

Evacuación total de los derrames
pleuréticos por la punción aspiradora.

Memoria para el Doctorado
de Medicina

Presentada por
Emilio Serra Santa Eulalia
Ex-interno por oposición del Hospital de la Santa
Cruz de Barcelona

Junio 1901.



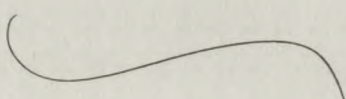
Excmo Sr:

El acto mas importante de mi vida Universitaria es el que verifico en este momento en que en cumplimiento de un deber reglamentario a los que aspiramos a la alta investidura del Doctorado me veo en la necesidad de someter al ilustrado juicio de este Tribunal un punto de las Ciencias Medicas cual es "Evacuacion total de los derrames pleurriticos por la

2

princion espiradora" resultado de multiples observaciones
y que he elegido por tema de mi obligado discurso.

Y inutil manifieste que carezco de las condiciones in-
dispensables para tan dificil empresa y que unicamente con-
fido en vuestra bondad y benevolencia me atrevo a presen-
tar esta memoria.



Introducción.

La extracción de los exudados pleuríticos á beneficio de la punción aspiradora es tratamiento que con sus periodos de apoyo y de descredito ha venido en la actualidad á ser por todos aceptado y á entrar definitivamente en la práctica.

Mas siendo esto tan cierto que contravertirlo hoy día seria oponerse á lo que demuestran la observación y la experiencia como vamos á ocuparnos de un procedimiento respecto á la bondad del cual puede

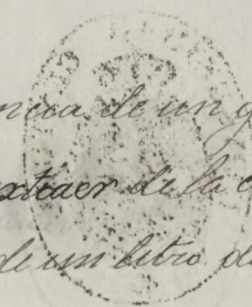
afirmarse que ya se ha dicho la última palabra.²

Yo es precisamente sobre el procedimiento en general sino de una particularidad importantísima del mismo lo que va a ocupar mi atención y que voy a hacerla objeto de estudio en la presente tesis.

La extracción de los exudados pleuríticos, ha venido sosteniéndose con tanta frecuencia que debe hacerse de una manera gradual, de tal suerte que es regla que figure en todos los tratados, el no sustraer de una sola vez todo el exudado a fin de evitar los terribles accidentes que al decir de esclarecidos autores podrían de esta práctica resultar. (1)

Sin embargo estudios emprendidos en estos últimos años han puesto

(1) Siempre que nos encontremos en presencia de un gran derrame pleurítico dice Dierhafer "es preciso no extraer de la cavidad pleural rápidamente y de una sola vez mas de un litro de líquido."



5
sobre el tapete la cuestión del tratamiento radical de las pleuresias en su segundo periodo o exudativo á beneficio de la extracción completa posible (1) del derrame verificada en una sola intervención, viniendo de esta suerte á quedar una cuestión planteada frente por frente de la regla general que hasta ahora informaba el proceder de todos los prácticos.

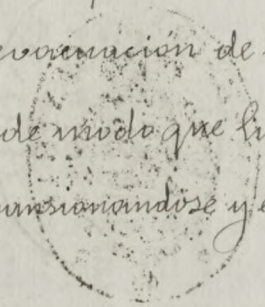
Lo interesante que se nos ofrece la resolución del problema así planteado, algunos estudios que he tenido ocasion de llevar á cabo y algunos casos que me ha sido posible observar es lo que me ha inducido á emprender esta cuestión y á que me declarara desde luego partidario del segundo mo-

(1) Digo "completa posible" porque sabemos que aun en los casos de extracción mas perfecta queda siempre en la cavidad pleural una pequeña cantidad del liquido, mas es esta tan insignificante que no será nunca causa de alteracion importante en el funcionamiento pulmonar.

do de proceder o sea de la extracción completa de los exudados de la pleura. 6

En efecto y como en el decurso del presente trabajo tendré ocasión de demostrar los accidentes en virtud de los cuales se había postergado y hasta propuesto como terribles al acabar en una sola sesión con los derrames pleuríticos pueden reducirse al número de dos; la expansión pronta del pulmón a causa de la disminución de resistencia que ocasionaba el exudado pleural y el síncope determinado por la vuelta rápida a su situación normal del órgano cardiaco que por la misma causa había sido dislocado.

En cada uno de estos accidentes no vemos figurar como causa de los mismos mas que un factor, la rapididad del procedimiento, o sea el súbito cambio que sufre la presión ejercida sobre órganos tan importantes como los indicados. Pues bien si en lugar de llevar a cabo la evacuación de la pleura de una manera tan rápida lo hacemos con lentitud de modo que haya sobrado tiempo para que el pulmón vaya paulatinamente expansionándose y el corazón



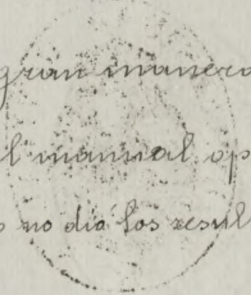
igualmente vuelva a su lugar primitivo; no es cierto que podría efectuarse la evacuación completa sin que deba temerse ninguno de los mencionados accidentes? Esto es lo que se deduce del mas simple examen teorico; ya veremos despues lo que respecto del particular nos dice la practica.

Para la mejor exposicion de mi tesis seguire el orden siguiente; despues de dar una ligera ojeada sobre la historia de la toracentesis pasare a exponer sus indicaciones y contraindicaciones exponiendo en seguida el manual operatorio de la misma para insistir sobre algunos puntos de interes practico; examinare luego los accidentes que pueden sobrevener durante y despues de la intervencion procurando demostrar que la causa de estos accidentes no debe atribuirse solamente a la operacion; seguire con algunas consideraciones sobre las ventajas de este metodo, terminando con la exposicion de alguna observacion clinica y las conclusiones que segun mi modo de ver resumen esta cuestion.

Historia.

La punción torácica destinada a extraer el producto de un derrame pleurítico remonta a la mas remota antigüedad. La incisión y la canterización eran los diferentes procedimientos mas en uso para perforar la pared torácica en la época de Hipócrates.

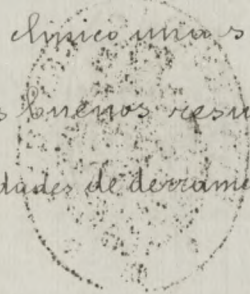
Mas tarde Galeno viene a simplificar en gran manera con su jeringa aspirante guarnecida de una cánula, el método operatorio de la toracentesis, procedimiento, aunque algo perfeccionado no dió los resultados ape-



9
tecidos pues Galeno no habia visto en el otro tratamiento que el de las pleu-
resias purulentas, asi es que no funcionaba la pleura hasta el momento
en que la fistula torácica se iba hacer espontaneamente.

Despues del siglo XI no tom solo calma el furor de la toracentesis sino
que entra en descrédito, siendo eficazmente condenada por unos y admiti-
da por otros y considerada por la mayor parte de los cirujanos como ope-
racion reservada para los casos extremos; en esta situacion llegamos
a principios del siglo pasado, esto es estando la terapeutica de los derrames
pleuríticos aplicada solamente a los de naturaleza purulenta.

A Broussseau es a quien pertenece el haber formulado las indica-
ciones claras y precisas de la toracentesis y el haber contribuido a su vul-
garizacion, pues vemos que en 1844 publica este gran clinico una serie de
comunicaciones en donde demuestra las ventajas y los buenos resultados
que se pueden obtener de la toracentesis en diferentes variedades de derrames pleuríticos.



10

Keybard en 1827 inventa una cánula que ofrece en una de sus estremidades un trocar y en la otra una película de tripa de buey en forma de tubo y destinada a impedir la entrada del aire; previa incision de la pared torácica se introduce el trocar.

Blacher en 1868 inventa el trocar capilar.

Con el método de la aspiración viene Dientlafoy en 1869 a substituir a los antiguos procedimientos presentando a la Academia de Medicina su aparato de manejo fácil y que permite evacuar sin riesgo alguno la cavidad pleural. La finura y pequeño calibre de las agujas dan facilidad para la salida lenta del líquido, impidiendo de consecuencia la descompresión brusca del pulmón y la rapidez en el desplazamiento cardíaco, que podría provocar accidentes más o menos graves.

Tenemos además los aparatos de Potain, Regnard y Castaux que como el anterior han sufrido muchos perfeccionamientos que tienen por objeto hacer la ope-

ración sencilla é inofensiva.

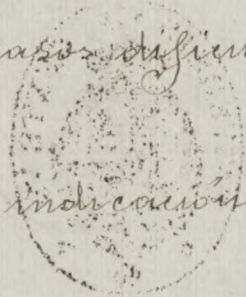
A beneficio de estos perfeccionados aparatos y de la inocuidad que á todas las operaciones presta hoy día el método antiséptico, se ha conseguido que la toracentesis entrara de lleno en la práctica evitandose de una manera segura la penetración en el organismo de gérmenes y por ende las terribles consecuencias de la infección.



Indicaciones de la toracentesis.

La urgencia de la intervención debe estar basada ante todo en la abundancia del líquido. Pero sabemos que los síntomas funcionales que pueden manifestarse como consecuencia de un abundante derrame pleurítico son á menudo poco apreciables y pueden en determinados casos dificultar el diagnóstico.

La disnea cuando se presenta es una indicación pre



cosa, no dejando sin embargo de ser un sintoma que no pueda inducir error pues vemos enfermos que en el comienzo del derrame ya ofrecen una ansiedad e intensa disnea que hacen suponer la inminente proximidad del síncope y que sometidos al reconocimiento nos demuestra solamente una pequeña cantidad de líquido pleural, no obstante la opresión, frecuencia del pulso, respiración y elevada temperatura síntomas alarmantes que han obligado algunas veces a practicar urgentemente la toracentesis y tal podemos ver en las observaciones 1- -22- donde la punción evacuativa no dio salida mas que a una cantidad de líquido variante entre 400 a 1.100 gramos y sin reproducción.

En otros vemos que la presencia de un derrame de esta especie no determina otros fenómenos que un ligero dolor y

14
una insignificante opresión, sin fiebre, pulso normal y estado general satisfactorio, ejemplo nos ofrecen los casos 4 - 9 - y 12.

Como fácilmente se puede deducir, el cuadro sintomático es variabilísimo en los diferentes individuos y su intensidad no está en la mayoría de los casos en relación con la abundancia del líquido, basta para ello leer las instructivas observaciones de Landouzy, Dujardin, Beaumetz, Dubmont, Dieulafoy, Vetter y de tantos otros que citan casos de muerte repentina en enfermos que ofrecían un estado general bastante satisfactorio apesar del gran derrame pleural. En ellas señalan la conducta que debe seguirse en casos análogos y aconsejan estar prevenido contra un síntoma tan poco constante.

No insistiré en la cianosis del semblante ni de los de-

15
dos por ^{ser} síntoma que sobreviene solamente, como resultado de un
abundante derrame que ocasiona serias dificultades en la
circulación y por creer que es una temeridad capar de ocasio-
nar grandes y graves consecuencias el aguardar la produc-
ción de la misma sin antes intervenir.

Si los signos funcionales variables según los individuos
se nos muestran de una manera imperfecta, no sucede lo
mismo con los físicos suministrados por la percusión y aus-
cultación del torax pues los caracteres del soplo, la matitez
y la desviación de la punta del corazón, pleuresia del semi peri-
metro izquierdo, permiten en muchos casos determinar de
una manera aproximada la abundancia del líquido.

Dice Dieulafoy « cuando los signos físicos denotan en
el adulto un derrame de unos dos litros la toracentesis es

16

urgente, se impone, y tambien siempre y cuando se acompañe de fenómenos que hagan sospechar o creer la próxima asfisia o muerte.

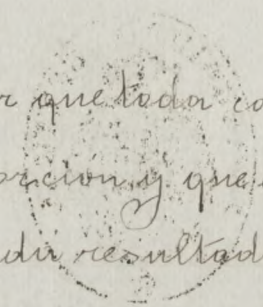
No debemos descansar solamente las indicaciones de la pun-
cion en la abundancia del liquido, pues se presentan en ciertos
casos de pleuresia aguda franca en que el exudado no ofre-
ce ninguna tendencia al aumento, casi sin fiebre y con disnea
poco acentuada, esto es sin sintoma alarmante, y aun en estos
casos está indicada la intervencion pues que de lo contrario
los organos dislocados se inmovilizan en viciosas posiciones,
el pulmon comprimido y adherente respira mal y además
dos principales funciones de la economía están comprometidas
la hematosis y la circulacion sin contar el paso de la
inflamacion al estado crónico y la puerta abierta a la pu-

mulencia.

Si bien es verdad que en la mayoria de los casos podemos entre los signos funcionales y fisivos demostrar la presencia y aun determinar la cantidad del liquido derramado en la pleura es tambien cierto que casi nunca o muy dificilmente nos es posible conocer su naturaleza.

La purulencia del liquido puede sospecharse por diferentes sintomas tales como la fiebre, disnea excesiva edema de la pared toracica etc, pero el medio seguro capsar de sacarnos de duda es el practicar la puncion exploradora con la jeringa de Pravaz.

De una manera general puedo decir que toda coleccion purulenta de la pleura no tiende a la reabsorcion y que en crecido numero de enfermos la toracentesis no da resultados del



18

todo satisfactorios, y digo de una manera general, porque podria citar observaciones de individuos afectos de pleuresias purulentas en que despues de repetidas punciones y otros que a la primera curacion y tambien excepcionales en donde el derrame purulento se resorbio sin recurrir a la puncion.

El examen bacteriológico ha permitido clasificar las pleuresias purulentas y determinar su gravedad con arreglo a la naturaleza y grado de virulencia de los microbios, del modo siguiente:

- 1º Pleuresias poli-microbianas.
- 2º idem estreptococicas, o debidas a estreptococcus.
- 3º id pneumonicas id a pneumococcus.

Despues de los trabajos de Vetter, Jennet y Couëtis-Suffit. sabemos que las pleuresias de naturaleza pneumococica

pueden perfectamente curar practicando la punción, no ocurriendo lo mismo en las otras variedades y en particular la de origen estreptocócico que si bien en algunos casos por consecuencia de una disminución en la virulencia del líquido ha podido llegarse a la curación es necesario añadir que es sumamente excepcional que esto ocurra.

Por otra parte no nos debemos ocupar de esta clase de exudados porque entonces el enfermo pasa de la jurisdicción del médico a la del cirujano.

En las pleuresias de origen hemorrágico la toracentesis no reporta ninguna indicación particular si no ser la común de toda pleuresia.

McCartin señala o describe tres grupos distintos sobre tales pleuresias.



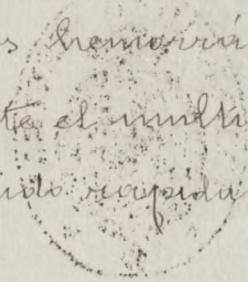
1º Pleuresias hemorrágica simple resultado de la rup-
tura de vasos.

2º idem idem de origen tuberculoso.

3º idem idem id canceroso.

Si bien la toracentesis es el tratamiento de eleccion cual-
quiera que sea el origen del liquido hemorrágico debo admi-
tir que en la simple, surge efectos curables pero que en la tu-
berculosa y mucho más en la cancerosa; solamente disminuye
la disnea aliviando al enfermo y retardando algunos días
la terminacion fatal.

Debove manifiesta la justificacion de la toracente-
sis repetida mientras persistan los exudados hemorrágicos,
en cambio ~~Sien la~~ ~~foy~~ cree no resulta prudente el multiplicar
las punciones porque reproduciendose el liquido rápidamente



como acontece en las cancerosas, lo que verdaderamente ha-²¹
mos es propiciar al enfermo sucesivas sangrias siempre per-
judiciales al estado general que tanto necesitamos se halle en
buenas condiciones.

El tratamiento de los derrames pleuríticos en los tu-
berculosos a suscitado numerosas discusiones, algunos auto-
res pretenden que el liquido derramado en la pleura juega
un papel beneficioso impidiendo la evolución y generalización
de la tuberculosis.

Damary en un estudio sobre el tratamiento de dichas
pleuresias dice que el derrame sero-fibrinoso siendo un medio
de defensa para la pleura debe ser respetado siempre que por
su abundancia o duración no ocasione serios riesgos superio-
res y que cuando llegue el caso en que sea necesario evacuar-

lo es conveniente practicarlo con el mayor cuidado y a pequeñas cantidades, y que la punción evacuatoria produciendo la supresion completa del derrame, no servirá mas que a favorecer la propagacion de la tuberculosis de la pleura donde es eminentemente curable, hacia el pulmon que lo es mucho menos.

Las conclusiones formuladas por Damany sobre el tratamiento de los derrames de naturaleza tuberculosa parecen no estar de acuerdo con ciertos hechos clinicos.

Es necesario desde luego hacer presente que estos derrames en los sujetos tuberculosos son comunmente abundantes para impedir el funcionamiento del pulmon y que ademas con frecuencia se resuelven bastante rapidamente.

27

Suponiendo el derrame lo suficiente para dificultar o impedir el funcionamiento pulmonar, es necesario el extraerlo en pequeñas cantidades?

No creo que la presencia del liquido en la pleura pueda ser de alguna utilidad para impedir la propagacion de la tuberculosis, muy al contrario, pues si el derrame es abundante y la reabsorcion no se presenta despues de veinte dias, cifra media admitida por casi todos los autores la toracentesis esta indicada, pues produciendose en el pulmon compressiones mas o menos marcadas, se dificulta la circulacion del organo respiratorio, y la entrada del aire, condiciones todas que preparan un buen terreno para una nueva bacteria.

Esta plenamente probado pues que la presencia del li-

24

quido pleurítico no tiene ninguna benéfica influencia, lo que si
acontece es, que la ocupación de la pleura impide formar exac-
to conocimiento de la gravedad y extensión de las lesiones pul-
monares, lesiones que aparecen claramente al practicar la com-
pleta sustracción del líquido.

Observaciones de enfermos afectos de derrame bastan-
te crecido y presentando al mismo tiempo síntomas evidentes
de tuberculosis nos han demostrado que la extracción total no
ofrece los inconvenientes que le han querido atribuir in-
justamente.

Potain discutiendo este punto dice " que en infecciones
tuberculosas recientes, si no existen cavernas, y si la colección
es también de reciente formación cree muy útil evacuar la ma-
sa líquida y de este modo evitar la compresión del pulmón si fin.

de que conserve o adquiriera su volumen normal.»

Sideroy en una comunicación sobre las indicaciones y contra indicaciones de la toracentesis dice que la poca abundancia del líquido nos indica su naturaleza serosa; Su fácil reabsorción y la formación de adherencias son los caracteres de la pleuresia tuberculosa mientras que, la purulencia es propia de los derrames consecutivos a fiebres graves tales como la escarlatina, la fiebre puerperal. La excesiva abundancia y la completa reabsorción del exudado es la característica de la pleuresia reumática.

No me ocupo de esta última porque la punción no es en ella con frecuencia necesaria, ya que el líquido pleural desaparece casi siempre, con la misma facilidad que en las artitis, con la sola influencia de la medicación interna.

Muy al contrario sucede cuando la pleuresia acompaña una afección cardíaca, pues entonces la toracentesis encuentra formal indicación. M. Becklen en una lección consagrada á la asistolia de origen pleurítico señala que si los derrames de 1500 á 2000 gramos ejercen una influencia poco marcada en los sujetos de corazón normal sucede todo lo contrario en los cardíacos.

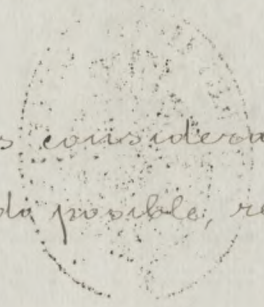
Todo obstáculo al libre paso de la sangre al través de los vasos pulmonares, se traduce por una imperfecta evacuación del ventrículo derecho, de donde su dilatación, si es que por hallarse lesiones persistentes no es posible la hiperlojía compensadora. Los movimientos respiratorios son una de las causas más poderosas de la circulación pulmonar, su disminución cuando ella ataca cierto espacio tiende al estasis en el corazón dere-

cho y a las venas cavas.

No pudiendo desaparecer la asistolia sin la supresion de este obstaculo y siendo la puncion el unico medio para evitarla o curarla y en los casos menos favorables para mantener durante largo tiempo al enfermo en los limites compatibles con la vida es mas que suficiente indicacion para aceptarla, finalmente, siempre que vemos un enfermo con un notable desplazamiento del corazon con disnea considerable o amenaza de sincope no vacilaremos ni ~~en~~ un momento en practicar la toracentesis.

Ya hemos dicho cuales son sus mas importantes indicaciones. Veamos ahora las contra-indicaciones.

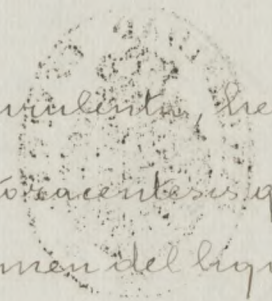
La fiebre ha sido por algunos autores considerada como tal. Es evidente que es preferible, si es posible, retar-



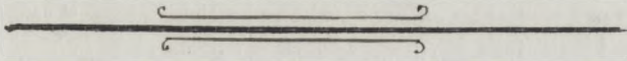
dar la puncion siempre que vaya acompañada de recargos febriles bastante intensos, pero no para considerarla como contra-indicacion si la indicacion, muy al contrario, si veces al practicar la puncion se debe el descenso de temperatura, asi nos lo demuestran los 25 casos que Potain muestra en una comunicacion publicada en la Gaceta de los Hospitales si quienes practicó la puncion con todo y presentar elevacion de temperatura, fiebre que desaparecio de los dos a los cinco dias, en 17 de ellos.

La utilidad de la toracentesis como medio de tratamiento del hydro-pneumo-torax, es admitida por unos y reprochada por otros.

Por lo que se refiere a la pleuresia purulenta, hemos visto ya a propósito de las indicaciones de la toracentesis que el tratamiento debia estar fundado en el examen del liquido.



Pues segun Wetter la naturaleza del liquido y su estudio bacterio-
 logico deben formar la indicacion sobre la manera de intervenir pues
 que si este estudio o examen no revela la presencia de bacterias de
 putrefaccion o de supuracion podemos y esta indicada la toracentesis,
 en los casos contrarios debemos recurrir a la toracotomia.



Manual operatorio y accidentes que pueden sobrevenir.

Al exponer el manual operatorio de la toracentesis no tengo la pretension de indicar un nuevo metodo, sino solamente poner de relieve algunas consideraciones que son á mi entender de interes práctico.

Siempre que nos encontramos en presencia de un es -

Tenso derrame pleural y queremos evacuarlo lo mas completamente posible es util dar al enfermo una posicion que le permita soportar la operacion sin mucha fatiga y por ende la salida del liquido con lentitud, posicion que a mi entender debe ser la horizontal, pues evita mas facilmente el sincope y permite sin tanta dificultad limitar el espacio intercostal donde debemos practicar la punccion, teniendo esta importancia secundaria siempre que nos contentamos con una determinada cantidad de liquido relativamente pequena al contenido, pues que siendo en tal caso de poca duracion es indiferente que el enfermo este sentado o tendido.

Vbo hablare de los numerosos aparatos que se han utilizado para la toracentesis por creellos inferiores todos ellos a los de Dieulafoy y Potain por ser mas facil su manejo y

por permitir al operador gracias al bien distribuido juego de llaves regular a su gusto la salida del liquido.

Antes de practicar la punción es conveniente asegurarse de nuevo de la presencia del liquido, no tan solo con los signos fisicos del examen sino que es conveniente practicar con la jeringa de Pravaz la punción exploradora.

Conociendo la presencia del liquido es necesario antes de operar tomar todas las precauciones antisépticas mas minuciosas referentes a los instrumentos, operador y enfermo, y asi evitar en lo posible la introducción de microbios patógenos, fijando toda nuestra atención sobre el punto donde debemos introducir el trocar, lavando esta region con un cepillo y jabon primero, con eter o alcohol despues y finalmente con solución de sublimado.

Hecho esto y seguro del buen funcionamiento del aparato, practicaremos la puncion de la siguiente manera; fijaremos con los dedos de la mano izquierda, la piel del punto determinada, punto que sera en el septimo o en el octavo espacio intercostal en su parte externa y delante del borde externo del gran dorsal, excepto en ciertos casos especiales, tales como en las pleurias enquistadas, en las cuales la puncion debe hacerse en el punto donde se ha reconocido la presencia del liquido: La puncion perfectamente limitada, el punto que hemos de puncionar introduciremos el trocar sin brusquedad, ni violencia, hasta vencer toda resistencia, retiramos luego el trocar dejando la capsula por la que saldra el liquido pleural.

Suponiendo que el derrame es muy abundante, es necesario suspender definitivamente la operacion despues que

hagamos extraído una cantidad determinada de líquido?
1. litro por ejemplo?

La mayoría están por la afirmativa, mas examinando detenidamente la cuestión ^{no} ves esta necesidad pues que teniendo cuidado que la salida del líquido se verifique lentamente, basta esta condición para que la descompresión del pulmón se efectue gradualmente, ^{que} la circulación pulmonar se establezca de una manera progresiva y que los órganos desplazados, como el corazón vuelvan a su situación normal y terminen cumpliendo sus comprometidas funciones. Para demostrar nuestro aserto, pasemos revista a los accidentes que pueden tener lugar durante la operación.

Puede sobrevenir al enfermo un acceso de tos, acceso que es menos frecuente y persistente adoptando la posición

25

horizontal, pero cuando esto acontece basta suspender duran-
te algunos segundos la salida del liquido para que desapa-
rezca rápidamente.

Tambien puede experimentar durante la opera-
cion dolor mas o menos fuerte debido indudablemente a ad-
herencias formadas y que siendo un obstaculo a la libre dila-
tacion del pulmon producir al evacuar el liquido este dolor,
siendo en semejantes casos suficiente el interrumpir ligera-
mente la salida del derrame.

El acontecio en el enfermo que refiero en mi
9^a observacion, en que presentando abundante derrame, le
sobrevino un dolor que obligo suspender durante algunos mi-
nutos, pudiendo luego continuar sin ningun sintoma impor-
tante la operacion con todo y habersele extraido en una so-

la sesión 3.400 gramos del líquido. Debo hacer presente que en este individuo el estado general era inmejorable y que el principio del proceso remontaba a muchos meses. No es sin embargo mi intención sentar por este solo hecho la conclusión de no ser necesario tener en cuenta los síntomas dolorosos causados por el enfermo.

Verificada la operación experimenta el enfermo a los pocos momentos un bienestar inmediato, bastante marcado y vemos en él las inspiraciones más profundas y fáciles, la sonoridad torácica reaparece, el corazón tiende a su situación normal y pronto la temperatura empieza a descender. Sin embargo, no siempre se suceden los hechos con tanta ventajosa para el paciente y pueden diversos accidentes perturbar seriamente este curso.

37

Uno de ellas es «la expectoración albuminosa» muy ve-
rosilmente producida por una congestión edematosa del pulmón.
Cerrillon describe una forma ligera que puede pasar desa-
percibida, en ella la cantidad de líquido expectorado es muy
variable oscilando en 7 à 800 gramos y el enfermo queda tan
fatigado como después de una toracentesis ordinaria y si-
bien la expectoración es de momento mas abundante, no
deja de volver pasadas algunas horas à su estado nor-
mal.

La forma intensa dice, difiere de la precedente por
la intensidad de los fenómenos disneos, la abundancia
y la persistencia de la expectoración y la frecuencia de la-
tos. La cantidad del líquido expelido puede ser de 12 à
1500 gramos y mas. Este conjunto de síntomas tienen una

marcha continua durante algunas horas y tambien un dia entero con intensidad variable, hasta que disipandose vuelve a su normal estado.

En la forma grave la muerte puede sobrevenir de una manera rápida, el paciente sucumbe a consecuencia de la asfixia por causa mecánica debido a que estando todo el árbol respiratorio lleno de liquido y espuma no puede penetrar el aire.

Manifiesta el mismo Chevillon que en 21 observaciones de expectoracion albuminosa consecutiva a la tioracentesis solamente ha podido ver dos veces la muerte.

En uno de ellos tratabase de un enfermo afecto de pleuresia derecha y presentando sintomas de un derramamiento.

me poco abundante con todo y ser los punccionales bastante ²⁹
concentrados. El paciente dice la observacion, no podia estar ten-
tido, viendose obligado a permanecer sentado al borde de
la cama; de cara ansiosa; agitando violentamente las alas
de la nariz a cada inspiracion y contrayendo con energia
los musculos del cuello. La punccion inmediatamente prac-
ticada dió salida a 1200 gramos de liquido citrino y ligera-
mente mucoso, salida que proporcionó al enfermo ligero
bienestar pero apenas transcurrida media hora de la opera-
cion se puso a expectorar abundantemente y murió con rapidez;
asfixiado por el liquido mucoso. La autopsia permitió obser-
var que el pulmon del lado opuesto al del derrame estaba en
gran parte impermeable y que las alteraciones estaban muy
estendidas y el volumen del órgano muy reducido a con-

secuencia de una pleuresia antigua.

En su otra observacion, cuenta la historia de una enferma que presentaba sintomas alarmantes de un derrame pleuritico. La puncion dio 1 litro de liquido citrino y limpio.

La paciente se encontro bien y se creia curada, hasta que diez minutos despues fue presa de fuerte sofocacion y sacando por la boca espuma abundante, murio rapidamente. La autopsia, como en el caso anterior hizo ver alteraciones en el pulmon opuesto al lado del derrame y las pleuras medias firmes solidamente adheridas a las viscerales.

¿ Que conclusiones pueden deducir de estas dos observaciones

Bevillon saca las siguientes:

Despues de haber pasado revista los diferentes hipotesis que pueden explicar la produccion de la expectoracion

albuminosa, dice que este accidente es generalmente benigno y en los casos terminados por muerte se puede admitir esta, por una alteracion pulmonar del lado opuesto al derrame y que impidiendo el funcionamiento del organo da lugar a la expectoracion consecutiva.

Los dos casos que solamente pueden explicar la muerte son:

1º Perforacion espontanea del pulmon y el paso a traves de los bronquios del liquido pleuritico y su salida por la expectoracion y

2º La congestion rapida y el edema pulmonar.

¿Como se produce la congestion y el edema?

Berillon atribuye la produccion de estos fenomenos a dos circunstancias - 1º a la rapidez en la extraccion

del liquido.

2º Afecciones concomitantes del corazón.

En las dos observaciones descritas donde la muerte dió triste final al proceso, debo hacer presente, que el derrame pleurítico era poco abundante atendiendo que en el primero se recogió 1,200 gramos de liquido y en el segundo 1 litro solamente.

Ahora, si dejando de lado las afecciones que acompañan la pleuresia, para explicar la producción de la expectoración albuminosa, nos dirigimos simplemente a conocer la manera, como se ha practicado la evacuación del liquido veremos que ha tenido lugar de una manera brusca repentina.

No podemos creer que la evacuación de una sola vez del derrame haya sido la causa, pues que la cantidad era

relativamente pequeña pero si que la rapidez a la extracción haya ocasionado la muerte. Puedo citar sin número de observaciones que a pesar de la rapidez en la salida no ha sucedido ningún sintoma alarmante siendo a mi pesar las lesiones preexistentes, sean cardiacas, sean pulmonares, las que contribuyen en gran manera a la producción de estos o tales accidentes.

Se encuentra en otras observaciones, enfermos que después de la toracentesis han presentado la expectoración albuminosa, no seguida de muerte y en los que la punción dió salida a 2, 3 y tambien 4 litros de líquido.

Afirma Ferrillon que en los 21 casos que ha podido recoger, la sustracción del derrame se hizo con rapidez y en virtud de tales observaciones deduce con Herard que «

dicha rapidez en la evacuación da lugar al expansionamiento brusco del pulmón y en consecuencia a un aflujo considerable de sangre hacia este órgano.

Si como lo prueban las observaciones citadas por Hérivillon la evacuación rápida del líquido contenido, ha podido determinar accidentes graves y aun mortales, puede suceder lo mismo con la evacuación lenta? No he encontrado observaciones donde esta manera de proceder haya ocasionado accidentes mas o menos graves.

Asi tambien veo en las observaciones que acompaño, donde se han obtenido cantidades de líquido variables entre 1 a 5 litros sin haberse presentado la espectoraucion aluminosa, despues ^{de} la puncion, en ninguno de ellos.

Por lo tanto puedo deducir, en presencia de estas

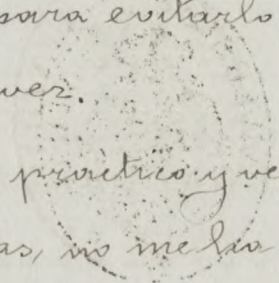
hechos que la extracción lenta y lo mas completa posible de la serosidad pleural no puede ser causa de la expectoracion albu-
minosa.

Se ha pretendido que la perforacion espontanea del pulmón podria ser causa de la nombrada expectoracion (Marrotte Voiller).

La herida del pulmón por una aguja fina y aséptica no es temible y el accidente no puede ir seguido de nin-
guna mala consecuencia (Dienlafay).

Otro de los accidentes que se han atribuido a la toracentesis es el síncope, añadiendo que para evitarlo es ne-
cesario no extraer el derrame de una sola vez.

Brousseau dice " desde que yo practico y veo practi-
car la toracentesis, en casos de pleuresias, no me ha suce-



dió ni he visto la mencionada complicación. »

El síncope puede sobrevenir antes de la evacuación del líquido y antes de punccionar la pared torácica para determinararlo. Testigo es el enfermo que Besnier iba operar y a quien sobrevino la muerte inmediatamente después de la introducción del trocar; preguntose este si habria habido simple coincidencia entre la puncción y el síncope; siendo la única explicación que le pareció admisible el paro del corazón debido al dolor provocado por la puncción en un sujeto deprimido e impresionable, como no podia ser menos por tratarse de un individuo afecto de pleuresia cancerosa y presentando los síntomas de coágula bien marcada.

Esta observación, consignando la muerte rápida prueba que la toracentesis no influyó en el accidente:

« La muerte súbita o repentina, accidente que es debido probablemente a alguna alteración latente del corazón, no debe imputarse directamente a la toracentesis pues puede sobrevenir en el curso de pleuresias no puncionadas. »

Por lo tanto creo con Poncart que los indicios de lesiones antiguas observadas en el aparato circulatorio o respiratorio, así como la congestión pulmonar debida a la rapidez en la extracción del contenido pleural y la parálisis cardiaca por el desplazamiento del corazón que desde el punto donde lo habia desviado el derrame vuelve a su sitio o posición normal, son los hechos que únicamente permiten juzgar con alguna exactitud el mecanismo de la muerte.

Una de las principales acusaciones formuladas contra la toracentesis por los adversarios a este método, ha

sido atribuirle la transformación del líquido seroso en purulento.

Teoría falsa en todos puntos, pues no es la punción que puede producir tal cambio en la naturaleza del derrame; es el operador y afirmo con Dieulafoy que jamás se opera esta transformación mientras la intervención se haya hecho con rigurosa asepsis.

Ademas de los accidentes mencionados pueden aun sobrevenir otros nerviosos mas o menos importantes, tales como el síncope pasajero o mortal, crisis epileptiformes; parálisis afectando el tipo hemiplegico etc. etc.

Jeanselme cita un caso de parálisis alterna transitoria, con hemi-anestesia, dificultad de palabra y ceguera completa consecuentes a la continuación de una exploración

219

hecha con aguja capilar (Hace notar que el enfermo estaba afecto de gangrena pulmonar)

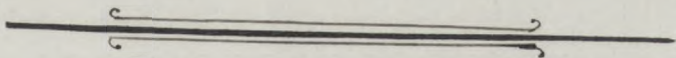
La patogenia de semejantes accidentes es difícil de explicar, reduciendolos a formar hipótesis más o menos aceptables, pero que no pueden determinar de una manera precisa la causa de los mismos.

Seanselme dice: « La decadencia orgánica que acompaña a toda pleuresia y en particular a las sépticas juega probablemente papel de gran valia en la producción de estos accidentes y en la reabsorción de los productos sépticos. »

« Vemos tambien por consiguiente que la causa de los mismos parece puede atribuirse, de una manera muy principal al estado de animo y de decadencia orgáni-

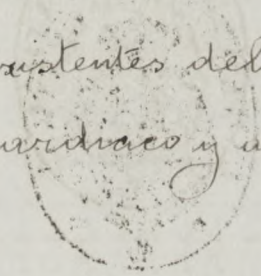
ca en que generalmente se halla el enfermo.

50



Ventajas de la evacuacion lenta y total de la pleura.

Pasando revista a los diferentes accidentes que pueden ocurrir durante o despues de la toracentesis hemos visto que la causa mas general de los mismos debia ser atribuida a la congestion pulmonar, a lesiones preexistentes del corazon o de los pulmones al desplazamiento cardiaco y al pe-
simo estado general del enfermo.



52

Pero si bien es cierto que la salida rapida del liquido pleural puede provocar accidentes mas o menos graves, la extraccion lenta gradual y lo mas completa posible es a mi entender no tan solo absolutamente inofensiva sino que util y de buen resultado para el enfermo. Ya decia Broussseau "existe una gran ventaja en vaciar lo mas completamente posible la cavidad pleural, pues se logra con ello el colocar al pulmon en las mejores condiciones para dilatarse libremente y precipitar su curacion."

Se puede objetar que cuando nos encontramos en presencia de un abundante derrame existe el recurso para prevenir todo grave accidente de empezar a repetir la operacion varias veces hasta agotar completamente el liquido. No veo que tengamos necesidad de repetir la pun-

52

cion pues despues de los hechos clinicos consignando en las observaciones donde la extraccion del liquido llevada a cabo con las precauciones que se han manifestado en el manual operatorio no ha dado lugar al mas pequeno accidente y ademas debo reconocer que las punciones repetidas han de determinar por producir sobre la pleura un verdadero traumatismo y tambien exponerse con mayor facilidad a provocar la infeccion del liquido.

Puedase tambien manifestar que el excedente del liquido que reside en la pleura despues de una primera succion de una cierta cantidad puede reabsorberse con rapididad y que en este caso una nueva puncion es del todo inutil.

Es verdad puede esto suceder, pero muy raras y

son la mayoría en que la reabsorción es de larga duración y sabemos que la serosidad pleural contribuye a la formación de falsas membranas que siendo al principio blandas y friables, acaban por organizarse haciéndose mas espesas y resistentes hasta el punto de dificultar ulteriormente el funcionamiento del pulmón; y por ende cuando más completa y pronto demos salida al exudado y menos cantidad quede en la pleura mas aprisa se hará la reabsorción y en consecuencia su curación.

A esto mismo dice Castañer « lo que conviene evitar ante todo es la compresión del pulmón, pues las partes del mismo algun tiempo comprimidas por los líquidos pierden su elasticidad experimentando el parangina alteraciones irreversibles; impedir que esta etelectasia tem

55

poral pasa a permanente es el principal fin de la extracción total del líquido. »

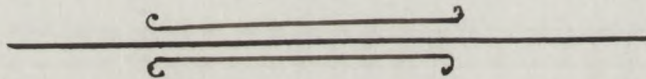
El líquido acumulado dice Debove "no puede tener mas que una mala influencia, siendo como un cuerpo extraño impidiendo o dificultando el funcionamiento del pulmón y el campo de la hematosis. »

Si importancia tiene en los casos de derrames sero-fibrinosos la evacuación total, mucha mayor utilidad prestaría en los que este sea purulento pues en la inmensa mayoría de ellos el líquido no ofrece tendencia alguna a la reabsorción; importa por consiguiente el desembarazar la pleura lo mas completamente posible de los elementos infectos que retiene.

Si algunas pleuresías, tales como las de origen es-

tropococico, como hemos visto al tratar de las indicaciones de la toracentesis, no pueden ser modificadas por la punción, las debidas si pneumococus al contrario, curan en la mayoría de los casos y la extracción total del líquido purulento ejerce sobre la pleura una acción útil y bienhechora.

Es por fin en los enfermos con afecciones cardiacas que la evacuación completa del líquido pleural tiene la mayor importancia pues que destruyendo el obstáculo que dificulta el funcionamiento del corazón, devolviendo al pulmón sus funciones y evitando la aristolia podría modificar con reconocida utilidad para el enfermo por largo tiempo la evolución de la enfermedad.



Observaciones clínicas.

Observación 1.^a

Pleurresia izquierda - 2 toracentesis - Curacion.

Nb..... carretero, de 16 años, entró en el hospital de Santa Cruz el 27 de Febrero de 1899. Ninguna particularidad ofrecen sus antecedentes.

El enfermo se queja de un violento dolor de costado que está localizado al nivel del pectoral derecho, acompañado de cefalalgia intensa y de todos los síntomas propios de una enfer-

58

medull aguda. La temperatura 39.5° . Sin síntomas alguno de tuberculosis, ni fiebre tifoidea.

El día 4 de Marzo se encuentran por la percusión matidez ocupando la base del pulmón izquierdo y remontándose hasta la espina del omoplato: a la auscultación egofonia. Se siente oprimido.

El día 5 se practica la punción extrayendo 1.200 gramos de líquido sero-fibrinoso, líquido que reprodujo bien pronto y que obligó a intervenir de nuevo el 9 del mismo mes dando 1.200 gramos.

El 1 de Abril salió curado, percibiéndose perfectamente la entrada del aire en todo el pulmón izquierdo.

El examen del líquido bajo el punto de bacteriología fue negativo y la inculación del mismo no dio ningún resultado.

59

Observación 2.^a

Pleurisia izquierda - 3 toracentesis. Curación.

C. peon, de edad 48 años, entra en la sala San Antonio
en 17 Enero de 1900.

Dice el enfermo que hace 15 días viene notando vagos
dolores en el tórax y acusa además fatiga general bastante pro-
nunciada. Sin escalofríos, ni dolor de costado.

A la percusión y auscultación se encontraban todos los
síntomas de un derrame bastante considerable ocupando la pleu-
ra izquierda; el corazón ligeramente desviado.

Practicada la punción en 2 de Febrero se retiraron

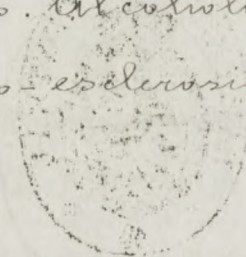
2.100 gramos de líquido sero-fibrinoso.

El derrame se reprodujo lentamente y el 3 de Marzo se puncionó nuevamente obteniendo 1.000 gramos de líquido igualmente sero-fibrinoso.

La reabsorcion no tuvo lugar, permaneciendo siempre los sintomas del derrame se practicó la 3.^a intervencion en 4 de Abril extrayendo 500 gramos de la misma naturaleza que en las anteriores.

El líquido no se reprodujo y el enfermo sale curado el 9 de Abril.

Sin sintomas de tuberculosis. Alcololismo marcado. Insuficiencia aortica. Arterio-esclerosis. Sin albumina en la orina.



61

Observacion 3^a

Pleurtesia izquierda - Toracentesis - Curacion.

Luis..... de 45 años, entró en el hospital Santos Cruz en 21 de Marzo de 1899.

Antecedentes hereditarios y personales no ofrecen particularidad alguna.

Manifiesta el enfermo que hace 16 dias a consecuencia de un fuerte constipado, fue atacado de un persistente dolor de costado acompañado de numerosos escalofrios y tos quinitosa y continúa con poca disnea. El examen nos ofreció todos los síntomas de un derrame en la pleura izquierda. El corazón con tan enorme desviación que su punto latía en el borde izquierdo del esternon. El espacio semilunar de Traube estaba conservado.

La puncion practicada en 22 de Marzo dio salida de una vez
a 2.900 gramos de liquido citrino transparente.

La inoculacion y examen bacteriologico del liquido fue
negativo.

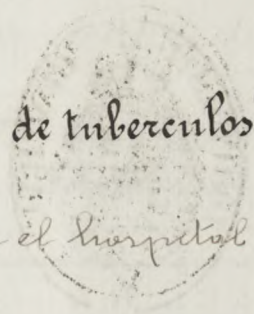
El dia 15 de Abril salio curado; La respiracion y sanosi-
dad reaparecieron en todo el espacio.

No hubo ni durante ni despues de la operacion nin-
gun incidente.

Observacion 4.^a

Pleurisia izquierda - 2 toracentesis - Signos de tuberculosis.

Juan..... 45 años, panadero. Entró en el hospital San



63

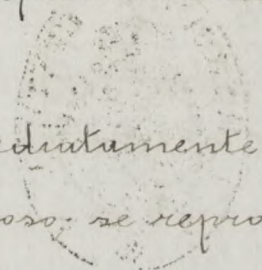
Cur en 26 Marzo 1898.

Sin antecedentes hereditarios. Bronquitis prolongada durante el mes de Enero.

Empesó la enfermedad el 19 de este mes. Dolor de costado fuerte en el lado izquierdo del torax, sin escalofríos y con ligera opresión.

A su entrada en el hospital, disnea intensa, tos pertinaz, al examen del torax se puede observar aumento marcado en el lado izquierdo; murcidez absoluta de este lado hasta la espina del omoplato; desviación del órgano cardiaco cuya punta late al nivel del borde derecho del esternón y desaparición del espacio semilunar de Franke.

La punción practicada inmediatamente dió salida a 3000 gramos de líquido sero-fibrinoso. se reprodujo



lentamente y motivó una segunda punción en el día 6 de abril con extracción de 1600 gramos, del mismo líquido; no se reprodujo.

Los síntomas de tuberculosis que ofrecia a su entrada al hospital persistian.

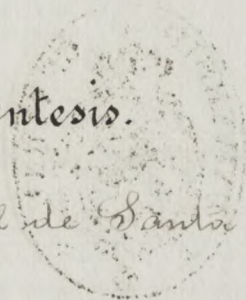
Sale curado de su pleuresia el 30 de abril.

La toracentesis no dió lugar a ningun incidente.

Observación 5^a

Pleuresia derecha - 7 toracentesis.

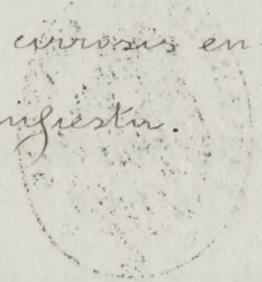
Emilio... italiano, entró en el hospital de Santa Cruz el 18 de Febrero 1900.



Este enfermo que hace dos años sufrió una pleuresia de
 recha, puncionada, ofrece a su entrada todos los sintomas de un
 abundante derrame en la pleura derecha y con sintomas tambien
 manifestos de cirrosis; el hígado está retraido, con disminucion
 de volumen; pronunciada la circulación colateral, poca ascitis.

La puncion pleural da salida de una sola vez á
 2.000 gramos de liquido citrino; se reprodujo con tenacidad
 obligando a practicar 6 toracentesis mas en el espacio de
 seis semanas.

Dale el 15 de agosto curado en su pleuresia,
 pero presentando todos los sintomas de una cirrosis en vias
 de agravarse pronto. Sin tuberculosis manifestada.



Observacion 6.^a

Pleurisia sero-fibrinosa izquierda - 2 toracentesis - Curacion.

Francisco.... 34 años, lunquista. Entra en el hospital Santa Cruz en 18 Noviembre 1899.

Antecedentes; hermano muerto de tuberculosis pulmonar. Ninguna enfermedad anterior; empezó sintiendo, ocho días antes al de su entrada, un violento dolor de costado limitado al nivel del mamelon izquierdo.

Examinado encontramos al lado izquierdo, abolido el murmullo vesicular y las vibraciones torácicas, unacider, remontando por detrás hasta la espina del omoplato, y por delante hasta la clavícula; la punta del corazón late al nivel del bor-

de izquierdo del esternon. El espacio de Grande se conserva.

El enfermo se ve atacado de intensa disnea y presenta signos de cianosis; el pulso a 104. Practicada la puncion inmediatamente extraemos de una sola vez 2.900 grammos de liquido sero-fibrinoso.

La sonoridad y respiracion reaparecieron en casi toda la extension del pulmon izquierdo excepto en su base donde la mucidez persiste. La temperatura se mantiene aun oscilando en los 39.º

En 27 de Noviembre, viendo la persistencia del liquido en la base se practica nueva puncion que dio salida a 300 grammos solamente de liquido citrino. Pronto la temperatura desciende aunque con ligeras oscilaciones.

Ningun sintoma de tuberculosis. Sale curado el 23

Observación 7.^a

Plenesia sero-fibrinosa izquierda - Toracentesis - Curación.

C. jornalero 34 años. Entró en Santa Cruz el 12 de Diciembre de 1899 con síntomas de alcoholismo bastante pronunciado.

Empezó su enfermedad, con que 3 días al de su entrada experimentó acompañado de fiebre y escalofríos, un fuerte dolor en el costado izquierdo declarándose al mismo tiempo una tos seca y penetrante.

Examinado el enfermo encontramos un derrame que segun los signos fisicos no parece muy extendido ni abundante en la pleura izquierda; el corazón sin desvio y el espacio de Traube sonoro.

Mas viendo la disnea del paciente se intervinio, dandonos la puncion 800 gramos de liquido citrino, transparente. Reaparecio la sonoridad en el lado izquierdo y la respiracion se hace perceptible en todo el pulmon.

Salio curado en 30 de Diciembre.



70

Observación 8.^a

Plenresia derecha - 1 toracentesis - Curación.

Felix.... 48 años, conacero, Entró en Santa Cruz el 28 de
diciembre 1899.

Sin antecedentes. El enfermo se queja hace algunos días
de dolores vagos en el tórax, no ha tenido escalofríos y no puede pre-
cisar exactamente el principio de su enfermedad.

Nos demuestra el examen la existencia de un abundan-
te derrame del lado derecho sin descenso del hígado, sin disnea ni
fiebre; la temperatura 38° 5.

En el vertice derecho síntomas evidentes de tuberculosis.
Practicada la toracentesis en 1° de Enero da salida a

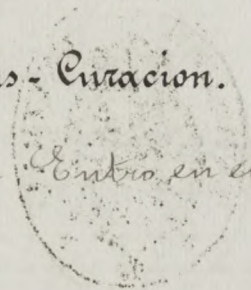
1

2.400 gramos de líquido citrino, transparente; la poca cantidad de líquido que quedó en la pleura a la base se reabsorbió rápidamente y 8 días después de la punción aparecieron frótamientos en toda la extensión del pulmón derecho, el derrame no se reprodujo y el enfermo pudo salir el 17 de Enero, como así lo hizo ya curado de su pleuresia, conservándose sin embargo la temperatura oscilando a 38°. Los síntomas de tuberculosis persisten.

Observación 9ª

Pleurisia purulenta derecha - 2 toracentesis - Curación.

Claudio edad 28 años, mozo de fonda. Entró en el hospital en 7 de Junio 1900.



72

Sin antecedentes hereditarios, ni personales. A principios de Febrero del año anterior sufrió por espacio de cinco meses una bronquitis con ligera hemoptisis al comenzar la misma.

Durante el corriente mes de Marzo experimentó el enfermo dolores en el lado derecho del tórax y en la región lumbar, dolor no acompañado de escalofríos ni fiebre. No ha tenido opresión. Se le aplicó un vejigatorio en el lado derecho, punto del dolor, aliviándose hasta poder continuar su interumpido trabajo. Consultado más tarde a un facultativo que le aconsejó volviera al hospital; y así lo hizo en 7 de Junio presentando un estado general satisfactorio, sin fiebre ni dolor de costado, únicamente algunos trinos como adherencias en el lado derecho pero no dolores.

Al examen distinguimos un aumento de volumen bastante pronunciado en el lado derecho sin edema de la pared, ni

circulación colateral.

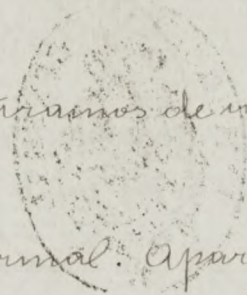
A la palpación encontramos abolidas las vibraciones torácicas tanto en la región anterior como posterior de todo el pulmón derecho. A la percusión, macidez igualmente por delante hasta la clavícula y por detrás hasta la espina del omoplato y también ligeramente macidez en el pulmón izquierdo; el corazón desviado; el hígado descendido unos 5 centímetros y oscuro el espacio de Traube.

A la auscultación sin murmullo vesicular en toda la extensión pulmonar, broncofonía, susurro bronquial, sin, pectoriloquia afónica.

Se practica la punción exploradora y se obtiene líquido francamente purulento.

Practicada la toracentesis retiramos de una sola vez 3400 gramos de líquido.

El corazón vuelve a su sitio normal. Aparece la



respiración en casi todo el pulmón derecho salvo la base por detrás; el pulso pequeño pero sin fiebre; el estado general continúa siendo satisfactorio.

El líquido se reproduce lentamente y una nueva puncción es practicada en 28 de Junio retirando 1500 grámos de líquido purulento. En 20 de Julio se vuelve a practicar otra puncción exploradora que no da salida de líquido. Se restablece la respiración en todo el pulmón derecho y se perciben frotamientos hasta la base; la retracción de la pared torácica se hace manifiesta.

El líquido no se reproduce y el enfermo sale curado el 20 de Julio.

El día 9 de Agosto vuelve el enfermo a ser examinado, continuando sin reproducirse el derrame y persistiendo

algunos protumientos en la base derecha; la respiracion es bien manifiesta en todo el pulmon; signiendo el individuo con un estado general inmejorable.

No hubo durante la operacion nada digno de mención si no ser algunos ligeros dolores si causa de roturas de las adherencias formadas.

Observación 10.^a

Pleurisia izquierda - Toracentesis - Curacion.

Ab... marinero, 51 años edad. Entra en el Hospital General el 5 de Junio 1898.

Hace diez dias que padece un dolor de costado al ni-

vel del mamelon izquierdo, ha tenido escalofríos y su temperatura es de $39^{\circ}2$.

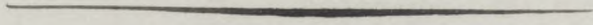
A su entrada ofrece síntomas de un derrame pleural izquierdo; practicándose en 4 de Junio, a pesar del mal estado general del paciente que es muy obeso la punción y extrayendo en una sola sesión **3.900** grámos de líquido citrino.

En 10 de Junio nueva extracción de **2.300** grámos del mismo líquido y en una sola vez. En 16 del mismo mes otra de **1.600** grámos en las mismas condiciones; y en iguales la siguiente de **2.400** grámos en 23 de Junio.

Después de esta última punción desciende por primera vez la temperatura por debajo de 38° ; los fríos comienzan a percibirse en el lado izquierdo excepto en la base; sigue bajando la temperatura.

Persistiendo la macidez en la base, durante tantos dias se interviene dos veces obteniendo en una de ellas, 27 de Julio 100 gramos de liquido sero-fibrinoso.

Empiera si percibirse en la base la respiracion, asi como los frotamientos; en 1º de Agosto la temperatura es la normal saliendo curado el 17 de este mes. Sin sintomas de tuberculosis.

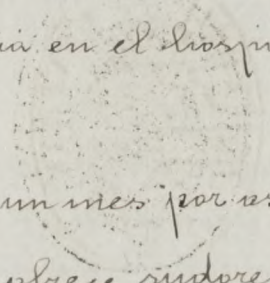


Observación IIª

Pleuria derecha - Toracentesis - Curación.

Pablo de 36 años edad, Entró en el hospital el 22 de Noviembre de 1899.

El enfermo se ve atacado hace un mes por accesos de tos; sin hemoptisis; ha enflaquecido mucho y ofrece sudores nocturnos.



nos abundantes.

Al examinarlo se encuentra un índice en la región anterior y posterior del tórax en el costado derecho, remontándose por detrás hasta la espina del omoplato: a la auscultación, se oye el ruido al nivel del ángulo del omoplato; egofonia; descenso del ligado en unos tres traveses de dedo. La apresión es poca marcada.

La punción practicada en 24 del mismo mes, da en una sola vez salida a una cantidad de líquido citrino de 2.200 gramos, reabsorbiéndose rápidamente el que siempre queda en la pleura; apareciendo hasta su base los fructamientos.

Sale curado de su pleuresia el 4 de Enero de 1900 ofreciendo sin embargo en el vertice del pulmón derecho, síntomas de tuberculosis.

Observación 12ª

79

Pleurisia derecha - Toracentesis - Curación.

R..... 28 años. Entró en el Hospital Santa Cruz el 17 de febrero de 1900.

Sin antecedentes importantes. La enferma presenta hace 8 días accesos de tos seca y persistente, sin dolor de costado; sin escafofríos y sin fiebre. Habiendo ~~muerto~~ la enferma continuado trabajando hasta que presa de fuerte opresión, vióse obligado entrar al hospital.

Se encuentran síntomas evidentes de un derrame pleural del lado derecho; el hígado ligeramente descendido.

2,400 gramos de líquido sero-fibrinoso nos dio la punción practicada en 18 de Febrero.

El derrame no se reprodujo y la enferma se curada en 2 de Marzo.

Observación 13ª

(Dr. Sarmande. Sac. de los Hospitales 1878).

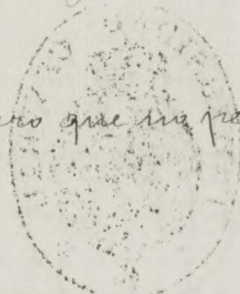
M. B. 25 años; Examinado en 22 de Noviembre de 1878.

Dolor de costado y aumento notable en el lado izquierdo; tos; el corazón late detrás del esternon; sofocación extrema, sin fiebre.

Practicada la punción se obtienen 6.000 gramos de serosidad clara.

Ligera tos despues de la operacion pero que no persiste.

Curación a los ocho dias.



Observación 14.^a

(Dr. Larmande Sac. de los Hospitales. 1878).

..... de 24 años. Examinado en 24 de Febrero.

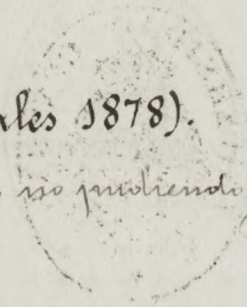
Vagos dolores en el tórax y en su lado izquierdo es lo que afecta al enfermo hace algún tiempo. Síntomas de abundante derrame. El corazón desviado, disnea bastante notable y excesiva palidez.

Se practicó en 11 de Marzo la punción y se obtiene 4.000 gramos de líquido verdoso. Curación.

Observación 15.^a

(Dr. Larmande. Sac. de los Hospitales 1878).

..... de 85 años. enfermo hace un mes, no pudiendo fijar exactamente como comenzó su enfermedad.



Al examen se deduce con síntomas claros la presencia de un abundante derrame en la pleura izquierda; el corazón, late en punta detrás del esternon.

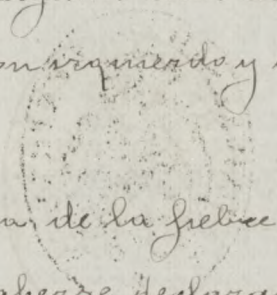
Obtenemos por la punción 5.000 gramos de líquido. Evacuación a los 15 días.

Observacion 16.^a

(Dr. Larmande. Sac. de los Hospitales 1878).

H. 21 años edad. Se queja hace algunos dias de dolor de costado violento, limitado al nivel del mamelon izquierdo y además escalofríos y fiebre con elevada temperatura.

La punción se retarda en presencia de la fiebre; mas pronto nos vemos obligados a intervenir por haberse declarado in-



tensa disnea. La intervención da salida a 5.000 gramos de líquido verdoso. El enfermo cura rápidamente. Síntomas probables de tuberculosis.....

El Doctor Garmande hace según mis observaciones de las siguientes reflexiones: Las consecuencias de la operación han sido nulas. Los enfermos recobran la salud por un tiempo indefinido. A la desaparición del líquido ha seguido inmediatamente la convalecencia. Los enfermos han estado poco tiempo alejados del trabajo y además tienen menos probabilidades a la cronicidad y consunción.

Observación 17.^a

Pleurisia izquierda - I toracentesis - Curación.

Luis de 45 años, entró en el hospital del Sagrado

Corazón el 21 de Marzo de 1899.

Sin antecedentes hereditarios y como personales reumatismo a los 16 años.

Hace quince días el enfermo sufrió un resfriamiento y escalofríos que duraron tres o cuatro días. Presenta dolor pronunciado y bilateral en los costados; tos ligera. Signo clásico de derrame en el lado izquierdo. La mucífera remontada hasta la espina del omoplato, el corazón desviado, latiendo sin punto al nivel del borde izquierdo del esternón; el espacio de Traube está conservado; la disnea no es muy intensa.

Sin síntomas de tuberculosis pulmonar.

El 22 de Marzo practicamos la punción evacuativa dando salida a **2900** gramos de líquido seroso, solo vez citrino, muy fibrinoso. No se reprodujo, la convalecencia se hizo sin inci-

dentes y el enfermo sale curado el 11 de abril.

Observación 18ª

Pleurisia izquierda. Toracentesis. Curación (Clínica Dr. Cardenal).

B carpintero, de 26 años. Entró en 16 agosto. Sin antecedentes hereditarios ni personales. Empezó la enfermedad entº del mes con dolor de costado violento al nivel del mamelon izquierdo, tos sin expectoración. Sin escalofríos y con notable opresión.

Al examen se encuentra en el lado izquierdo síntomas de un derrame abundante, remontándose hasta la espina del omoplato, o sea el espacio de Escambe. La mayor intensidad de los ruidos del corazón se perciben en el borde derecho del esternón.

2.500 gramos de líquido sero-fibrinoso se obtuvo con la puncion practicada.

El enfermo sale curado el 11 de Septiembre.

Observacion 19^a

Neurexia izquierda - Toracentesis - Curacion.

Juan de 30 años edad, obrero. Entra en el Hospital Sagrado Corazon en 15 Enero.

Sin antecedentes hereditarios y como personales fiebre tifoidea a los 10 años de edad.

Empesó a toser el 25 de Noviembre poco mas o menos. Ofrecio dolor de costado izquierdo sin escalofrios; ligera opresion á principios de Enero y que continuó hasta su entrada al hospital

Ofrece en este momento un derrame evidente del lado izquierdo; la punta del corazón late detrás del esternon; la temperatura es de 39.^o La puncion practicada en 16 Enero dió de una sola vez 3.500 gramos de liquido citrino sero-fibrinoso.

Hacia al final de la operacion el enfermo empieza a toser viendonos obligados a interrumpirla por breves momentos. La sonoridad y respiracion reaparecen en toda la extension del pulmon. Saliendo definitivamente curado.

Observacion 20.^a

Pleurisia derecha - Toracentesis - Curacion.

Dionisio de 38 años, entra en el hospital Santa Cruz en 14 Febrero 1900.

Antecedentes hereditarios no hay y personales vincula en la infancia y la gripe hace cinco años y a consecuencia ^{de} le presento fuertes tos en cada invierno, sin expectoracion.

Fuertes cefalalgias afectaron al enfermo a principios del presente mes y mas tarde un violento dolor de costado derecho, dificultando su respiracion pero no impidiendo su trabajo. Sin escalofrios fué luego agravandose con viva opresion y tos intensa, hasta que el 6 del mes no podia tenderse del lado derecho.

Examinado se hacen perceptibles todos los sintomas de un derrame del lado derecho, el higado está ligeramente descendido, la disnea es intensa y la temperatura $38^{\circ}4$.

La puncion dió salida a 2.000 gramos de liquido sero-fibrinoso y de una sola vez.

El derrame no se reproduce, y el enfermo sale curado

en 21 Mayo.

89

Suspecho de tuberculosis del vértice derecho.

Observación 21ª

Pleurisia izquierda - 2 toracentesis - Curación.

Maria 40 años, planchadora, entra en el hospital en 9 Junio 1900.

Sin antecedentes. La enferma siente desde hace 15 días un violento dolor al nivel del mamelon izquierdo. Sin escalofríos. Sin fiebre. Hace tres días le afecta una opresión. A su entrada al hospital ofrece todos los síntomas de abundante derrame; la punta del corazón late al nivel del borde izquierdo del esternón. Sin

respiracion es fatigosa.

Practicada inmediatamente la puncion recogemos de una sola vez 2.000 gramos de liquido espeso y sero-fibrinoso. La temperatura es 40°.

Despues de la intervencion el acto respiratorio se ve rigia mejor; el coraron continua ligeramente desviado; la maci-
der persiste en la base del pulmon; El derrame se reproduce poco a poco y el 16 de Junio se practica nueva puncion obteniendo 1400 gramos de liquido ligeramente sero-fibrinoso.

El coraron vuelve paulatinamente a su sitio normal; la respiracion se percibe en todo el pulmon. La temperatura desciende a la ordinaria y la enferma sale completamente curada el 28 del mismo mes.

91
Observación 22.

Pleuritis derecha - Toracentesis - Curacion.

Mamela doméstica de 21 años de edad, entra en el hospital el 7 abril de 1900.

Un violento dolor de costado al nivel del mamelon derecho y muchos escalofríos es cuanto viene sufriendo la enferma durante 8 dias.

Al examen reconocemos con signos clásicos la presencia de un derrame en la pleura derecha pareciendo no ser muy abundante. La temperatura es $38^{\circ}2$. Se aguarda algunos dias y vemos que no tiene trazaras de reabsorberse, hasta que al fin de la segunda semana ofreciendo ya la paciente ligera disnea se interviene, sacando 1000 gramos de liquido solamente, aparece

no reproduciéndose el líquido la respiración en todo el pulmón y
vuelve todo al estado normal, saliendo del asilo completamente curada. 92

Observación 23.

Neuresia cancerosa izquierda - 3 toracentesis - Muerte.

L..... 27 años planchadora, entra en 8 de Octubre de 1900

Como antecedentes el marido muerto de tuberculosis pulmonar. El comienzo de la enfermedad remonta a cuatro meses, no ha tenido escalfos, ni dolor de costado; opresión ligera. Edema del miembro inferior izquierdo y síntomas de derrame en el lado izquierdo.

Aumentando la opresión se practicó la enferma el 25 de Septiembre retirando 1.000 gramos de líquido presentán

dose a continuacion la expectoracion albuminosa aunque poco abundante.

La opresion persiste y a su entrada al hospital se practica segunda extraccion obteniendo 500 gramos de liquido seroso. No hallandose mejorada se interviene por tercera vez al dia siguiente retirando 800 gramos de liquido. La disnea persiste; edema en el brazo izquierdo. Muerte rapida.

Diagnostico cancer del pulmon confirmo la autopsia.

Observacion 24.

Pleurisia izquierda - Toracentesis - Curacion.

Luisa costurera de 26 años de edad. Entró en el hospital el 3 de Febrero de 1901.

Sin antecedentes; hace quince dias le molesta un vivo dolor de costado al nivel del mamelon izquierdo; numerosos escalofrios y tos quintosa y persistente.

El examen nos demuestra la existencia de un derrame pleural izquierdo; el corazon ligeramente desviado y opresion que induce a que al dia siguiente a practicar la puncion obteniendo 1500 gramos de liquido citrino y trasparente.

El derrame no ofrece ninguna tendencia a reproducirse en los dias siguientes saliendo curada en 23 de febrero.

Sin sintomas de tuberculosis.



Conclusiones.

Primera. La evacuacion lenta y completa posible del liquido pleurítico está exenta para el enfermo de malas consecuencias. Los accidentes tales como, la expectoracion albuminosa, el sincope y la muerte rápida, no deben atribuirse a este metodo.

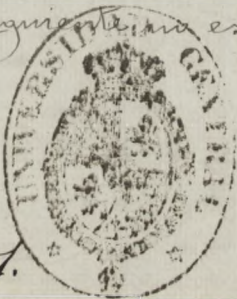
Segunda. La poca cantidad que queda de liquido, en la cavidad pleural despues de practicada la puncion, se reabsorve mucho más aprisa y en consecuencia la curacion del enfermo más rápida.

96

Tercera. Impidiendo la compresion del pulmon restableciendo la circulación pulmonar dificultada y favoreciendo el libre acceso del aire en el aparato respiratorio es por que conviene practicar la evacuacion total pero lenta de la pleura pues con ella recobra el organo sus funciones que la presencia del liquido podria comprometer más o menos gravemente.

Cuarta. Los buenos resultados de esta evacuacion lenta total de los grandes derrames se ponen en evidencia en los enfermos afectados del corazon, previniendo la resistolia.

Quinta. Por ultimo, de suma importancia ^{es} el no ser las punciones entan numero y por consiguiente ^{esta} ^{en} estamos tan expuestos a la infeccion.



1 Junio de 1901.

Y he dicho.
Emilio Ferrer Sauté Delarri

Admirable
Reduvalente

Admirable.
Manuel Thome Brando.

Recipiente de la graduación del grado de
Doctor y el título de calificación
de Tebevalente

A. S. S. M. T. U.

Manuel Thome Brando

Reduvalente
Manuel Thome Brando

Luís L. L.