

Bordas J Manuel

81-7-A-N 10

735



1883

a. 2581

(435)

UNIVERSIDAD CENTRAL  
BIBLIOTECA  
531630742

*Indicaciones de la to-  
roxcentesis en la pleuresia.*



25488831

b 18482117



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531539274X

1  
Yltmo Sor.



Ciceron, en su celebre libro de "Nat  
tura Deorum," en ese renombreado libro  
en que tiene el descuido de decirnos que cuan-  
to mas saben los hombres, menos pueden los  
Dioses, cuenta: Que un tal Promotio de  
Cesalia, desesperado por una enfermedad  
pronosticada como incurable quiso hacerse  
matar en un campo de batalla y el fiero  
enemigo abriendo su pecho y derraman-  
do el pus en el momento devolvi la vi-  
da a quien solo buscaba la muerte. He

aquí el origen de la operación del empiema.

Aunque esta cita de Ciceron sea dudosa, Galeno dice expresamente en sus comentarios a los escritos de Hipócrates que los antiguos empleaban el hierro cuando se quería abrir el pecho y extraer el pus y que Escipion de Cuido salvo por este medio la vida a Cinnius hijo de Exágoras.

El cúmulo de detalles que Hipócrates y los suyos dan acerca de esta operación nos demuestra plenamente que se había practicado en distintas ocasiones, even-  
cia que vemos comprobada por uno de los escritos del célebre anciano de Coos<sup>(1)</sup> en que nos dice: "Los enfermos de hidropneumia ó empiema, a los que se descubran muy pronto de la serosidad ó del pus

<sup>(1)</sup> El 27.

por el hervor ó por el fuego, sucumben; pero cuando sale un pus blanco, poco ó poco y de buena cantidad, después de la incision ó la cauterizacion, el enfermo cura." Conociendo por experiencia, aconsejaban no demorar la operación, único medio de obtener la salud y calificaban de mal Cirujano al que no caiga sobre el pus al abrir el pecho.

El procedimiento operatorio que empleaban consistia en pasar al enfermo una silla, sacudirlo, cogiéndole por la espalda, a fin de percibir fluctuacion; cuando no empapaban un lienzo con tierra creta disuelta en agua y lo aplicaban al pecho, reconociendo la existencia del derrame en el punto en que perdía entre la humedad. Cuando no bastaban estos signos practicaban una incision en la parte

mas saliente e inferior de la espalda, sir-  
viendole del bisturi atrahiendo las partes  
blandas con una lanceta recubierta de hilo  
y dejando libre la punta; extruian una  
pequeña cantidad de pus e introducian  
un lactio, que renovaban dos veces al dia,  
para facilitar su expulsión, que comple-  
taban dos dias despues. Verificado esto,  
inyectaban vino con aceite, y cuando el pus  
que sobraba era tenue, ponian una cámu-  
la de estño, acortando y adelgazando di-  
cha cámuca, si mediada que se iba cir-  
vizando la herida de dentro afuera.  
Si hallaban alteraciones, introducian una  
vejiga vacia o sea donde estas existian,  
vejiga que lloraban de aire por medio  
de un tubo, para destruir coagulos, me-  
tando despues una cámuca de estño

para impedir su desarrollo. La abertu-  
ra del espacio intercostal no tan solo se  
hacia con el bisturi, sino que á veces  
empleaban el cauterio críptico.

Despues de terminada la evacuacion  
completa del derrama, perforaban la  
tercera costilla, con un trepano muy  
fiagudo, creyendo asi mas facil ob-  
turar la abertura, que inclinándolo  
sobre las partes blandas. Todos los dias,  
daban salida á una corta cantidad  
de pus, cerrando despues el orificio  
con un lactio, y el tace conchium, ex-  
trayendo el restante.

Del simple borquejo que precede,  
deducimos con arombro el grado de pu-  
faccion en que Higuerates la colocó; arom-  
bro, que crece de punto, amedida que no

fijamos en que, apesar de tantos siglos transcurridos desde entonces, se haya llegado a la mitad del presente sin adelantarse apenas un solo paso en el otro iniciado por aquel, ni sustituir con ventaja su proceder operatorio, que ha llegado hasta nosotros casi en el mismo estado en que nos lo legó el insigne y nunca bastante bien ponderado padre de la medicina, el inolvidable maestro de la antigüedad.

Galeno no estableció preceptos particulares, ni modificó en manera alguna, las indicaciones de Herpócrates. Describe el caso de trepanación del esternon en un niño, viéndose obligado algunas veces a separar partes del hueso con el escoplo y con la gubia, tratándose

de empiumas que habrían alterado o destruido su textura. Sujetaba dicho hueso por la herida, sirviéndose del Pinacón, y sacudia al enfermo, agitando hacia adelante del todo el pecho y tose con fuerza, para facilitar la expulsión del pus con el líquido inyectado.

Celso, describió la operación de una manera tan confusa, que nos inclina a dudar si confundió el absceso de las paredes del pecho, con el verdadero empiuma; de lo contrario, no indicaría se practicaran tres ó más orificios, cuando el pus ocupa gran estension.

Poco afortunado en su descripción y relegado poco menos que al olvido, por una autoridad, cuya influencia había de persistir por tanto tiempo

los toracosternis, fue abandonada por los medicos griegos y romanos, perdiendo el buen credito, y despreciada de la altura en que la habia colocado Hipocresates.

Los compiladores hacen como omiso de la operacion, no ocupandose de ella en ninguno de sus muchos y varios libros escritos; unicamente Pablo de Egipto, habla de la raiz, de aristologia que, mojada con aceto y macerada, se aplicaba sobre diferentes puntos del pecho, y estableciendo exutorios, favorecia la reabsorcion del empiema.

Los curules fueron partidarios del fuego y de las injicciones detorsivas, y aunque sin abandonarlas, fue cayendo entre ellos en el olvido, como ha-

bia sucedido entre los griegos y los romanos.

Rebasas y Avicena hablan de la eversion del pecho con el flebotomo, aunque prefiriendo el cauterio actual y usando las injicciones detorsivas de hidro-miel.

Ally- Abbas y Abul- Kasem, rechazan la operacion y ocupan el cauterio para producir escaras, a imitacion de Pablo de Egipto.

Avicena, aun despues de haber visto operar a su padre, y restablecerse despues de la extraccion del pus, no la aconseja por temor a las heridas penetrantes del pecho.

En la edad media, obedio como en todo, al estado de duda y contro-

versión que se observaba; renacieron las antiguas polémicas sobre las ventajas e inconvenientes de penetrar en el pecho por medio del cauterio ó del bisturí; adhiriéndose exclusivamente en los casos de empuña por humedad.

Fabrizio Acquapendente, uno de sus más fervientes partidarios, se lamenta del decremento en que se hallaba sumida en sus tiempos. La recomienda efícamente como el único remedio para triunfar en todos los derrames de la pleura, que no desahogaran por medio del sudor ó de la orina.

En el siglo diez y siete, se vislumbra cierta reacción en favor de la

toracentesis. Un estudio más detenido, basado en la observación de la poca gravedad de las humididades penetrantes del pecho, infundió más valor á los operadores, dedicándose muchos con verdadero estuio á esta clase de estudios. En su consecuencia, vimos á Giovanni Goulu, en 1624, aconsejarnos en el tórax, y poco después Jacinto Luittrius, Nicolás Robius, Pablo Perbillot, Willis y otros, que después de practicarla en distintas ocasiones, auguraban buen éxito tan indicada en los derrames serenos, como en los furulentos.

Bonino y Jaime Borsari, en 1658, abordaron la cuestión sobre la entrada del aire en el pecho, después de la punción; declarando no temer un semejante extra



do, practicando en su consecuencia muchas aventuras y fiando en la eficacia de las impresiones desviadas, suficientes según ellos, para contrarrestar los accidentes que se temían.

Esta doctrina, fue combatida poro Tomas Bartholin, quien aconsejó se obturase la herida del mejor modo posible, para impedir la entrada del aire. En efecto, al practicarla se guía el dedo al bisturi para llevar el orificio producido con el instrumento.

La indicación de Bartholin, hizo eco entre sus contemporáneos, insistiendo, en impedir el acceso del aire, en el interior de la cavidad torácica.

La extracción del líquido, verificábase con sifon recto o curvo, y la me-

cion practicada por primera vez y aconsejada <sup>por</sup> Sculteto en 1620. admissioe como procedimiento clarico por los profesores de mas credito.

Seguindo la inclinacion de Bartholin, Cornelio Boelingus hacia la incision poniendo tenia la piel hacia abajo con el objeto de que la herida esterna no correspondiere a la interna evitando asi la entrada del aire.

Drouin fue el primero que usó el trocar con felices resultados secundado por Antonio Walle que insiste en hacer la puncion en el hidrotorax con un trocar delgado como se verificaba en la escitis. Dionis se declara contrario al empleo del trocar por ser impracticable la aspiracion si existen adherencias y por

temor de herir el pulmón.

La reacción estabulada á principios del siglo diez y siete en favor de la toracotomía toma carta de naturaleza un siglo después en la escuela de Fealler que la aceptó convencida de su venefica influencia en los derrames de la pleura le dio plena aprobación practicándola con arreglo á las prescripciones expuestas hasta entonces.

Los médicos del siglo diez y ocho continuaron pues la restauración del empiema iniciada en el anterior, modificaron y perfeccionaron los procedimientos operatorios pero conociendo de verdaderos signos de diagnóstico no podían vencer á las indicaciones y la oscuridad, la duda y la divergencia de pareceres empuja

entre ellos

Lamotte es el primero que desecha las impeciones d'opinion, tan generalizadas entonces, por los excidutes que producia. Proscribió la succión en las heridas punzantes del pecho cuando un vaso abierto da sangre oponiéndose precisamente á la succión en los casos que mas indicada la creian los de su época.

Las emorragias producidas por la laceración de las arterias intercostales prescribieron en estos tiempos la obturación de los empiemas y entre ellos Gerard, Goullard, Quinoy Sotri y Belloch. inventan agujas para ligar dichos vasos, placas de marfil y hasta una especie de torniquete con dos ramas que se colocaban una dentro y otra fuera del

puedo para ejercer presión y verificar la hemostasia.

Lorde en 1765 da la preferencia al trocar caído en desuso por creer que exponía a herir el pulmón; cerraba la canula con el dedo durante la inspiración dejándola abierta en el acto de la espiración con el objeto de impedir de esta manera la entrada del aire.

Este procedimiento fue impugnado por Desault y Chiquart quienes reconocieron en el trocar un instrumento incierto y peligroso.

Ludovig y Lever Bell y Oelisen fueron partidarios de la operación y la practicaron con buenos resultados en distintas ocasiones.

A principios del siglo actual

Audonar pronunciase contra la costumbre establecida hasta entonces de evacuar poco a poco el derrame. Secundado por Celler y otros admitiose por la pluralidad de los médicos la aspiración de Audouard.

No dije de llamar la atención en la historia de la toracocentesis lo poco que se habia adelantado hasta principios de este siglo acerca del cuadro sintomático que caracteriza los derrames de la pleura; todos inventaban eximilmente un procedimiento propio siendo así que todos copiaban tradicional y servilmente los signos de Hipócrates y así vemos que el célebre cirujano alemán Mursinna a pesar de haber practicado algunas veces a pesar al publicar sus resul-

Señales reproduce como síntomas la men-  
cion supocrática, el edema del secreto  
y de los miembros superiores etc. Lo úni-  
co que dijo de nuevo es el ruido maci-  
so especial de torax a' la percusión,  
y aun esto, como de paso y sin darle  
importancia.

Lacuneo con su procedimiento de  
investigación clínica, con la ausculta-  
ción y percusión, vino a' disipar aque-  
lla atmósfera de oscuridad; describió  
los síntomas dándole su justo valor,  
hizo el diagnóstico de los derrames de  
la pleura y expuso las indicaciones de  
la operación. La cirugía en la pleure-  
sia aguda, cuando aumentando rapi-  
damente el derrame pone en peligro  
la vida del enfermo. A pesar de todo

pone en duda su éxito especialmente en  
el empiema, haciendo intervenir cierta des-  
confianza.

En 1835 con motivo de una tesis  
presentada a' la Academia de Medici-  
na de París por el Doctor Traura  
después de acaloradas discusiones en que  
se vertieron opiniones erróneas y contra-  
dictorias en las que se destacaba la in-  
suficiencia y la duda con respecto al  
éxito de la operación terminaron sin  
haber reportado ventaja alguna pues  
muchos fundaron en la autoridad de  
Lacuneo la rebeldía por que éste había  
puesto en tela de juicio sus buenos resul-  
tados continuando únicamente los ciru-  
janos usándole en los derrames de pro-  
cedencia traumática y en el empiema de

necesidad.

El alemán Beckir en 1834 hizo operarse bajo su direccion unos enfermos de pleuresia crónica con derrame: publicó el buen resultado de estos casos en una tesis sobre la pleuresia crónica haciendo intervenir una nueva vez á la operacion.

Davis en Inglaterra y Schuch de Viena contribuyeron notablemente á difundir la conveniencia de la operacion, especialmente en los derrames crónicos, consecutivos ó no á un periodo agudo.

Posteriormente Strode publicó una interesante monografia: despues de enumerar los beneficios resultados de la toracotomia y combatir á sus adversarios estableciendo indicaciones de constante

quido pusieron en peligro la vida del enfermo. Presentósele la ocasion de operar á varios publicando sus favorables resultados en dos memorias presentadas á la Academia de Medicina y Cirujia de Paris y aunque duramente impugnado en un principio, quedó despues victorioso en la lucha y aun puede decirse que fundó sus indicaciones.

A la primera memoria de Frouse se respondió con un impudto Inglaterra. En 1844 Hamilton, Poc y el Doctor Hughes publicaron sus tesis "de la paracutisis del torax en el impudmo" y en el hidrotorax inflamatorio, contribuyendo notablemente á propogar la operacion.

Actualmente Broust, Poterim, Woillez etc. etc. y especialmente Delapay con

su aparato de respiración de uno tan generalizado.

¿A que fue debido el desprecio y el olvido en que la sumergieron los griegos, romanos y árabes: el estado de letargia en que se halló en la edad media, y las luchas y controversias de la época del renacimiento hasta los días de Crouseau?

La toracocentesis, como hecho quirúrgico, pertenece de llano á la Medicina operatoria y en tal concepto está sujeta á las leyes ineludibles de las indicaciones desprendidas del estudio analítico de los síntomas, conocimiento completo del proceso morbozo y estado ge-

(1) De torax el pecho, y centesis agujerear, operación del empiema (Littre).

precisión y acierto no evanen el líquido de una sola vez porque el doble-ganiente rápido del pulmón y la vuelta de los órganos desviados por el derrame pueden ocasionar algun accidente.

A las opiniones vertidas por Faure, Becker, Paries, Schuk, Skoda y otros partidarios de la operación no faltaron impugnadores. Louis y Hojpe afirmando que la pleuresia por sí misma es mortal y presentando una estadística de 150 casos curados con medios médicos: Stokes y luego Watson acudiendo á la toracocentesis como transformadora de la pleuresia serosa en purulenta constituyeron á despreciarla si bien se levantaron después contra esta caución Crouseau, Pétain y Vergeley demostrando

que las pruebas aducidas por los que  
creían en la anterior transformación  
eran insuficientes y carecían de valor.

A las discusiones habidas por  
estas publicaciones, sucedió la deca-  
dencia de la operación pues solo de  
tarde en tarde se publicaba algún  
caso practicado con variable éxito y  
indicciones no muy bien determina-  
das.

En tal estado bastante deplorable  
por cierto, se hallaban las indicciones  
y la incertidumbre en el éxito de la  
operación cuando el inmortal Brouseau  
después de haber visto morir rápida-  
mente a tres enfermos de pleuresia, to-  
mó la resolución de practicarla en los  
casos en que la gran cantidad de li-

7  
noral del enfermo.

Sin concepto de las indicciones, la incu-  
ridad, la confusión y la duda invadían el  
ánimo del operador; el non nocens, como  
visión fantástica preocupaba su cerebro, y el  
instrumento temblaba en su mano, porque  
sintió la inseguridad del éxito.

Si la toracotomía se permaneció desde  
la escuela hipocrática en ese estado de lau-  
quidez que nos dice su historia; si se la  
consideraba como un extravío quiriúr-  
gico continuado en parte por la immu-  
nidad del peligro; si tantos obstáculos se  
le opusieron a su progresivo desarrollo  
hasta la época de Brouseau, fue porque  
denunciaron los síntomas en que se basa-  
ban sus indicciones; y es tanta la eviden-  
cia de esta aberración que con el perfec-

cionamiento de la embrocación, percu-  
sion y demás medios de investigación  
clínica; con el conocimiento de la gene-  
sis, naturaleza, evolución y acción pú-  
topatológica de los productos morbosos  
del interior de las pleuras; con su tra-  
ducción sintomática y verdadera inter-  
pretación clínica, se han establecido sus  
racionales indicaciones, se han perfec-  
cionado los procedimientos quirúrgicos y  
ha sido aceptada por la pluralidad  
de los médicos, los que después de pro-  
fundos y variados estudios la han colo-  
cado en el lugar que por derecho le per-  
tenecía. ¿Se funda su general aceptación?  
¿Dado el estado actual de la ciencia, po-  
demos admitir la fórmula de Louis,  
"la pleurisia por sí, nunca produce la

muerte"? La ley de Louis, se derrumba  
por su base ante el testimonio de la cli-  
nica y de la autopsia.

Los tres casos de muerte repida por  
rimoquy y empíria en el curso de la pleur-  
sia con derrame que nos cita Brownau  
en su clínica; el caso de Longu, presen-  
ciado la muerte de un Médico ataca-  
do de pleurisia, en el momento que se  
disponia a practicar la operación;  
los innumerables casos de Paget, Blan-  
chez, Mouton, Merisic, Wallin etc, so-  
un punto de duda la posibilidad  
de las muertes instantaneas, en el cur-  
so de la pleurisia con derrame presi-  
vo, producidas por coágulos o embolias,  
que se han encontrado en las cavidades  
del corazón, arteria pulmonal, cerebro, etc,



en los cadáveres de los que habian sucumbido á esta complicacion porque fuera de duda la posibilidad de la muerte rápida, en el curso de la pleuresia con derrame abundante. Ahora bien, cuando un derrame de evolucion rápida ó aguda, sea tan considerable, que ponga en grave peligro la existencia del enfermo reconocencia del síncope, asfixia u otro mecanismo, ¿ la toracenteris, no llenará una indicacion vital evacuando el liquido y oponiendole á los trastornos productores de la muerte?

En aquellos derrames de menor consideracion, con respecto á la cantidad, en que su evolucion es lenta, los signos flexorios de la pleura apenas epis-

ten ó han desaparecido; en que el pulmón se halla inerte y aplastado en la parte superior del canal costobronquial, reducido á una sexta ó sétima parte de su volumen y privado de funcionalidad, el corazón debilitado, etc, y en que la pleura se halla inerte, desprovista de condiciones para verificar la reabsorcion del derrame, haciendo este el papel de cuerpo extraño y comprometiendo la vida por coexistencia y descomposicion orgánica; ¿ la puncion del tórax, no produce un verdadero beneficio al enfermo?

En aquellos derrames purulentos, cuya accion corrosiva está en relacion con el mayor tiempo de su contacto con los tejidos adyacentes; que no satisfe

ellos con sus dominios, invaden por destrucción, los del pulmón, pueros torácica y cavidad abdominal, y que en su inmo derado egotismo por ocuparlo todo, penetran á veces en la sangre llevándolo consigo la devastación y la muerte; su extracción y la modificación de la vitalidad de la serosa por medios apropiados, ¿no se oponen algunas veces á una muerte segura obteniendo un verdadero triunfo?

De las breves consideraciones que preceden, se deduce la importancia que justamente tiene la operación de la toracocentesis, y lo lógico de su empleo en determinados momentos, en que la muerte sería la solución inevitable

que obtendríamos, en justo pago á nuestra inacción. En otros casos, oponiéndonos á la acción destructora del globo purulento, á los efectos de la anoximia y al consiguiente detrimento orgánico, se hace igualmente necesaria.

La génesis, naturaleza, evolución de los productos morbosos intra-pulmonares, su acción patológica con su significación sindrómica, las lesiones concomitantes, el estado general orgánico del enfermo, el manual operatorio que se debe adoptar, la cantidad de líquido que se debe extraer, las probabilidades del éxito de la operación, los accidentes primitivos ó consecutivos que puedan sobrevenir, son condiciones que debemos tener muy en cuenta antes de decidirmos por

la operación, seguros de que llenaremos sus principales indicaciones, no caremos en el exclusivismo, y cumpliremos con un superior deber en beneficio del enfermo, deber que se nos impone por sí mismo desde el momento en que oigamos reclamar nuestra intervención médica.

Previos los ligeros antecedentes, tanto históricos, como de la significación e importancia de la operación, estremos en otra clase de consideraciones que, aunque sintéticas, abarcan lo fundamental del asunto que nos proponemos bosquejar.

Las indicaciones de esta antigua operación, surgen naturalmente, de extraer algo morbozo

de la cavidad pleurítica.

Estas indicaciones se afirman y son trascendentes para todo clínico imparcial, desde el punto en que demostremos que la operación no puede acarrear peligro mayor que el existente, siempre que se ejecute con arreglo á ciencia y arte.

La frecuencia y cantidad de los productos morbosos procedentes de la inflamación de la pleura, pueden conocerse por el atento examen del pecho, según las reglas de la clínica.

El solo examen de la cavidad torácica por la vista, nos proporciona datos diagnósticos de mucho valor, como el estado del derrame pleurítico y son la deformación de la cavidad

torácica, consiste en un aumento de amplitud que corresponde al sitio ocupado por el derrame; en el mismo sitio se nota por el examen externo, mayor separación de las costillas, aplanamiento y síncas convexidad de los espacios intercostales, en una palabra, parece como que el tórax es impulsado por una fuerza inferior, que obra de dentro á fuera, tiende á ensancharse y á dilatarse; ante todo á estos signos de obstrucción inmediata, la inmovilidad del pecho durante la respiración, en el sitio ocupado por el derrame, que depende de que, no existiendo en aquel punto parte del pulmón permeable, puesto que está comprimido, y recha-

107  
zado por la colección líquida, y tendemos un cuadro sintomatológico abreviado, pero útil, para conocer un derrame en el pecho.

Aplicado el órgano del tacto á la investigación del proceso patológico, notaremos la disminución ó abolición de las vibraciones torácicas, durante la respiración y la fonación; percibiremos también las deformidades que la vista delata, así como las desviaciones del órgano cardiovascular, en aquellos casos en que fué dislocado y recha-

zado por lo escaso del derrame. La auscultación revela en el sitio del derrame pleurítico, la disminución, y á veces la disminución completa de los ruidos respiratorios, siendo normal

les como patológicos. Escipitarse el tui-  
do de roplo, que se acumula hacia la  
parte superior del canal costo-verte-  
bral y hacia el vértice del tórax. De-  
punde la intensidad de ese fenome-  
no, de la mayor ó menor cantidad  
de líquido vertido entre las hojas plu-  
rales, y obedece siempre, á la mayor  
condensacion pulmonar y compresion  
bronquial.

Por la percusion se percibe ma-  
tidez absoluta, en toda el area del la-  
do del pecho que ocupa el derrame.  
Esta concesion de matidez, es sustitui-  
da por sonido semi-timpánico ó Skó-  
dico, si medido que nos aparamos,  
en nuestro examen, de la linea de  
nivel formada por el líquido.

Con respecto á la evaluacion exae-  
ta de la cantidad, facilmente se colige  
que es difícil, y en algunos casos, de to-  
do punto imposible; solo en determi-  
nadas ocasiones, fundandonos en los  
datos que suministra la percusion, aus-  
cultacion y palpacion, en consonancia  
con las alteraciones funcionales de los  
organos toracicos, como la disnea, cia-  
nosis, edemas etc. podremos aproxima-  
damente intervenir en la cantidad pro-  
bable de la coleccion formada.

La naturaleza y composicion del  
derrame, aunque difícil de expresar  
a priori, podremos deducirlas no obs-  
tante, teniendo en cuenta la causa que  
origina el proceso, periodo en que se en-  
cuentra la enfermedad, su evolucian,

los antecedentes y estado general del  
paciente, con algun dato apreciable  
de la permeacion.

En general y como abreviada-  
mente, podemos decir tocante a este  
punto, que el derrame sobrevenido en  
una pleuresia aguda, en individuos de  
vulgar constitucion y buenos anteceden-  
tes vera' en la mayoria de los casos ser  
fibrinoso, con predominio de fibrina.

Si la pleuresia ocurre por el contrario  
en individuos de constitucion deprimi-  
rada, con antecedentes tifoideos, cance-  
rosos, escrofulosos etc, el derrame tiene  
probabilidades de ser desde un prin-  
cipio, o convertirse luego, en purulen-  
to.

Esto mismo podemos decir de los

pleuresias sobrevinidas durante el cur-  
so del escarlatina, viruela, purpuris-  
mo y demas enfermedades infectivas.  
Ahora bien, si de los datos arriba expues-  
tos podemos inferir la presencia de un  
derrame pleuritico, y si por otra par-  
te, la experiencia racional demuestra  
que dicho derrame de liquido morboso  
no solo no es reabsorbible, sino que aue-  
nara con su pertinaz existencia a abo-  
ger al supremo o matarle por compen-  
sion pulmonar, por insuficiencia de  
hematosis, o por toxicohemia etc: claro  
esta, que en tales casos, es una indica-  
cion vital el extraer este algo morboso  
del interior de las pleuras, y por consi-  
guiente, la toracocentesis resulta no solo  
racional sino inminente en aquellos

casos.

Pero como que el derrame puede ser agudo o crónico, latente o patente, resultarian causas modificadas de urgencia en el operar, como diversas maneras de evolucion tenga el derrame.

Demostrada la evidencia de la necesidad de la toracentesis en algunos casos, lo unico que puede pararnos en la empresa, son los accidentes a que pueden dar lugar la operacion.

Los celebres Froussieu, Woilez, Montant-Martin, Dieulafoy, escribian apalauando a su propia experiencia y a los casos que les han sido comunicados, primero, que la mejoría de la pleuresia con derrame es palpable

hasta en los casos que remanece por causa el tuberculo, el cancer etc. y hasta en los complicados con lesiones cardiacas, desde el momento en que se estree el liquido; segundo, que la exacerbacion de la inflamacion pleuritica, por efecto de la puncion, no esta comprobado; tercero, que la conversion del producto sero-albuminoso o sero-fibrinoso en purulento, a consecuencia de la operacion no es posible si el manual operatorio esta bien determinado; cuarto que la entrada del aire, unico peligro de la operacion se evita empleando el aspirador de Dieulafoy, y quinto que operando en tiempo oportuno y con valentia, se puede evitar cuando menos la muerte inmediata por sincopa, asfisia, embolias, edemas cerebrales etc. En otros casos se consigue

la curacion total y en los casos, se atenua el padecimiento que dio origen al derrame, me aun cuando sean enfermedades tan rebeldes como el proceso fibrinoso.

1.<sup>o</sup> por resulta por todo lo dicho que el derrame es diagnosticable que solo puede combatirse en muchos casos por la paracentesis de cuya operacion podemos decir que sus ventajas son siempre positivas y los danos supuestos o negables, esta operacion debera emprenderse siempre que haya un derrame que por su cantidad ponga en peligro la existencia del enfermo sea inabordable y por su calidad danosa en presencia. Por consiguiente estaria indicado:

1.<sup>o</sup> cuando durante el curso de la pleurisia aguda el derrame sea tan abundan-

te que la mortandad del sonido se eleve a las regiones impares superior y sub-esternal del lado afecto substituyendo en esta ultima region el semi-timpanico o *tho' dico*; cuando el corazon es notablemente reelevado sobre el lado opuesto del derrame y se presenten abesos de respiracion y hundidas al sincope, la toracentesis estaria formalmente indicada aunque la pleurisia se encuentre en pleno periodo febril; y esta indicacion esta fundada en la posibilidad de la muerte instantanea por sincope, asfiquia, embolia etc. efecto de la compresion que produce el derrame sobre los organos respiratorios y circulatorios. Apenas existen otras indicaciones que no citen casos de esta naturaleza y aseguran que el diferir la operacion



es una fórmula peligrosa que pone  
en grave peligro la vida del enfermo.

Puede luego se comprende que no  
sean de reportar siempre desgracia de un  
de la muerte del enfermo estos accidentes,  
mas esto es, que sean verificados diferentes  
veces y nuestro deber consiste en conjurar  
el peligro.

La existencia de la fiebre y la  
falta de diuresis no debe desuadirnos de  
nuestra empresa; en primer lugar, por  
que hay veces que la diuresis o no exis-  
te o existe apenas.

Crousseau <sup>que</sup> en su principio le dio  
mucha importancia, confiesa franca-  
mente despues fundado en la observa-  
cion que se habia ingerido, que pue-  
de existir un bazo de urina sin dis-

nea.

Posteriormente cuantos se han dedica-  
do á una clase de estudios son de la  
misma opinion y la consideran como  
un fenomeno ingenuo.

En segundo lugar con respecto á la  
fiebre, puede decirse que si bien es cierto  
que en el periodo febril tiene tenden-  
cia á aumentar el derrame tambien  
es verdad que en algunos casos la de-  
fervescencia de la fiebre coincide con  
aumento del derrame; ademas, si un  
pleuritis tiene entre sus pleuras un  
derrame de tres litros y se extraen dos  
por una parte nos oponemos á los  
accidentes antes mencionados y por  
otra aunque se reproduzca algo el  
derrame regularmente no adquiere

las proporciones primitivas y será  
más fácil su reabsorción. De modo  
que la fiebre y la anemia, no deben  
ser los reguladores de la función. En  
todos casos debemos estudiar y viji-  
lar detenidamente la cantidad de  
líquido coleccionado, pues esta será  
siempre la única indicadora de la  
función.

2º Cuando el derrame por su menor  
intensidad no ofrezca caracteres calen-  
tales y la pleuresia este en pleno  
periodo febril; ¿estará indicada la  
punción? Punto es este muy debatido  
y de controversia en la actualidad.  
Nosotros creemos que en dichos casos  
el médico debe vigilar atentamente  
la marcha de la enfermedad y se-

ver presente las circunstancias especiales  
del caso, debiendo intervenir con decisión,  
desde el momento que terminando el  
periodo febril, el derrame queda esta-  
cionario sin tendencia a la reabsor-  
ción. Estará tanto más indicada la  
toracentesis en estos casos, <sup>por</sup> cuanto el lí-  
quido juzgado el pectoral de cuerpo  
estrato, compromete las funciones car-  
dio-pulmonares, establece vidras que in-  
movilizan el pulmón, se transforman  
algunas veces en purulento, produce  
el marasmo y la consunción y según  
Cronman la tuberculosis, si existe un  
fondo de predisposición.

3º Cuando la pleuresia aguda acom-  
pañe la pulmonía, lesiones cardíacas,  
bronquitis generalizadas y anemia pro-

casos morbosos que comprometen la respiracion ó circulacion del pulmon; cuando el derrame sea por su cantidad tan abundante que comprometa la vida del enfermo, vemos estar igualmente indicada la punccion puesto que en dichos casos la muerte es inminente por sinepe ó asfixia y la extraccion del liquido atenúa la compresion.

2.<sup>o</sup> Existe una forma de pleurisia denominada torpente ó subaguda en la que sin apenas dolor de costado, incomodidad disminua y sintomas de reaccion general se fraguan bastos derrames en la cavidad pleuritica y que apenas de haber andado aqui prolongadas distancias no percibian cansancio y hasta ignoraban lo que

insistia en su pecho.

En esta forma de pleurisia en que á pesar de la evolucion lenta del derrame adquiere este considerables proporciones, la toracentesis estara plenamente indicada no tan solamente por que no hay tendencia á la reabsorcion del liquido, sino por que en estos casos su accion generalmente es curatriz.

5.<sup>o</sup> En la pleurisia doble vemos igualmente indicada la punccion puesto que cuando el derrame adquiere considerables proporciones, compromete notablemente la ventilacion por la mayor reduccion del campo respiratorio, debido á la compresion de ambos pulmones. Ademas la dificultad en la circulacion pulmonar puede producir el edema

de este órgano y otras complicaciones de consideración.

6.º En la pleuresia crónica el derrame no va siempre unido fatalmente a la purulencia como se ha creído por algunos. Existen en esta forma de la pleuresia broncos derrames sero-fibrinosos con predominio de serosidad y en los que la purulencia produce notabilísimos resultados. En estos casos no debe demorarse la toracentesis, puesto que cuanto más pronto se practique, para probabilidades de éxito obtendremos, sin exponer a que el derrame orgánico, el marasmo, y fiebre hectica consuman los días del enfermo. Si en estos derrames crónicos no ha producido alguna vez sus bené-

ficos efectos, no hay duda que ha sido por que se ha perdido un precioso tiempo sin resultado alguno en pleuridos exigatorios, purgantes y diuréticos, que han contribuido indudablemente al deterioramiento orgánico del paciente viniendo, si practican la toracentesis, con el remedio extremo cuando el estado local y general indican una muerte inevitable.

7.º El derrame puede ser purulento desde el principio de la pleuresia, ya aguda y ya crónica, o consecutivo al derrame sero-fibrinoso, especialmente cuando ha permanecido largo tiempo encerrado en la cavidad pleurítica. Desgraciadamente en muchos casos es imposible el principio de la pleu-

rosio el diagnóstico entre el diagnóstico  
sero-fibrinoso y el purulento sino se ve-  
rifica la punción como medio de diag-  
nóstico. No obstante, el estado general  
diatélico del enfermo, su decaimien-  
to fisiológico y demás antecedentes,  
nos lo harán sospechar en muchos ca-  
sos si consideramos que en estos indivi-  
duos las inflamaciones y especialmente  
la de la serosa de la pleura por su  
escasa vitalidad tienden á <sup>la</sup> cronicidad  
y muchas veces á la purulencia de mo-  
do que cuando un enfermo de estas em-  
pleciones contenga dentro de su pleu-  
ra un derrame de consideracion, la  
punción del tórax no se debe ejecutar  
puesto que ó será purulento ó tal  
vez <sup>está</sup> en vías de purulencia.

Conocida que sea la existencia de un  
derrame purulento por el cuadro sin-  
tomático que generalmente presenta  
cuando definitivamente se ha estable-  
cido la toracentesis se practicará in-  
mediatamente por que además de los  
fenómenos de compresión, un líquido  
corrosivo y destructivo ha de pro-  
ducir indefinidamente el deterioro y  
la muerte; pero cuando el derrame  
purulento acompañe focos de  
patron mentranas, porciones espalo-  
das de la pleura ó del pulmón u  
otros productos morbosos sólidos, abri-  
mos de recurrir á la incision del es-  
pacio intercostal para dar salida á  
estos agutes de supuración purulenta.  
8º El purpurismo la escarlatina

características se indican igualmente la  
toracocentesis cuando el líquido derrama-  
do adquiere considerables propor-  
ciones mas cuando siempre de-  
bemos sospechar en que el derrame  
será purulento por una tendencia  
particular a la purulencia que se  
observa en el estado puerperal y en  
fermedades infecciosas durante el perio-  
do inflamatorio.

9.º La tuberculosis y el carcinoma  
van unidos algunas veces abundantes  
derrames. En estos casos, únicamente es-  
tará indicada la punción la asfijia  
sea inminente.

Respecto al manual operatorio  
adecuado y generalmente hoy admiti-  
do es el de Dieulafoy llamado por su

autor método de aspiración.

Tomado convenientemente el enfermo  
se señala un punto en el octavo espacio  
intercostal en la prolongación del an-  
gulo inferior del omóplato; en tal sitio  
se introduce sin temor y de un solo gol-  
pe la aguja queca n.º 2 de modo que  
pueda rápidamente en el interior de  
la cavidad pleurítica; esta aguja es-  
ta unida al aspirador por medio  
de un tubo cauchouc; como dentro  
del aspirador se ha verificado el an-  
temario el vacío no tarda el fluir  
de líquido procedente del interior del  
tórax.

Cuando el derrame es purulento  
se emplea la aguja n.º 3 ó 4; si des-  
pués de haber practicado tres ó cuatro

pusulencia hasta agotarse el contenido  
pusulento no se verificase el agota-  
miento del pus se usarían por me-  
dio del trocan toraxico inyecciones de  
terribles con diluciones de sulfato  
de zinc, hipoclorito de sosa, agua al-  
coholizada porra lavon y modificar  
la vitalidad de la pleura.

Como el mecanismo de este instru-  
mento tan ingenuo y sutil que es co-  
nocido por todos sus dispensarios  
de detalles.

Cuando el derrame pusulento  
ocupa en fragmentos de falax,  
membranas porciones espesadas  
de la pleura o del pulmon se otros  
productos morbosos solidos se prece-  
ficara el impuente.

Respecto a la cantidad del liqui-  
do que debe extraerse, como tesis general  
podemos decir que siempre que este es-  
ceda de dos litros no debiera extraerse de  
una sola vez, puesto que el desprende-  
miento rapido del pulmon por la  
entrada de aire la culpa de la san-  
que en un organo tan vascular y que  
habria permanecido anteriormente  
en la inercia produce si se extrae vo-  
luntariamente una hiperemia intensa  
con edema pulmonar y como conse-  
cuencia enfria lenta o rapido, expec-  
toracion albuminosa, sincope etc.

Suponiendo cuanto en esta vida re-  
lacion resulte, se desprende:

1º Que la toracocentesis se conoce po-  
sitivamente desde los tiempos mas re-

motos toda vez que el ilustre caudillo  
no de Coos ya hablo' de ella con extension  
y verdadero conocimiento.

2º Que hasta poco ha' por falta  
de conocimientos exploratorios e insu-  
ficiencia del personal quirúrgico sus bu-  
nos efectos fuerou raros y los suce-  
sos muchos.

3º Que la operacion se impone an-  
te la necesidad de extraer productos mor-  
bosos desarrollados en la pleura y que  
de persistir en ella incurridos habrian  
de producir indefectiblemente la muerte.

4º Que la cantidad del liqui-  
do intrapleurítico varia siempre la uni-  
ca indicadora de la punsion.

5º Que las toracocentesis estaro  
indicadas en la pleuresia aguda

cuando por la cantidad menor del  
derrame respectuoso puede venir la  
muerte rápida del enfermo por sin-  
cope, asfixia u otro mecanismo.

6º Que en los casos de pleuresia agu-  
da despues de haber terminado los  
síntomas flogísticos y de reaccion ge-  
neral no existe tendencia a' la reab-  
sorcion del derrame.

7º Que estaro igualmente indicada  
la toracocentesis en las pleuresias de  
marcha lenta o latente en que el derrame  
se adquiere inmensas proporciones  
sin fenómenos febriles y sin tenden-  
cia a' la reabsorcion. En estos casos  
la funcion generalmente es curativa.  
8º En la pleuresia purulenta cual-  
quiera que sea la causa productora



se practicará inmediatamente la punc-  
cion con la aguja n.º 3 y repitiendo  
la puncion algunas veces con el obje-  
to de agotar el contenido purulento. A-  
no conseguirlo se harán con el trocar  
torzudo inyecciones con el objeto de lavar  
y modificar la vitalidad de la pleura.  
Cuando al derrame purulento acom-  
pañan fragmentos de falsas membrana-  
ras porciones espesadas del pulmon  
o de la pleura u otros productos mor-  
bosos solidos se practicará la opera-  
cion del empiema.

9.º Que cuando al tuberculo  
y al cancer de la pleura acompaña  
un derrame de gran intensidad de  
la pleura que ponga en peligro  
la vida del enfermo se hará la pun-

cion como remedio paliativo,

10.º Que la pleuresia doble cuando el  
derrame sea tan abundante que com-  
prometa las funciones cardiovascula-  
res y respiratorias se practicará la  
puncion de un lado dejando un  
intervalo de dos ó tres dias para  
practicarla en el otro si no hubie-  
ra cesado la gravedad de los síntomas  
11.º Que el inspirador de Dioulapoy  
ha osado á perfeccionar el metodo  
curativo de si tan trascendental y  
útil.

12.º Respuesta á la cantidad de liqui-  
do que debe extraerse, en general si  
para de dos litros se extraerá de  
un sola vez para evitar los consiguien-  
tes trastornos pulmonares con la in-

trada del aire; Por que siendo tan evidente la usura de la toraceni-  
is y tan claros sus buenos resulta-  
dos ha contado hoy con tantos y tan  
eminentes inculpadores? Vincillamen-  
te por la falta de conocimientos  
para diagnosticar con perfeccion la  
cantidad y calidad de los pro-  
ductos intrapleuriticos; por los defe-  
tuosos procedimientos manuales adop-  
tos en lo antiguo y por un espíritu  
por fin de reaccion y duda inheren-  
te a la naturaleza humana ante todo  
poco progresivo de la ciencia ó del ar-  
te. Pero hoy las cosas cambiaron;  
tenemos a nuestra disposicion co-  
nocimientos y medios instrumen-  
tales adecuados para diagnosticar

la cantidad y naturaleza del pro-  
ducto derramado, sabemos que por  
la simple operacion no se convierte  
como creian Stokes, Warton, Quainford  
y otros el producto serofibrinoso en  
pusulento por efecto de la puncion.

El aspirador ha cuidado a rejene-  
rar una parte de la Toraxica y  
a sacarla dentro el polvo del olvido  
donde yacia por la pesadumbre de  
la preocupacion y del atraso.

Se concluido

Madrid veintiocho Junio  
de mil ochocientos ochenta  
y tres

Manuel Dorda,

