damos la abertura con un bis-
turi de botón al que servirá
de guía el dedo índice de
la mano izquierda para evitar
la pérdida de órganos tan in-

portante; como son los contenidos en la cavidad torácica. Agrandada la incisión con estas precauciones saldrá en seguida un torrente de pus, con pseudo membranas. Debe emplearse después el método heteriano, en los días sucesivos debe hacerse el desagüe perfecto, haciendo lavados con disolución de cloruro de zinc ó ácido bórico, siendo á mi juicio cuestión secundaria la sustancia que se emplee, pues según las estadísticas, los buenos resultados de la pleurotomía dependen más de la oportunidad de practicarla

y de las condiciones del enfermo. Mucho se aconseja para el desagüe el introducir varios tubos de drenaje, colocados horizontalmente fijando una flauta del Dios Pan, pero vale más valerse de un tubo Gu cher, mediante el que obtendremos no solo la salida de un pus concreto, de las capas y pseudo membranas que haya en el fondo, sino que luego al lavar con este sifon, haremos una toilette perfecta.

Ahora y aunque á la ligera diré algo de la operación que se conoce con el nombre de Stauder. Se es-

se autor que la razón mas po-
derosa para que el pulmón no
recobre su expansión normal, des-
pués de haber estado comprimido
por el derrame mas o menos,
tiempo, depende de las defor-
maciones de la caja torácica
con escoliosis de la columna
vertebral y de las adherencias
de la pleura y en cuyo caso
y a pesar de las curas dris-
ricas y de lavados antisépti-
cos la supuración continua
los infecciones se estenuan y por
último nada se obtiene por la
pleurotomía aconsejando en es-
te caso la resección de una
o mas costillas. Para esto

15
hace una incisión en la línea
axilar y tomando como pun-
to de partida la abertura que
existía comprendiendo todos los
tejidos blandos hasta el peri-
ostio negro después y aislada
toda la costilla la corta con
una pinza incisiva sin he-
rir la pleura, haciendo lo pro-
pio hasta el número que cree con-
veniente. Como se ve es la úni-
ca operación que puede llevar
todas las indicaciones que con-
curren en la pleurisia cróni-
ca, cuales son verificar bien
el labado, evacuación total
del pus, permitir la solidi-
dad de las falsas membra

nas. La curacion de la pleuresia
por este metodo esta amenaza-
da de ciertas inquietudes, como
son los sintomas de infeccion pu-
trida que suelen desarrollarse en
los lavabos, y con una ali-
mentacion tonica, en otros ca-
sos quedan fistulas permanentes
que resisten a los saludables es-
fuerzos del medico, y aun tam-
bien la supuracion puede con-
tinuar, impidiendo la cicatriza-
cion y sobreviniendo los enfermos
debilitados por la fiebre hec-
tica. De todos modos esta ope-
racion es la llamada a ser
el principal tratamiento de la
pleuresia cronica siendo en

la mayoria de los casos de de-
sarme purulento, demorar de-
sta operacion ensayando otros
procedimientos, que tras de no
dar resultado hacen perder el
tiempo. Por desgracia el mismo ca-
sismo que he visto operar de plu-
rotomia en la sala no n.º 38 del
Hospital Gral succiono victi-
ma de su dolencia, verdad que
tambien era tuberculoso y por
lo tanto se me dispensará su-
ya caso omiso de él

He dicho.

Antonio ~~Herzberg~~
Madrid 16 de Junio de 1836

A la vuelta

Sr. D. Esteban Sanchez Oceano,

Siervo V.S. contestar, firmando, si
esta memoria llena los requisitos que dispone
el art. 47 del plan de estudios vigente, de vol-
vimiento para la hora precisa del ejercicio.

Madrid 26 Junio 1886.



El Decano,

Alusando esta memoria los requi-
sitos exigidos por el Reglamento, puede
leerse en el ejercicio

Junio 27 de 1886

D. Esteban Sanchez
Oceano

Aprobado en el grado
de Doctor -

El Vis
Jore Grinda