

Casas D. Emilio C. 2530

1883

81-7-A-Nº 9.

732

¿Cuál es el tratamiento racional
de la pleuresia purulenta?

Discurso leído por el Licenciado
en Medicina y Cirujía D.ⁿ Emilio
Casas y Arriola en el acto de reci-
bir el grado de Doctor en la misma
facultad.

sin uso



Expono a S. M. P.



25482920

618481747



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315394606

Excmo e' Hmo Sr



Al tener que someter a la aprobacion del alto criterio de V. S. I. el presente discurso, siento mi corazon embargado por muy diversas y encontradas emociones; por una parte, la ardua empresa que sobre mis debiles fuerzas intelectuales recae y por otra, el halagueño a la par que imponente espectáculo de un Claustro que me dispensa el honor de recibirme en su seno, para concederme el ultimo eslabon de la carrera que con entusiasmo admiro.

Si queto en eterno para mi eterno
momento, en que van a ser satisfechas
mis aspiraciones, mi espíritu se siente
oprimido por una penosa impresion
y teme no poder llenar dignamente
la obligacion que tiene impuesta.

Habiendo tenido ocasion de
observar en mi corta practica, varios
casos de pleuresia serosa y algunos de
pleuresia purulenta, he llamado prefe-
rentemente mi atencion este asunto de
los infinitos que son objeto de la ciencia
Médica y sobre el cual versará el
extrema de mi tesis averiguando,
cual es el tratamiento racional de
la pleuresia purulenta. A fin de
dar la claridad que me sea posible

a este pequeño trabajo, indicare la
marcha que me propongo seguir en él.

Tres partes le constituirán; en la
1.^a hare una exposicion de los diversos
tratamientos empleados hasta hoy pa-
ra curar la pleuresia purulenta; ver-
sará la 2.^a sobre las terminaciones
espontaneas de esta dolencia y concluirá
la 3.^a con el tratamiento de elec-
cion. — ~~Antes~~ antes de entrar en
materia, suplico encarecidamente
tanto a V. S. F., como al dignísi-
mo y respetable Claustro que presi-
den, suplan con su provincial ven-
bolencia los innumerables vacios y gran-
des faltas que sin duda alguna
encontrarán, atendiendo tan solo

a los buenos y vehementes deseos del
que tiene el honor de presentarse.

Capítulo 1.^o

Tratamientos empleados para curar
la pleuresia purulenta. =

Esta enfermedad, ha si-
do tratada de diversas maneras em-
pleando para ello varios procedimientos,
y el Médico se encuentra perplejo sin
saber cual elegir. =

En este capítulo, procuraremos hacernos
tar las curaciones obtenidas e indagar
los inconvenientes a fin de que labor
se haga, cuando tengamos que estable-
cer la proposición de que es objeto el ti-
tulo de nuestro trabajo a saber; ¿Cuál
es el tratamiento racional de la pleu-

resia purulenta?

Hasta hoy los tratamientos
empleados para curar esta dolencia son
exclusivamente quirúrgicos, consistiendo
en punciones aspirantes seguidas o no
de inyecciones modificadoras, establecién-
do una cámbula fija, trocar de Dieulafoy,
cámbula con película de tripa, si-
fon de Potain, de un tubo con chuma-
je L.^a

1.^o Toracentesis simple. = La evacuación
del pus por este método, se hace hoy
exclusivamente con la ayuda de pun-
ciones aspirantes, siendo suficiente esta
sola intervención en varios casos nota-
bles observados por Dieulafoy, Bouchut,
Lebert, Jules Guérin, Marrotte, Du

Thiers, Lacaze. Bouchut, ha obtenido una vez la curacion de un niño despues de 33 aspiraciones y por 6 aspiraciones otra vez. En el caso de Dieulafoy las aspiraciones fueron suficientes (1) Se han observado despues de una sola aspiracion por Montard Martin, Herard, Bourdon, Gueneau de Mussy, Legroux, Marcovitz, Hamilton Poe Willer.

Cadet de Gassicourt (Soc de therap... 26 de Abril de 1882 Paris) ha visto tres casos de niños donde una sola puncion ha sido suficiente; en otros varios casos ha habido necesidad de tres ó cuatro.

(1) Dieulafoy. Traité de l'aspiration p. 332

Aunque así sea, todos estos hechos de curacion son una excepcion comparados con los muchos casos que aun con la aspiracion han sucumbido, teniendo presente que casi todos los casos de pleuresia purulenta curados ó terminados por la muerte, han tenido por preludeo una ó varias toracentesis que siendo impotentes, se ha hecho necesario operaciones mas radicales.

La impotencia y el peligro actual de las toracentesis septicas ~~se~~ ^{se pone en evidencia con} los dos hechos siguientes de las clinicas del distinguido Peter.

1.º Pleuresia izquierda aguda tra

tada por un vejigatorio, pero al septi-
mo dia, hubo hecencia de la toracen-
tesis que se practico dando salida
a' los litros de liquido de aspecto lecho-
so; seis nuevas punciones se practicaron
en el espacio de cuarenta dias, dando
salida a' nueve litros de pus con color
de chocolate los dos ultimos litros. Debili-
dad, adelgazamiento, sudores noctur-
nos, poca to, ruidos humidos en el ta-
do derecho. M. Peter le hizo la pun-
cion aspirante saliendo 2.250 gramos
de pus espeso y verdoso un mes des-
pues de la toracentesis. Inyecciones
de agua alcoholizada, observandose
una ligera mejoría; pero la fiebre
se encendió y el enfermo murió en

una opresion considerable.

En la autopsia la cavidad pleural
izquierda contenia 2500 gramos de li-
quido purulento y las pleuras engue-
sadas, estaban recubiertas de un exu-
dato fibrinoso muy adherente.

2.º Hombre de 63 años, que habia go-
zado de buena salud, fue atacado
de una pleuresia izquierda aguda y
durante dos meses se le aplicaron Ve-
jigatorio y 43 purgas. Entró en el ser-
vicio de Peter con un aspecto absolu-
tamente caquectico, disminucion habitual en
desviacion del corazon: 1.ª puncion he-
cha a' los tres meses dio 600 gramos
de serosidad sanguinolenta; 21 dias
mas tarde 2.ª puncion dio 220 gramos

de serosidad con manchas de sangre.
Septo anfrico en toda la region lateral
izquierda, que se atribuia a la penetra-
cion del aire en la pleura. Dos dias des-
pues de la operacion la fiebre que hasta
entonces habia sido moderada se manifes-
to entre $39,5^{\circ}$ a 40° , el estado general
era malo y le hizo 3.^a puncion siete dias
despues, dando salida a 200 gramos de
pus y el enfermo murio a los diez
dias. En la autopsia, la pleura esta-
ba tabicada por dos falsas membranas,
conteniendo litro y medio de serosidad
purulenta.

Asi pues, sin embargo de algunos resul-
tados felices que señala este metodo y

preocupado por las numerosas decep-
ciones que da, rechazamos su abso-
luto la puncion aspiratoria como
tratamiento de la pleureia purulen-
ta. =

2.^a Toracentesis seguida de inyecciones
modificadoras.

Despues de la evacuacion
del pus se hacen inyecciones en la
bolsa pleural con el objeto de mo-
dificar y favorecer el encojimiento
de sus dos hojuelas pleurales, va-
liendose para ello de liquidos an-
tisepticos y excitantes, agua alcohol
virada, fénica, tintura de yodo
y odurado I.^a

Tran ha visto curarse un derrame
viejo que tenía 15 o 18 meses, después de
la evacuación del pus seguida de una
inyección yodada. Bull. de Therap. 1853 Pa-
ris. — Un caso análogo curado por la
punción y seguida de una inyección y-
odada cita Cintrac, Memoria de la
sociedad de los hospitales de Bordeaux
1867 2º 2º. — Marmy, tesis 1867... Paris
cita el caso de una pleuresía que databa
de cuatro meses y una punción practica-
da, dio salida a un golpe de purfeti-
do; seguida de la punción se hizo una
inyección de agua templada y el enfer-
mo se curó. Este método se puede decir
que cuenta con mayor número de casos

felices que el 1.º a causa de la acción
tóxica de las inyecciones, pero el estudio
de los hechos demuestra lo contrario.

A continuación citamos en resumen
casos prácticos, cuya desgracia ha sido
completa sin embargo de haber empleado
inyecciones con diferentes medicamentos,
sulfato de zinc, ácido fénico, agua yodo-
da y tintura de yodo.

1.º Hospital de St. Eugenio, sala de St. Louis
" 40, servicio de M. Desplats, 1877 Paris
" Pleuresía purulenta aguda. 5 aspira-
" ciones simples y la 6.ª se hizo dos me-
" ses y medio después, seguida de inyec-
" ciones de sulfato de zinc y después otras
" 3 de inyecciones fenicadas. Contóse
" 9 aspiraciones que extrajeron 9 litros y

" medio de pus, haciéndose a la
" 17^a fétido y desenvolviéndose sobre
" consecuencia un pneumotorax por parte
" facción. — Pericarditis intercurrente.
" Flegmon a la altura de las picaduras.
" Empezamos a los cuatro meses después de
" la evidencia del pus. — *Crisipela quisius*
" gica. Muerte a los 20 días después del
" empujamiento. Se prueba pues, la ineficacia
" de las punciones simples, lo mismo que
" las seguidas de inyecciones.
" 2^o Hospital de ^{Sto} Eugenio, sala de St.
" Loreuro, servicio de Ch. Desplats, 1877
" Paris
" Pleureisia fibrinosa aguda, convirtiéndose
" se en purulenta después de la 1^a 2^a aspiración.

" dos aspiraciones simples extraídas
" y se siguieron sin mas los lavajes de
" sulfato de zinc. A las 14 pus que era
" muy fétido: lavaje fenico y como
" consecuencia se desarrolló un puen-
" motorax. La 1^a aspiración extrajo
" sobre todo gas. En todo 10.300 gra-
" mos de pus. Lavajes fenicados. La
" aspiración continua del pus en los últi-
" mos meses. — Muerte repentina por
" eclampsia uremica a los 22 me-
" ses de la pleurotomia.

Demuestra la influencia causal de
la toracenteria sobre la transformacion
purulenta, la impotencia de las
aspiraciones solas y seguidas de

inspecciones.

3.º Hospital de St. Eugenio, sala de
St. Lourenço, servicio de Ch. Desplats - 1881
Paris.

" Pleuresia serosa aguda, se convierte en

" granulosa después de la 1.ª aspiración.

" Respiraciones sucesivas hechas sub. P.ªs

" extrajeron M. Poi granos de pus, las dos

" últimas seguidas de lavajes fenicados.

" Pleurotonia hecha dos meses después

" de su principio; aspiración continua

" de pus, lavajes de agua fenicada y

" lacer y de tintura de yodo. Supuración

" abundante, coqueciosa y muerte cuatro

" meses después de su comienzo.

3.º Cámaras, drenaje y sifon =

Las cámaras metálicas, se hallan casi
completamente abandonadas, bien por
que son de metal que no se emplea ya
o porque el aire penetra en la pleura por
la misma cámara o sus costados.

Arán, ha señalado el desenvolvimiento
de peritonitis, sobre todo cuando la cámara
está a la izquierda.

Son mas preferibles las de caoutchouc,
porque no exponen al pulmón o se herido
por su contacto prolongado, ni imitan
la fistula que hace producir dolores al en-
fermo.

El drenaje, con la ayuda de un tubo
de caoutchouc cuyas dos extremidades
atraviesan dos aberturas hechas en un

espacio intercostal tiene esta ventaja
sobre las cámulas metálicas, o de otra
clase, permitiendo además una sa-
lida mas fácil al pus; pero se presen-
ta una dificultad mayor. En los lava-
jes, pudiendo ser obstruido los orificios
del tubo por tapones fibrinosos y sacan-
do el líquido por la teternidad sin
haber lavado la pleura.

El sifon de Potain, es un aparato que se
opone a la introduccion del aire en la
pleura, no siendo esta solo su ventaja
sino que vacia la cavidad pleural
tan completo como es posible, efecto
de la corriente de líquido de fuera va-
riable a voluntad y que se establece solo

bolsa pleural.

Sobre las cámulas o tubos fijos y ha-
ta el sifon de Potain, respondemos con
M. Montaudou Martin, tan competente
en estas materias.

" El inconveniente comun es la obstruc-
" cion de las cámulas o tubos que en
" mergiendose en el pus y estando por
" a las diversas producciones plásticas
" de la pleura pueden en muchos casos
" estar encontrados tapados por fal-
" sas membranas o detritus mas o me-
" nos voluminosos que dejando de
" funcionar el aparato, impiden los
" supuros por retencion del pus, in-
" feccion purulenta, sino se llega a

un socorro por el supiema.

He aqui recomendado de una manera sapientisima, los diversos tratamientos que se siguen para curar la pleuresia purulenta. El inconveniente de estos metodos, y el examen de la marcha que la naturaleza emplea para su curacion, asi como las fatales consecuencias a' que da lugar el estancamiento purulento o un desagüe insuficiente, formará el elemento en que apoyar el tratamiento racional.

Capitulo 2.^o

Terminacion de la pleuresia purulenta.

La pleuresia puru

lenta puede ser o' por transformacion o' de una pleuresia serosa o' por efusion a' consecuencia de la abertura en la pleura de un absceso del pulmon, del mediastino, higado, sinos, propagacion inflamatoria, caries de las costillas, gangrena del pulmon, sinije la flegmonosa de las paredes toracicas.

La disposicion especial que la economia adquiere en el curso de las fiebre eruptivas, tifoidea, infeccion purulenta y principalmente en el estado puerperal (Broussais) hace que en estas condiciones, una pleuresia concluya por ser purulenta. La naturaleza, a

gente de necesaria intervencion
de curas espontaneamente esta dola-
cia y aunque raras son estas termi-
naciones, los hechos acreditan que pue-
den existir; sigamos los pasos de
esta feliz terminacion y reconocia-
mos los medios de que se vale, cuyo
estudio no sera su vano, pues la
mayor parte de las veces surge la
indicacion de tener que auxiliarla.

De tres maneras puede curar
se espontaneamente esta enfermedad.
1.^a Por absorcion. 2.^a Por establecimien-
to de una fistula bronquial y 3.^a
por evacuacion del pus a traves del

espacio intercostal.

1.^a El derrame purulento puede absor-
verse, pero es necesario que haya sufi-
do la degeneracion serosa. En esta
manera de terminas, mas sin
embargo Cruveillier y Rappin, citan
varios casos de esta causal termina-
cion. - Montrossier en su tra-
tado sobre la pleuresia purulenta, da
un ejemplo incontestable de esta
manera de curarse, verificandose
el diagnostico por una puncion
exploradora. - Triller - Tratado de
las enfermedades agudas de las
vias respiratorias, pag.^a 309 refiere
se un caso de terminacion por

reabsorcion, practicando la toracocentesis al vigesimo dia de la pleuresia, sobre un hombre robusto que ofrecia los sintomas de un derrame purulento, no dando salida a ningun liquido por la cámbula. Desde este momento, tuvo una mejoría sensible anunciando la reabsorcion de la reabsorcion del liquido. No obstante esta mejoría solo fue temporal, continuando el enfermo a los 40 dias por la secundesencia del derrame. La autopsia puso de manifiesto la existencia de un derrame purulento abundante y antiguo, ya pretadas adherencias del pul

mon

2.^a Puede curarse algunas veces la pleuresia purulenta después de la evacuacion del pus por los bronquios, siendo variable la época que sobreviene la crisis pleural. — Triller ha visto sobrevenir a los 28 y hasta los 80 dias. Este accidente dice él mismo, es favorable a la cura próximamente en la mitad de los casos. Sanssier Geis 1841 - Paris, sobre 23 perforaciones de este género, ha contado 15 curas.

La elasticidad del pulmón, en las pleuresias interlobares, ofrece un obstáculo a la entrada del

ane y putrefaccion del pus, raron
por la cual la cura es mas facil en
estos casos. El resultado puede ser
todavia feliz cuando el pus ocupa
la gran cavidad pleural, pero esto
es si la fistula no permite la en-
trada del aire. La complicacion de
un pneumotorax es sin embargo
compatible con la cura, si la pleura
esta limitada por adherencias
aunque este situada en el mismo
saco pleural.

Una vez manifestada la
crisis, la expectoracion empieza a
disminuir, signo de reduccion de
la bolsa purulenta o de la contrac-

cion del orificio de comunicacion,
y a veces cuando se espera la cura-
cion sobreviene una nueva crisis.

Al propio tiempo los sintomas gene-
rales se van curando, la fiebre de-
saparece, el apetito y fuerzas se va-
ren poco a poco y el enfermo recobra
la salud.

Este resultado se hace esperar a veces
meses y hasta años.

A continuacion presento dos casos
recogidos en mi corta practica, de
esta manera de terminar que tiene
la pleuresia purulenta.

1.^o Pleurisia purulenta derecha. —
Crisis — Curacion.

N. N. de 42 años, labra-

dos se presentó a mi observación el 15 de Agosto de 1880 con dolor de costado derecho, matidez en el mismo punto extendiéndose hacia atrás hasta el ángulo izquierdo del homoplato y hacia adelante un poco menos alto, ausencia de murmullo vesicular en estos puntos, disnea y egagrinia con tos que hacia ya mucho tiempo experimentaba. Le dispuse varios regimenterios en el sitio afecto y le administree diuréticos.

La anorexia y sudores nocturnos sobre vinieron y el enfermo acometido por una fiebre bastante intensa 39° de falleció notablemente. A.

primero de Octubre observé que la pared torácica se retractor y que la ampliación del torax durante la inspiración era casi nula, faltando por completo el murmullo vesicular.

Un día al enfermo le di un golpe de tos y expectoró sobre 200 gramos de un líquido purulento de olor nauseabundo. -- Le di carne cruda, vino rancio y extracto de quina. -- Los días siguientes continué expectorando la misma cantidad.

Día 19 de Octubre. -- La matidez disminuye y empiezo a percibirse el murmullo vesicular. La temperatura oscila 38°.

Día 21 id. -- Escalofríos repetidos duran

te el día. - Temperatura de la tarde $40^{\circ} 2$
Durante la noche sudores abundantes y poca
saliva.

Día 23. - Disminuye la matidez. Localiza por
la tarde.

Día 25. - Expectoración disminuida en un
tercio. - Seye un ligero glú glú, aplicando
el dedo al costado superior y rogándole que
se acorche y se ponga derecho. - Pnemotorax li-
mitado.

Día 27. - Expectoración 100 gramos y muy
fetida. - Pulverizaciones fenicadas. -

Día 29. - Dolor de costado derecho. - No se per-
sibe el glú glú. - Temperatura oscila entre 38° .

Día 31. - Expectoración 180 gramos. - Idem de
los marceolos. -

Día 2 de Noviembre. - Expectoración 108 gramos.

Día 4. id. El mismo estado. - Sulfato de
quinina 0,50 centig. La temperatura desciende

de 38° .

Día 6. - Plegatorio al lado derecho.

Día 8. - La expectoración disminuye pro-
pamente y no es un líquido espeso y
pusulento sino simple saliva. - Per-
fuerzo recobra fuerza y salud.

Día 16. - Nueva vómica. - Líquido pu-
sulento. - Continúa la expectoración pu-
sulenta los días siguientes. -

Día 23. - Disminución de las vibracio-
nes torácicas y del murmullo vesicular.

Matidez en la base derecha y hacia atrás.
Persiste el dolor de costado. - La expecto-
ración cambia. - Temperatura 40° . A
los dos días desciende a 39° y enseguida
a 38° y los síntomas locales y generales
se mejoran.

Día 30. Se le dan 2 gramos de ácido
salicílico y 50 gramos de cosea día

siv — Expectoracion casi nula y algunas salivas al dia. —

Dia 7 de Diciembre — El murmullo vesicular sobreviene por todo el costado enfermo. — El paciente empieza a oír. —

Dia 14 id. — El enfermo esta bien. — No tiene ni expectoracion, ni sudores nocturnos y temperatura normal desde hace tres dias. — La curacion completa se obtuvo a los dos meses de la 1.^a vomica.

2.^a Plañecia purulenta. Tónica. Curacion

N. N. de 20 años, labrador es puesto a mi asistencia el 15 de Marzo de 1884, sintiéndose escalofríos, dolor de costado irguiendo, disnea, tos sin expectoracion, fiebre continua con exacerbaciones vespertinas, a veces sudores nocturnos, perdida completa del apetito, adelgaza-

miento notable y depression de fuerzas.

A nivel del tercio inferior del pecho irguiendo, matidez completa, disminucion notable del murmullo vesicular, voz bronquial, persiste el dolor, nada de expectoracion. — Temperatura 39°. Por la noche tiene el enfermo grandes golpes de tos seguidos de una expectoracion abundante de liquido purulento de olor fétido, pero no gangrenoso.

Dia 16 — La fiebre se mantiene a 39°. Pulverizacion fenical. — Come 20 gramos; extracto de quina 15 gramos. — Vino.

Dia 17 — Desaparicion del dolor de costado. La expectoracion disminuye notablemente y no es tan fétida. — Malestar general, sudores nocturnos e inapetencia. — Temp. 38.5°.

Dia 18 — Disminucion notable de la expectoracion — Matidez menor extendida en la

base del pulmón izquierdo. — Un poco de
diuresis. — El mismo estado general. — El mis-
mo tratamiento con 0,75 centígr. de sulfato de
quinina.

Día 20. — Bajo la influencia del sulfato de
qq. la temperatura desciende y a partir de
este día oscila entre los 38° y por la tarde
0,6 decimas mas elevado. — Expectoración
menos abundante y no es fétida. — El mismo
tratamiento.

Día 21. — El estado general mejora y el ape-
tito se eleva. — No hay sudor, nocturno y
es casi nula la expectoración.

Día 28. — Empieza a oírse el murmullo
vesicular. — Habiendo observado el supe-
rior cefalalgia y zumbido de oído se su-
prime el sulfato de qq. Desde este día
la temperatura vespertina se mantiene con

tanquente bajo los 38° y enseguida se
quedó normal.

Día 30. — El apetito y fuerzas son satisfac-
torias. — Expectoración casi nula y sin fétido.

Día 7 de Abril. — Nada de expectoración
pero todavía un poco de submatidez en
la base del pulmón izquierdo. — Estado
general excelente. — Hecho de alta.

3.ª El pus abre una incisión a tra-
vés del espacio intercostal. —

Aparece un abultamiento indolente
que se enagrece, en el punto de la
pared torácica que amenaza abris-
se. Este aumento de volumen, se de-
mata, siendo blando, fluctuante
y reducible en el momento de los es-
pulsos, No tarda en adelgararse

la piel, tomando un tinte violado y por fin cede a favor de un esfuerzo, haciendo una cantidad de pus generalmente considerable.

La fistula cutanea que se establece, es rara vez precor, pues teniendo que formarse un trabajo ulcerativo en la pleura y en los diversos planos intercostales, se retarda, dando lugar a la formacion (en una grande o pequeña extension) de pseudomembranas y a que la bolsa supura por mucho tiempo, recuperando el pulmon difícil y lentamente su expansion normal.

De aqui se infiere, que en estas condiciones, sea muy rara y rian

por tardia, sobreviniendo las mas veces se absorcion purulenta y fiebre continua, trastornandose las funciones nutritivas como lo han demostrado los bellos experimentos de Claudio Bernard. En efecto, basta producir fiebre en un animal, para que los jugos gastricos perdiendo sus cualidades fisiologicas, no sean aptos para las operaciones de la quimica viviente y de aqui la fiebre hectica y la muerte. Solo de este compromiso se puede salvar al enfermo, con una intervencion quirurgica activa; abriendo una via facil al pus y modificando la serosa supurativa, impidiendo los accidentes, a que dar

lugar un orificio insuficiente que mas adelante demostramos con casos practicos tomados del eminente Peter.

Tulmont dice, cuando hay coexistencia de una fistula pleurobronquial y pleurocutanea la muerte es la regla sin el tratamiento quirurgico.

Seune varias veces que la fistula toracica puede establecerse o traves de la herida producida por el trocar y en este caso la curacion es mas facil a consecuencia de la situacion favorable del orificio y de la precocidad de su produccion que no ha dado tiempo a la pleura de sufrir alteraciones profundas. - Trouseau en sus

clinicas 4.^o 1.^o P.^a 798 cito el hecho de un hombre robusto sobre el que practico al mes y medio de la pleuresia la toracentesis, dando salida a cinco litros y medio de pus; siete dias despues de hacer la puncion salieron por la herida producida por el trocar 450 gramos de pus. La fistula asi formada permitio la evacuacion del pus de una manera continua y se cerró a los 50 dias.

La evacuacion del pus se hace a veces dificil o se detiene a consecuencia de la estrechez y obliteracion de la fistula sea bronquial o cutanea; las intomas de septicemia aparecen

cu, signo, evidente, de retención pura
lenta y puede suceder también en
caso de fístula bronquial, provocar
se un pneumotorax generalizado que
arrañando al pulmón hacia arriba
destruya la relación de la fístula con
la capa de pus; este, estancándose
en las secciones inferiores de la plura,
por su descomposición expone al enfer-
mo a todos los peligros de la reabsorción
purulenta. — Para comprobar lo que
decimos y demostrar los desastrosos efec-
tos que el organismo produce en
orificio insuficiente tomemos dos ejem-
plos de M. Peter. —

1.º En un hombre que tenía un

11

„ semmatismo antiguo, se le hizo un to-
„ rocentesis a' las tres semanas de haber
„ contraído una pleuresia de escaso; se
„ le extrajeron mas de tres litros de sero-
„ sidad trasparente y fibrinosa. El
„ derrame se reprodujo y seis semanas
„ despues de la operacion, la cicatriz
„ producida por el trocar se rompio,
„ dando salida a' un liquido sero-
„ purulento que fué muy pronto pus;
„ el enfermo decia de dia en dia,
„ muriendo en el mas arduo cuatro me-
„ ses despues de la puncion. — Peter
„ Clinica 6.º 1.º P.º 579
„ V.º Habia tenido tambien pequenos dolores
„ ser semmaticos y fue puncionado diez

" días después de una pleuresía in-
" quiescente, saliendo mas de tres litros
" de serosidad fibrinosa. De su estado
" general queda mal y día día des-
" pués de la operación, la cicatriz pro-
" ducida por el trocár se volvió a abrir
" dando salida a la serosidad que
" pronto se convirtió en purulenta.
" La inflamación se trasladó al peri-
" cardio y el enfermo murió al
" mes, pocas horas o menos. - En la au-
" topsia se observó pleuresía purulenta
" con pericarditis de la misma naturaleza
" saliendo sin tubérculos en los pulmones.

La muerte en todos los casos no
debio' ser causada por la pleuresía

fibrinosa primero y purulenta des-
pués en el uno o las seis semanas
de la toracentesis y en el otro o los diez
días, sino por la evacuación insufi-
ciente del pus que despertando ta-
piche hectica gastó y concluyó con el
1.^o enfermo cuatro meses después de la
punción y en el 2.^o propagando la
inflamación al pericardio le produ-
jo la muerte.

Hasta aquí, hemos exa-
minado los inconvenientes que se
con los métodos empleados para cu-
rar la pleuresía purulenta, las ter-
minaciones que tiene y las consecuen-
cias fatales que trae consigo la insu-

ficiencia de un escape purulento
o en retencion completa. — ¿Cual
ha de ser pues el tratamiento que se
oponga a esta escena patologica de
la pleumeria purulenta? — Esto es lo
que vamos a demostrar.

Capitulo 3.º

— Tratamiento de eleccion —

La pleumeria purulenta, se anuncia por escalofrio, persisten-
cia de fiebre perpetua muy marcada,
sudores abundantes, diarrea fetida, ino-
petencia completa; adelgazamiento,
color terroso, desaparicion del pectori-
logio apona si existia antes (Bacilli)
y por el edema de las paracostales

cicas del costado superior.

Esta nueva y grave situacion hace
dictar e imponer una terapeutica nue-
va tambien. — ¿Cual sera? — ¿Que
hacer ante un cuadro tan desesperan-
te? — La indicacion es practi-

car sin perdida de tiempo la inci-
sion de la pleura, proporcionando
al pus una larga via de escape, que
evite los peligros de su absorcion. —

La pleurotomia solo, seponde a
esta fatal situacion; haciendose tan
pronto se manifiesta la retencion del
pus o que se vea que el enfermo se
corrumpe y que la curacion es tardia.
Cuanto antes se haga, hay mas

probabilidades de curacion y esta
es mucho mas rapida, citando
para probar esta asercion los dos hechos
siguientes. =

" 1.^o Pleuresia izquierda sin

" ple. tratada con segigatorio sobre segigatorio
" y tres meses despues del principio de su enfer
" medad se establecieron suprataneamente dos
" fistulas, la una con dos aberturas y la otra
" tres centimetros encima de la misma. La 1.^a
" con dos aberturas en un espacio intercostal a'
" 12 centim. poco mas o menos debajo de la uno
" una y corriendo por por ambas aberturas.
" La fistula superior se cerró a' los seis meses
" y la inferior parecia a' veces cerrarse pero
" se volvía abrir para dar salida a' mucha
" abundancia dejando aliviado al enfermo.
" Diez meses despues de la presentacion de
" estas fistulas cutaneas, se produjo una

" fistula pleuro-bronquica, haciendo una espe
" cie de balanceo entre la fistula pleuro-bron
" quial y pleuro-cutanea. - Vista la imposibili
" dad de hacer una contrabertura por ser
" tortuosa el trayecto fistuloso, me conformé con
" dilatar el orificio. Desde este momento debi
" cieron ser frecuentes lavados alcohólicos en la
" bolsa pleural, la secrecion disminuyó y se
" convirtió en serosa, recobrando el enfermo
" fuerza y apetito. La fistula pleuro-bronquial
" se cerró y al mes y medio le tocó cerrarse
" a' la fistula toracica. La curacion se obtu
" vo tres meses despues de la dilatacion del
" orificio y diez y ocho meses despues de la
" produccion de las fistulas de la piel. -
" Peter Clinica 2.^o 1.^o Pa 379.

" 2.^o se trata de una fi
" stula bronquial que se reprodujo a' los dos
" años del principio de la enfermedad.

"Empiema de necesidad a los tres años y
"ocho meses de su principio y veinte meses
"después de la producción de la fistula. A los
"treis meses después del empiema, la fistula se
"cerró, pero volvió a abrirse pronto dando sali-
"da a una gran cantidad de pus y entonces,
"se procedió a la dilatación buelva del orifi-
"cio fistuloso. Desde este momento, la expec-
"tación purulenta siguió poco a poco y la
"fistula bronquial, se cerró lentamente dos
"meses después de la dilatación. — Sin em-
"bargo la herida cutánea dio continuamen-
"te por o'peras de las varias inyecciones
"modificadora, y al cabo de un año de
"esta supuración interminable el enfer-
"mo se hizo tuberculoso. — Peter-Elm-
"ca 8.º 2.º 0.º 1/2.

La lectura de estos datos nos de-
muestra, la imperiosa necesidad
de la pleurotomia, cuando esta evi-
denciada la pleuresia purulenta y
nos pone de manifiesto el 1.º caso,
que si la dilatación del orificio se
hubiese practicado en seguida de la
abertura espontánea, la curación
hubiera sido inmediata; puesto que
se ha obtenido en tres meses, habiendo
supurado el superno diez y ocho ve-
ces y el 2.º nos hace ver la ineffectu-
de la dilatación de la pleura en un
periodo muy avanzado, en que con-
chuyó el superno por hacerse tuber-
culoso.

Montard-Martin, en su tratado
sobre la pleuresia purulenta p.^a 120
dice así:

" El empiema es una operacion excelente
" que no debe emplearse con prontitud pe
" ro a' la cual hay necesidad siempre
" de recurrir el dia en que se vea que las
" cámbulas, el drenaje o el sifon de Potain
" son impotentes para conjurar los acciden
" tes putridos.

¿ Deberá el Médico
hacer para por la hilera de los
diversos tratamientos, muchas ve
ces, impotentes, y de larga duracion
o podrá ser autorizado a curar
por la pleurotomia?

¿ Cuales son las
probabilidades de curacion que

el enfermo operará por este trata
miento?

¿ Que estado será el del
enfermo en el momento que se haga
la incision intercostal?

¿ Que ventajas tiene
la pleura, el pulmon y el enfer
mo de una practica bajo un pun
to de vista sistematizada?

Esto es lo que en este capitulo vamos
a demostrar.

La pleura.— A poco tiempo de
manifestarse la supuracion en la
pleura, solo existen depositos fibrí
nosos, poco solidos, susceptibles de
desaparecer espontaneamente por

regresion granulo-grasosa; la serosa sub
yacente es un poco roja y sin brillo, ma
nifestandose pequeñas granulaciones
que le dan un aspecto sombrío. Esto
es la mejor disposicion de las hojas
pleurales, para soldarse por la oblite
racion de la cavidad pleural y poner
termino a la enfermedad.

! Que cambio tan notable se eene, si la
pleuresia purulenta es crónica ó si
la inflamacion ha sido excitada por
la aspiracion y los lavajes!

Aparece un exudado fibrinoso de
exceso variable infiltrado de glo
bulos purulentos y la pleura se
presenta mas granulosa, roja

14
o de aspecto gris y el exeso del tejido
conjuntivo supleural que se forma a
lo largo es escleroso en sus partes pro
fundas. Estas alteraciones van ma
lizando; la pleura fungosa puede ulcerar
se, gangrenarse y contraer accidentes
muy terribles. — M. Rendu 'Union
Medico 1879 - Paris, refiere la historia
de un enfermo que al mes del princi
pio de una pleuresia, fué atacado
de una varicela purulenta seguida
de un pneumotorax y de gangrena
pulmonar; estos accidentes trajeron
la muerte en el espacio de 48 ho
ras. El mismo P. Rendu aprecia
que la enfermedad ha seguido la

marcha siguiente: ulceracion de la
pleura, empyema, pneumotorax y gan-
grena pulmonar.

Añadiremos a este hecho, el céle-
bre caso del profesor Delbecq:

"Después de una puncion que dió salida
"a 2.500 gramos de pus, se reprodujo el
"líquido y se presentaron síntomas de fe-
"bre hectica. Potain hizo aplicacion
"de su sifon y practicó inyecciones repe-
"tidas durante varios dias; pero bien
"pronto el aparato cesó de funcionar
"y amenazando los accidentes peligrosos
"inminentes, la operacion del empyema
"fue practicada por el profesor Néla-
"ton, dando salida a una masa
"verde de producto, friendo un membrano
"verde, cubierto de putridos y algas.

"Dias después salió un detritus voluminoso
"que examinado al microscopio por el
"profesor Sappey, resultó ser una porcion
"de pleura y de tejido pulmonar espalme-
"do (1)

¿Y el líquido purulento?

"Peyrot afirma que en los derrames pu-
"rulentos cualquiera que sea su origen, se
"pasa poco tiempo después de su formacion
"a una fermentacion putrida, aunque no se
"comunique con el aire exterior. El resultado
"es casi inevitable de la toracenteresis en este
"caso es una exageracion de esta fermen-
"tacion y por consiguiente una agravacion
"rápida de todos los síntomas. — Peyrot
"Teis, 1876 P. 84. Paris

Los productos de esta fermentacion

(1) Montard Martin. Lugar citado P. 120.

imitan vivamente la serosa y por eso
con una suppuracion abundante e
inagotable, causando el desgarro
y la fiebre hectica al supremo.

El liquido puede contener, ademas de coágulos fibrinosos, falsas membranas, detritados de la pleura y trozos gangrenosos. Casos de Rendu y Solvican.

Segun Montardella
An. Sociedad de Terapeutica 25 de
Abril 1882 Paris, los liquidos que se
emplean para las infecciones pueden ser
tanto perjudiciales, por sus
propiedades coagulantes, aumen-
tarian la cantidad de falsas

membranas contenidas en la pleura
y seducirian poderosamente las
probabilidades de curacion.

El pulmon. — El pulmon en los
derrames recientes, esta todavia bastante permeable y puede volver a
su estado primitivo, si en este oportuno
momento, la pleurotomia se lle-
va a efecto; pero si por el contrario
se hace esperar, el derrame deter-
minara el hundimiento del pul-
mon sobre sus partes perifericas y
la atelectasia de las vespículas
(Cayrol). — Ademas el liquido
coagulativo que se forma en la pleu-
ra contrae adherencia con el

pulmon y esta organizacion fi-
frosa, puede llegar hasta la peni-
neumonia intersticial (1) La indi-
cacion formal, es de impedir la
formacion de estas organizaciones,
por la pleurotomia

El supurmo — ¿He resultado
van a producir en el supurmo las
aspiraciones e inyecciones? — Recuer-
dense los casos citados. — Dependien-
cia organica por el pus evacuado
y renovado sin cesar, descomposi-
cion putrida del liquido pleural,
se absorcion purulenta por consecuen-
cia y con ella todo el cortejo de sin-
tomas, inapetencia, sudores noctur-

nos, fiebre continua con exacerba-
cion vespertina, diaquea, enflequeci-
miento, perdida de fuerzas y la fie-
bre hectica.

En estas deplorables condiciones, tanto
locales, como generales, es cuando la
pleurotomia se impone, si es que la
naturaleza no se ha anticipado ya
al Médico, señalándole la regla
de conducta que ha de seguir y no
ha abierto ya una salida a traves
del pulmon, de la pared toracica
o del diafragma.

¿Y como se ha de agotar la
secrecion pleural y favorecer la ci-
atracion? — Pues ocurre

(1) Nota sobre la pneumonia intersticial que acompa-
ña la pleuresia. Boletín de la Sociedad Médica del Ho-
pital 1872 = Paris.

muy a menudo que establecida la
fístula pleuro bronquial ó pleuro
cutánea, la supuración persiste
y la bolsa pleural tarda mucho
tiempo en cicatrizarse, de
terminando el decaimiento orga-
nico y la muerte del enfermo.

¿ Como evitarlo ?

Nuestra línea de conducta es ha-
cer la pleurotomía temporal; en una
epoca en que el estado local y ge-
neral venguen en ayuda de la te-
rapéutica. — En una palabra, en
un periodo en que las funciones or-
gánicas no estén muy alteradas.

Esta proposición emanada de los

hechos y del poder de la autori-
dad de Richer cuando la di-
cusión academica de 1872 y de
Woillez en la sociedad médica
de los hospitales del mismo año
aseguran nuestra convicción. —

En todas las observacio-
nes recogidas, de enfermos que han
sido operados por la pleurotomía se
ha notado un alivio inmediato, su-
cediendo algunas veces accidentes, pero
pequeños y sin gravedad; como tendencia
al tinea, respiración desordenada
8.º y 9.º y jamas se observan los acciden-
tes terribles, notados después de la
toracentesis. — Peter Clinica médica 4.º
1.º P.º 613 — Woillez, Enfermedades

agudas de las vías respiratorias
P.^a 504, 520, 522. — Montard
Martin Pleuresia purulenta 1872
H.^u 2.^a, 8, 9, 14, 15, 16. — Robert
Laceta de los hospitales, Paris 1872 N.^o
83, P.^a 663. — Robert, Feis, Paris
1882 H.^u 9, 10, 14, 16. — Peyrot
Feis, Paris 1876 H.^u 1, 2, 4, 5, 13. —
— Blacher, Union Médica 1879 —
— Laséque. — Dupuy, Feis, Paris
1876 H.^u 1.^a — Gimbert de Camus
Feis 1881 H.^u 2.^a — Inyot Union
Médica 1876 Paris. 4.^o 2.^o P.^a 154.
— Liberman, Union Médica 1877
Paris 4.^o 1.^o P.^a 36.
Podría citar mas casos prácticos

pero me alejaria impertinente
mente de mi proposito, abusando
altamente de la atencion del respe
table Claustro.

¿ No es la pleuresia pu
rulenta una coleccion de pus, lo
misimo que un absceso ?

¿ Que hay en un fle
mon que no se encuentre en la pleu
resia purulenta ?

Histologicamente, el pro
ceso inflamatorio y sus fases son
las mismas. — Tharthe des Feis
Histologia normal y patologica
1879. P.^a 748

Clinicamente, pus

se encuentra en los dos casos; no dando en el absceso pedernillo celularos esfacelados y en la pleuresia purulenta falsa membrana y fibrinas.

Todo pues se parece. ¿Va solo a' diferir la terapéutica?

No; para la pleuresia como para el absceso, la indicacion es evacuar todo el pus y todo trozo solido que contiene, dejar una salida libre y un paso facil a' las impurezas medicamentosas, y todavia no estará la indicacion satisfecha, si la pleurotomia no es oportuna, sino se hace inmediatamente

que se tenga conocimiento de la existencia del pus.

¿No será tan selecto para la pleuresia purulenta que para el plemon, el dejar que se abra espontaneamente despues de haber causado graves dolores de mas?

En una palabra, asi como en el plemon si preciso abrirlo tan pronto se manifieste la supuracion y procurar que la abertura sea bastante grande para facilitar la salida del pus, debe procederse en la pleuresia purulenta. Ser de que se suponga la presen-

cia de pus en el pecho, surgen
la indicacion de la pleurotomia;
pero ante, con ayuda del aspira-
dor, se hace una puncion explora-
dora para evidenciar el pus y con-
firmar el diagnostico. Con esta
practica conforme en un todo, con
la indicacion terapeutica, se evita
ra' al enfermo el dolor de una se-
rie de ensayos muchas veces infruc-
tuosos y el entretenimiento de una
supuracion peligrosa y sobre todo
se obtendran curaciones rapidas
y se evitara la deformidad toraci-
ca consecutiva (Peyrot)

Asi como en la hidra-
trons aguda y en la artritis
purulenta, sus tratamientos no
se pondran nunca en paralelo,
sucede para nosotros lo mismo
entre la pleuresia serofibrosa y
la purulenta, cuyos tratamientos
son esencialmente distintos; pue-
lo que para la pleuresia serofibi-
rosa es suficiente la toracentesis,
para la purulenta se hace nece-
saria la pleurotomia.

Asi pues, creemos
que la pleurotomia es el trata-
miento de eleccion, racional y
logico de la pleuresia purulenta.

Es si, el tratamiento de eleccion
y no de necesidad, apreciando
el suceso mayor, probabilidad
del de curacion y siendo esto,
mas rapida, si se hace en el
momento que el diagnostico de
la pleuresia purulenta se halla
confirmado.

De que manera se pre-
ciso abrir la pleura?

Una incision ancha y en un
punto declive que facilite lo ma-
yor, la salida constante del
pus y la expulsion de falsas
membranas; pero no someterse
nos en un todo a la descripcion

del manual operatorio de la esce-
lente tesis de M. Peyrot, P.^a 94.

" El punto del torax
" en el cual quiere operarse estan
" ya determinado, es ordinaria-
" mente el octavo espacio intercos-
" tal, hacia la parte media de las
" costillas y al nivel de la linea
" axilar, asegurandose por una
" puncion aspiratoria de la existen-
" cia del derrame. Se reconoce, pal-
" pando las costillas que limitan
" el espacio intercostal al nivel
" del cual se encuentran.

" Sobre el medio del costado su-
" perior, se cortan todas las partes

"blanca, en una extension de 7 a
"8 centim^{ts}, en sentido paralelo a
"las costillas. El labio superior de
"esta incision se levanta y el musculo
"intercostal externo se encuentra descu-
"bierto; entonces se introduce la punta
"del bisturi ~~sobre~~ el borde superior de la
"costilla inferior, dirigida por la pulpa
"del dedo indice izquierdo que palpoy
"aprieta este borde. Se practica asi una
"pequena abertura, por la que se declara
"la materia supurada. A partir de
"este momento, conviene reemplazar
"el bisturi puntiagudo, por el de
"boton, el cual sera primero lle-
"vado hacia atra, en una extension

"de dos a tres centim^{ts} proximanen-
"te; luego se da vuelta al bisturi
"llevando la parte constante hacia
"delante y al nivel del punto
"donde haya sido practicado
"la puncion y se completará la
"abertura, cortando los musculos
"intercostales y la pleura de atras
"adelante, en la misma extension
"que se haya hecho de delante a tras.
"En este ultimo tiempo, convendria
"explorar la via que va a seguir
"el corte con el dedo introducido
"en la cavidad pleural. Estas
"ple precaucion, no siempre es ne-
"cesario; pero pone tambien al

" abigo de todo accidente que no
" debe jamas el descuidarse en
" plearlo.

Es preciso despues de la opera-
cion, lavar la pleura del pus y de
pedacos que hayan podido quedar
sueltos, de falsas membranas, has-
ta su completa curacion.

Cada Médico, ha precon-
izado una sustancia modificatrix,
empleando para ello tintura de ya-
do yodurada, soluciones de sulfato
de zinc (Dienlaff), nitrato de plata
(Bacelli), acido fenico, cloruro de
sodio, vino, decocciones, aromatics
S. e.

Ita es que, una

cuestion secundario y esta subor-
dinado su curacion a la época
de la enfermedad en que se haya he-
cho la pleurotomia, dependiendo esen-
cialmente de la pleura mas o
menos dispuesta a la cicatrizacion,
segun la duracion de la enfermedad.

El liquido con el que
se ha de inyectar, debe haber he-
vido antes, para evaporar el gas
disuelto y debe encontrarse a la
temperatura del cuerpo; precau-
cion que se hace necesario por
la sensibilidad del pulmon, sobre
el cual se va a poner en contac-
to en una larga superficie.

La frecuencia de los lavajes y la naturaleza del líquido, deberán ser dirigidos por el grado de la supuración, sus caracteres, y el estado febril o apirético del enfermo.

Si la operación se ha hecho a su tiempo, no hay fiebre y el líquido de los lavajes es blando, no deben hacerse nunca a menudo; mas si por el contrario se ha hecho tarde, en casos desesperados o muy comprometidos y si como la regla, el enfermo tiene fiebre y el líquido de la pleura es muy purificado, con falsas membranas, está indicado multiplicar los lavajes, los antisepticos y los tópicos a la mayor dosis.

Para todos estos lavajes, damos la preferencia a un grande glasso tubo de goma análogo al de Faucher, a causa de su simplicidad, de su manera fácil para todos y de la posibilidad que ofrece de inyectar el líquido a la mayor o menor presión, circunstancia muy atendida; pues una fuerte presión, daría por resultado la rotura de las membranas frágiles, destinadas a producir la sinfisis pleural y a establecer la curación. =

Conclusiones

- 1.^a El tratamiento racional, lógico y de elección de la pleuresia purulenta, es la pleurotomia.
- 2.^a De todos los procedimientos, tiene la ventaja de permitir una salida fácil al pus y la expulsion de falsas membranas.
- 3.^a Es superfluo y casi siempre perjudicial hacer ensayo de la aplicación mas o menos repetida de otros métodos.
- 4.^a Deberá hacerse una punción exploradora, para asegurar el diagnóstico e inmediatamente practicar la pleurotomia.
- 5.^a La curación es tanto mas pronta, cuanto antes se haya hecho la abertura de la pleura.
- 6.^a La incision de la pared toracica debe ser ancha de 6 cent.² lo menos

y hecha en el 7.^o u 8.^o espacio intercostal. La herida se mantendrá abierta con tubo de caoutchouc.

7.^a En el caso de fistula bronquial o cutanea deberá practicarse la pleurotomia, tan pronto aparezcan signos de retención purulenta o se haya producido un pneumotorax generalizado.

8.^a La época de la superñedad en que la pleurotomia haya sido hecha, es la que juzga de la eficacia de los lavajes, que serán tanto mas modificadores, cuanto mas tardia haya sido hecha la pleurotomia.

He dicho.

Enilio Casasnovas

