



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313219279

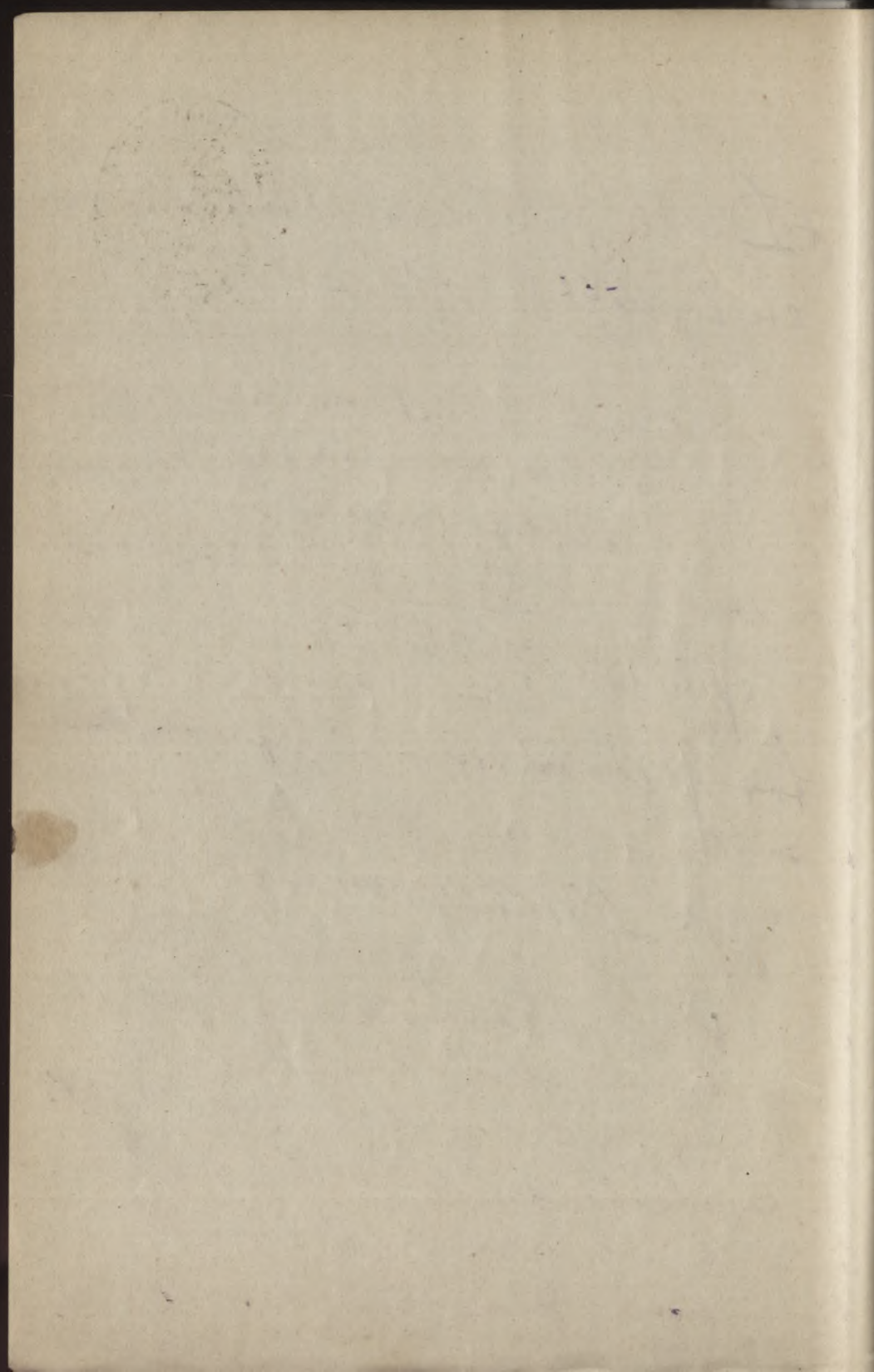
X533889846

De la intervención quirúrgica
en los derrames pleuríticos.

Tesis

que para obtener el grado de Doct
se presenta.

Domingo Mangas.
Mateos



Excmo Sr.:



En el descubrimiento de la anestesia puede colocarse, según la expresión de Liguier, entre las maravillas de la ciencia, con igual título que la electricidad y el vapor, con cuyo medio, no sólo que se suprime la hemorragia nerviosa con todas las consecuencias que de ella dependen, sino que permite al cirujano no emprender operaciones vedadas en otro tiempo... si es una verdad incuestionable que con los modernos procedimientos de isquemia evitamos las grandes pérdidas de sangre, y los funestos efectos que sobre la marcha ulterior de los procesos de reparación producen; pues, como dice Esmarch,

uno de los deberes más importantes del cirujano es economizar, cuanto le sea posible, el líquido más noble de los enfermos que le están confiados, mercedo, por tanto, figurar entre los grandes hechos de la cirugía de nuestro siglo -... la verdadera conquista, la adquisición más notable, que quedará señalada de un modo brillante en los anales de la cirugía, es indudablemente la asepsia y la antisepsia; doctrina que ha causado una revolución en la práctica quirúrgica, y cuyo fundamento científico será inmutable, porque está basado en la experimentación y en la clínica, aunque muchos de los detalles del método listeriano puedan variar con el descubrimiento de nuevos agentes químicos.

Después de los populares trabajos de Pasteur corroborados por las ingeniosas y frías observaciones de Trigdal Gym.

-9-

deall, nadie pone en duda que el principal factor, el elemento mas, contribuye, si la falta de un éxito operatorio, estriba en el medio que rodea al enfermo, es decir, en el aire que respira y baña su cuerpo, en el alimento que le nutre y le sostiene, en las ropas que le cubren y abrigan, en las curas que le alivian o sanan, en las personas que le rodean e influncionan, y en la prolijidad de detalles que los modernos procedimientos antisépticos exigen. Pero es absolutamente indispensable que seamos serenos y rigurosos en sus empleos, considerando que la doctrina cisterciense es, no ya un método clásico, sino que debe ser una religión, como decía un ilustre profesor de nuestra Escuela de Medicina, el nuevo Evangelio quirúrgico, y así como el sacerdote practica su culto, sin olvidar ninguno



de los detalles del rito que sigue, así el cirujano debe adquirir la educación y la costumbre suficientes para no adolecer de detalles, que, al parecer insignificantes, pueden costar la vida al desgraciado paciente.

La creación de la asepsia y antisepsia, impidiendo la acción de los micro-organismos, ó neutralizando sus efectos de soluciones de continuidad impurificadas, ha suprimido ó al menos modificado hasta el minimum esa serie de complicaciones terribles que la Química y la experimentación han demostrado que son de naturaleza infecciosa; que paralizaban el ingenio y la habilidad de los operadores, y que eran en otra época la espada de Damocles de la Cirujía; citándose, en cambio, series numerosas de operaciones graves, curadas, como arte mágico, en breves, desvelando infinitos seres al seno de la sociedad y de las familias.

Con tales garantías de seguridad y
amparados en la bondad de los
procedimientos, nada debe temer
que tiendan a tomar carta blanca
para en la ciencia esas grandes interven-
ciones, consideradas como audacias qui-
rúrgicas, por más que algunas sean
combatidas, y disten otras de haberse ge-
neralizado.

Quando reflexionamos en las brillantes es-
tadísticas de la cirugía articular y ab-
dominal; que neoplasmas voluminosos
con las conexiones anatómicas más in-
trincadas han sido extirpados en todas
las regiones de la economía; ligadas
arterias importantes; que la laringe,
el hazo, el riñón y el útero han se-
parado con buen éxito, no puede menos
de reconocerse, como dice Erichsen, «que
queda muy poco que el valor no haya in-
tentado y la destreza no haya consigui-
do, en la extensión de arte operatorio».

La caridad torácica, a pesar de la im-



portancia de los órganos contenidos en ella, ha sido objeto de atrevidas operaciones desde la más remota antigüedad; pero antes de entrar en la práctica han pasado por una serie de vicisitudes, no siendo aceptadas hasta después de los trabajos de Brownseau, y aun hoy es objeto de vivas discusiones la cirugía pulmonar.

Existe, sin embargo, verdadero entusiasmo por el tratamiento quirúrgico de los procesos de la pleura, y los nombres de Brownseau, Traube, Kussmaul, Bartel, Ervold, Fraentzel, Dieulafoy y Borsditch, marcan los progresos y los brillantes resultados de la terapéutica quirúrgica de los derrames de la pleura.

La pleuritis es, indudablemente, una de las enfermedades más frecuentes, ya de una manera primitiva, ya secundaria, en el curso otro padecimientos fundamentales, como lo vienen a demostrar las lesiones encontradas en las autopsias.

-9-

su estudio tiene una importancia
capitalísima en clínica y cirugía,
hasta cirugía, y son tan
raras y urgentes, en momentos
indicaciones que el práctico que
llenar, que me creído pertinente someter
a nuestro ilustrado criterio algunas con-
sideraciones acerca de la intervención
quirúrgica en los derrames pleuríticos.



Resena Histórica.

Desde los tiempos mas antiguos se ha
tratado de extraer, por medio de instru-
mentos apropiados, los líquidos acu-
mulados en las cavidades del cuerpo,
y los primeros datos relativos a la
funcion del pectus se remontan a la
escuela hipocrática.

La operacion se practicaba de dos ma-
neras: o abriendo con el instrumento
cortante uno de los espacios inter-
costales, o perforando una costilla.
Tambien se usaban del canteris
actuales para la evacuacion del

liquido, dejando abierta la Abertura hasta su completa salida.

Galeno propuso un aparato de, su invención, empleado en las Pleuritis, de pecho por Juan de Vigo, Saultet, Pedro Dionisio, etc., llamada de pnylque y pnylcon, que consistia en una goringa aspirante.

Entre los autores, árabes, unos aceptaron la operacion y otros la rechazaron, cayendo en descredito hasta el siglo diez y seis, en que Ambrosio Pareo y Fabricio de Aquapendente la tomaron de poneta de nuevo en origen.

Del siglo diez y siete al diez y ocho, fue objeto de importantes trabajos por parte de los europeos, y Bonting, propuso substituir la pequena abertura del espacio intercostal y la perforacion de la costilla, por una amplia incision, considerando las inyecciones como medio de combatir la consecuencia de la penetracion del aire en la cavidad pleural.

Bartholin sostuvo la electroterapia,
y a pesar de muchos trabajos
suos y de la notable mejoría
mostrada, la operación se practicaba
de vez en vez.



En 1694, Vicente Dromin fué el primero
que aconsejó substituir al cauterio, q.
hasta entonces se empleaba, por el tró-
car que se usaba en las punciones
abdominales, y cerca de un siglo
después, Surdi usó la igual procedi-
miento, aunque con cierta timidez,
temiendo herir el pulmón y trata-
do de evitar la entrada del aire por
medio de la aplicación del dedo
en la cámara.

Maíz cerca de nuestra época, casi to-
dos los cirujanos, como Boyer, Larrey,
Sanson, Lisfranc, Blandin, Velpeau,
ect., se mostraron partidarios de la
operación, en tanto que Dupuytren,
De Roux, Corvisart, y Chomel la recha-
zaban, porque precipitaba el fin
de los enfermos. Laennec a su vez la
aconsejó con restricciones.

De todo lo expuesto, se deduce que se prefiere el trocar al bisturí; q. se practica rara vez la perforacion de la costillas, y que se han ideado diversas válvulas para impedir la entrada del aire, como propuso Jureli.

Finalmente, a pesar de las numerosas discusiones en las Sociedades Científicas, a pesar de los trabajos y monografías publicadas en Francia por Faure y Reybard; en Alemania por Becker, Schmidt, Stoda; en Inglaterra por Davies, fue combatida por autores de mérito, como Stokes, Watson y Hope.

En Inglaterra, Hamilton Roe y Whynne publicaron importantes monografías, considerando como muy satisfactorios los resultados de la experiencia. Sin embargo, no adquirió definitivamente carta de naturaleza en la ciencia hasta la época de Roussau, que se propuso, por espacio de veinticinco años

Generalizar sus ejemplos y aplicar
 sus indicaciones sobre bases
 y precisas, con ese entusiasmo y
 conviccion que era uno de sus
 caracteres de su temperamento científico
 es. Sus esfuerzos, han sido coronados
 por el éxito, pues apenas si hay
 médico que no haya tenido
 muchas ocasiones de practicar
 la toracentesis y de convencerse de
 la poca gravedad de los peligros
 atribuidos otrora, y del inmen-
 so valor de este recurso terapéutico
 cuando se aplica con oportunidad.
 Las buenas doctrinas del sabio mag-
 tro fueron universalmente acogidas
 por los con aridez por los clínicos del
 mundo científico, recibiendo singular
 empuje por los Peter, Dieulafoy, Po-
 tain, Poyrot, Herard, Montan, Mar-
 tin, Romé, Fraentzel, Rosembach, Mos-
 lery otros muchos que sería prolijo
 enumerar.



No pasaremos en silencio, para honra de la cirugía patria, que el primero que hizo esta operación fue el Sr. Romero, de Barcelona, Catedrático de la Universidad de Huesca, quien presentó a la Sociedad de la Facultad de Medicina de París una curiosa memoria titulada *Observatio de pectoris hydrose.*

En los momentos actuales debemos hacer también especial mención a los distinguidos Doctores Ribera y Cardenal, que han practicado por primera vez en España la toracoplastia, así como es digna de elogio la conducta de los Sres. Thieritz, - Hernandez Poriz y Herqueta, ilustrados clínicos del Hospital provincial de esta corte, que tanto en las discusiones de las Academias y congresos médicos, como en diversas conferen-

18
cias, han tratado de divulgar
cedimientos quirúrgicos para el
miento de los derrames de la ple-



Breves consideraciones de anatomía pa-
tológica y Patogenia.

Toda intervención quirúrgica, como
deja hace tiempo nuestro maestro Ar-
querosa, ha de ser necesaria, posible
y conveniente, y ha de abarcar for-
zosamente el estudio de las indica-
ciones, los procedimientos operatorios, su
ordinados al afecto y cimentados
en la naturaleza del mal, extensión,
tiempo etc., y a las curas que se prac-
tican después de la operación.

Me propongo, pues, resolver los pro-
blemas siguientes.

Primero. ¿ Que procesos pleuríticos son
los que exigen la intervención opera-
toria?

Segundo. ¿ Cuando y cómo debemos in-
tervenir?

Terere. ¿ Cual es la cura que debemos emplear para asegurar el éxito operatorio?

Respecto al primer punto, no limitaremos al estudio de las pleuritis exudativas, de Lancereaux, es decir, al grupo clínico de los derrames no traumáticos, que pueden ser sero-fibrinosos, hemorrágicos, purulentos, ó saniosos.

Depositarse en la cavidad pleurítica, como producto del proceso inflamatorio, un exudado en cantidad variable, gelatiniforme, transparente y constituido por fibrina que retiene en su retículo una cantidad mayor ó menor de leucocitos, de glóbulos rojos y de elementos esféricos granulados. La parte líquida tiene una composición análoga a la del suero sanguíneo. En muchos puntos la capa de fibrina coagulada produce inmediatamente adherencias,

formando cavidades, indolentes entre sí y llenas de líquidos (pleuritis, enquistada y pleuritis, etc. (car?)).



En ciertas circunstancias, el esudado toma un carácter hemorrágico, en parte por diapedesis, y en parte por ruptura de los vasos de neoformacion en los depósitos pleuríticos. Generalmente los esudados hemorrágicos son sintomáticos de la tuberculosis, así como pueden presentarse en diversos estados de debilidad (en los bebedores, en los viejos, en los escorbúticos, etc), y en ciertas enfermedades infecciosas, como las puerperales, circunstancias dignas de tenerse en cuenta bajo el punto de vista de diagnóstico.

Así como antes se consideraba y creía que la supuración sólo era una graduación cuantitativa de la inflamación, y que podía acontecer en todas las circunstancias, con tal que

la agresión flogógena. Fuera la energía necesaria, en la actualidad se admite en general, que siempre se presenta una alteración cualitativa de la inflamación, bajo la influencia de agentes infecciosos específicos, procedentes del exterior. Las series y fundadas observaciones de Rosembach, Krause, Parrot y Garri, han dado a conocer como excitadores de las supuraciones - agudas cierto número de micro-organismos, de los cuales, los que se observan principalmente son los designados con los nombres de estafilococo y estreptococo.

La cuestión de si las supuraciones podrían presentarse en los tejidos, provocadas solo por medios excitantes químicos y estériles, sin que ejerza su acción en dichos tejidos ningún micro-organismo, que fue sostenida por Parrot en sentido afirmativo, ha encontrado su resolución negativa.

-19-

en absoluto, determinada por
rey y muy cuidadosa investigación
llevada a cabo por Schreiner y
Pfeffer, y sobre todo por Bronda, han
dado por resultado que no existe la
supuración sin micro-organismos,
y que las sustancias excitantes que
nunca solo dan lugar a la mor-
tificación del tejido.

Hecha esta digresión patológica,
muy importante para nuestras de-
cisiones terapéuticas, debemos mani-
festar que los derrames purulentos
purulentos son muy raros en la
edad adulta, y solamente ha po-
dido observarse en los niños con fre-
cuencia, después de la escarlatina,
la roseola, y durante el curso
de la tuberculosis. La transforma-
ción del derrame seroso o hemorrági-
co en purulento sobreviene gra-
dualmente al cabo de algunos días,
y como accidente secundario en las



Las enfermedades infecciosas, puerperales, supuraciones prolongadas, etc. y en todas las afecciones de las partes inmediatas, siempre bajo la influencia de agentes infecciosos.

En otras circunstancias puede existir el absceso pleurítico independientemente de todo trabajo inflamatorio por comunicación del pus con otros órganos primitivamente afectados, como el mediastino, costillas, pulmón y erisipela, flegmonosidad de la pared torácica.

La punción exploradora pudiera hacer creer algunas veces que se trata de un derrame seroso, que más tarde se hace purulento, cuando en realidad lo es desde el principio, y es que las partes más pesadas (corpúsculos purulentos) descienden al fondo, ocupando la capa serosa la parte superior.

El hidrotórax, cuyo origen es el de todas las hidropesías, exige tam-

bien en momentos dados una inter-
vención activa, siquiera sea im-
potentes para combatir sus causas pro-
ductoras.



Después de descritas rápidamente -
las diferentes cualidades de los derrames
pleuríticos, vamos a indicar los efectos
no menos importantes producidos por
su cantidad. Esta puede ser variable,
desde 500 a 1.000 gramos hasta tres o cua-
tro litros. Las consecuencias de la pre-
sión se manifiestan por una disminu-
ción de volumen del pulmón, que
paulatinamente se retrae y queda for-
rado de aire, y si el derrame es abun-
dante, convertido en una masa com-
pacta y dura, siendo rechazado com-
pletamente hacia atrás y arriba con-
tra la columna vertebral. Se observan
además dislocaciones del mediastino y del
corazón, flexión de los grandes vasos, depre-
sion del diafragma, rigido y dilatación
de las paredes torácicas.

Los cambios y la muerte ultteriores de las alteraciones pleuríticas, dependen de la cantidad y manera de ser del exudado. Cuando la terminación es favorable, la curación puede ser completa por reabsorción del exudado por los linfáticos de la pleura.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos graves, la pleura se engrosa y se forman extensas adherencias, entre cuyas lagunas se reúnen los restos del exudado líquido, constituyendo, como hemos dicho, la pleuritis enguistada o tabicada. La curación depende principalmente de la naturaleza de la afeción primordia, En los casos de empiema, es también posible la reabsorción mediante la transformación regresiva, cuya terminación es de una rareza verdaderamente excepcional; pero que está fuera de toda duda, según

lo atestigua Montard-Martin refiriéndose á casos comprobados por punciones exploradoras y á observaciones de autopsia en que se han encontrado cicatrices extensas de la pleura ó quistes purulentos en regresion. Cuando no se interviene oportunamente, el pus sale por los bronquios ó á través de la pared torácica, *empisema necessitatis*.

Un papel interesante desempeña con rason en los tiempos modernos, para el reconocimiento de los derrames pleuríticos, la puncion exploradora; porque mientras que no hace aun mucho tiempo era un problema muy difícil de resolver si existia un derrame en la cavidad de la pleura, ó una afeccion pulmonal con disminucion de su cantidad de aire ó de una complicacion de ambos procesos; mientras que casi era imposible determinar la verdadera naturaleza del liquido,



de cuya resolución dependen, á no dudarlo, los éxitos y procedimientos terapéuticos, en la actualidad, con una simple punción con la gramma de Pravaz, hecha aseptica, desaparece toda incertidumbre y se precisa el diagnóstico sin inconveniente alguno. Tiene además una importancia especial este medio exploratorio, bajo el punto de vista etiológico, permitiendo que por el microscopio podamos apreciar en el líquido evacuado la presencia de coágulos ^{cáncerit.} canceriformes y agregados celulares redondos formados por grandes células epiteliales, ya con degeneración grasosa, ya formando vacuolas, y á veces con producción de vellosidades, como lo demuestran las observaciones practicadas por Ehrlich en la fiebre puerperal y carcinoma tóxico de la pleura. Es menos interesante en el concepto diagnóstico, pro-

28
nóstico y tratamiento, la observación
de los bacilos, tuber en los
Sin negar la inmensa utilidad
de los demás criterios diagnósticos, fun-
dados en la minuciosa apreciación
de los síntomas tanto físicos como fun-
cionales, sin olvidar los antecedentes
individuales, no cabe la menor duda
que dejen bastante que desear en pre-
cision y seguridad, imponiéndose la
funcion exploradora, tanto más jus-
tificada, cuanto que este método
es completamente inofensivo.

Ciertas opacidades en las paredes pro-
teriores e inferiores del pulmón, que
al parecer dependen de un proceso de
compensación, aparecen por la-
ciones como producidas por un em-
budo pleurítico y viceversa; creese
en algunas ocasiones que se trata de
una pleuritis exudativa, cuando real-
mente es una atelectasia pulmonar.

Señalaremos también otra ventaja,
por ser tenida en cuenta e indicada



- 26 -

por Mosler, Sepsine y Erue de este procedimiento, que permite hacer deducciones no insignificantes; tales la función palpadora o aquidopseirástica de la cavidad torácica. Por la forma de la resistencia que encuentra la cámara, por la facilidad con que puede moverse, se pueden obtener resultados utilizables; porque cuando se encuentra una resistencia extraordinaria al introducir la cámara por debajo de un estertor marcado, puede diagnosticarse, con cierto grado de seguridad, la existencia de adherencias entre las hojas de la pleura, de depósitos pseudo-membranosos en ella, o de alteraciones atelectásicas del pulmón.

Es de notar también que el resultado negativo de esta pequeña operación no permite deducciones definitivas, y es conveniente en tales casos repetir la en otros puntos, especialmente cuando se trata de derrames múltiples locales, que indudablemente son

difíciles de diagnosticar.



Toda pleuresía doble, toda ~~pleuresía~~ combinada con síntomas ~~pleurales~~ costales y peritoneales, debe sospecharse que sea tuberculosa. Cuando se trata de la abertura de un absceso en la pleura, el diagnóstico es todavía incierto; la rapidez de los accidentes, la existencia anterior de lesiones en los órganos vecinos, son datos que nos han de ilustrar en estos casos.

En las consideraciones generales precedentes hemos dejado sentado que el éxito terapéutico y los distintos procedimientos operatorios, dependen y han de estar en perfecta armonía con la naturaleza del líquido derramado en la pleura.

En dos grandes grupos podemos dividir la terapéutica de los derrames de la pleura: omélica y quirúrgica.

La primera, sin prejuzgar la naturaleza del derrame, pone en juego muchas

veces el tratamiento antiflogístico y sus
curas, es decir, extracción de sangre pro-
mueso y de linfa después; o lo que es lo
mismo, sangrias generales y locales, re-
solvivos, diuréticos, etc. « Si alguna
vez el enfermo llega a puerto de sal-
vación, a pesar de estos recursos terapéu-
ticos, podrá decir que su organismo tiene
un temple a toda prueba ».

Empero no puede negarse en absoluto
oportunidad y ventajas del tratamien-
to médico en los casos rarísimos, es ve-
dad, de pleuritis serosa primitiva en
sujetos jóvenes de excelente constitución, al
principio de la enfermedad y siempre que
el derrame ha moderado.

Pero ya sabemos que, bajo el punto de vista
etiológico, el contingente mayor lo propor-
cionan los individuos linfáticos, tuber-
culosos, reumáticos y caquiéticos, y final-
mente se comprende lo pernicioso de
ese tratamiento, no abridando que



Antes que la enfermedad al estado crítico.

El segundo método, o sea el que se refiere a los procedimientos que han hecho grandes progresos en el último decenio principalmente, evitando por la evacuación del líquido, los estados congestivos, la retracción pulmonar y la compresión de los órganos inmediatos; si bien es preciso tener muy en cuenta para el pronóstico el concepto patogénico del padecimiento.

Efectivamente, un derrame purulento puede aparecer siempre curable en el caso de infección séptica, mientras que un exudado seroso en la infección tuberculosa, suministra ya un pronóstico bien grave. La intervención operatoria es con frecuencia un medio paliativo de importancia pasajera y en otros, en cambio, como dice Thuter, el centro de gravedad de todo tratamiento, está en la oportunidad de la intervención.

La evacuacion del contenido pleurítico puede hacerse por puncion y aspiracion, por incision, y finalmente, por reseccion de costillas, constituyendo la foracentesis, pleurotonmia y Foracapslaytia, u operacion de Estlander.

Foracentesis - Indicaciones

Despues de las discusiones y trabajos á que han dado lugar las indicaciones de la foracentesis, podemos establecer las sobre bases precisas. Existen conotaciones en las que se impone la puncion aspiradora; hay otras, por el contrario, en que puede ser disuntible.

La primera y más importante indicacion la suministra la abundancia del derrame, que se torna directamente amenazador para la vida, dificultando la respiracion y la circulacion.

De aqui se deduce la necesidad de reconocer y apreciar el volumen del derrame, y á pesar de que en este



sentido traise multiplicados -
Trabajos de los prácticos, merecen particu-
lar mención los de Boudry, en los que
existe un signo fijo al sistema que
sea característico; pero si la apreciación
aislada de los síntomas revelados por la
percusión, auscultación, palpación, -
membraciones, etc. no tienen una sig-
nificación absoluta y decisiva, forzoso
es conferir que la asociación de todos
ellos tienen un valor diagnóstico de
altísima importancia. Por tanto, -
cuando en un enfermo encontramos un
estado fuertemente distendido, hinchado -
los espacios intercostales; cuando la
matidez sube hasta la espina del
omóplato y la oscuridad del sonido
reemplaza en la región clavicular
a la tonalidad elevada del sonido
strodio; cuando nuestra mano aplica
da sobre el pecho experimente una
sensación de plenitud característica;
cuando, en fin, se nota ausencia com-

plética del mormullo vesicular, y existen además heteromorfias torácicas, podemos estar persuadidos de que se trata de un derrame considerable, cuya cantidad llega de 2 a 3 litros.

Siempre que este derrame sobreviene sin fenómenos locales muy pronunciados y sin grandes síntomas de reacción, tiende a crecer rápidamente; cuando después de algunos días y después de haber sido combatida más o menos energicamente por los medios farmacológicos, sigue creciendo en altura; en estas circunstancias es necesario operar y operar con urgencia, no olvidando jamás que toda dilación es una fórmula desgraciada, según la expresión de Dieulafoy, que puede costar la vida a los enfermos, como lo demuestran la observación y la experiencia clínica.

No basta que sea considerable un derrame para nuestras decisiones operatorias, sino que es indispensable que difiende de una manera notable la



respiracion y circulacion

La disnea es uno de los síntomas más falsos de la pleuresia, y este hecho es de un interés clínico sobrado grande para que merezca toda nuestra atencion. Hay entera que, desde el principio de la pleuritis, cuando apenas existen algunos gramos de liquido depositado en la cavidad de la tiora, sienten una opresion considerable que va disminuyendo a medida que el derrame aumenta.

Hay otros en los que, por el contrario, no sobreviene la disnea hasta que el derrame es perceptible, aumentándose a medida que éste progresa. Otros, en fin, que a pesar de presentar un hidrotorax considerable, jamás han revelado la menor dificultad en la respiracion. He tenido ocasion de observar uno de estos casos en mi práctica, llamándome extraordinariamente la

atención, una mujer embarazada que a pesar de la enormidad de su derrame unilateral, no acusaba ningún trastorno respiratorio.

El eminente clínico Broussseau refiere que una nodriza vino a pie llevando un niño en brazos, desde el puente de San Estaquio hasta el Hospital de la Pitié, sin sentir una fatiga, escasez, y su derrame era tan considerable, que la toracentesis, practicada al momento, dió salida a 2.500 gramos de líquido. Andral habla de un carretero, el que guiaba sus caballos sin sentir más que una pequeña molestia, aun que su pleura contenia una respetable cantidad de exudado.

Sandauzy, Dieulafoy, Dujardin Beaumetz y otros autores, citan casos analogos.

Estas diferencias dependen en parte del estado del pulmon, sobre todo del lado sano, comprendiéndose que la congestión pulmonar aumenta proporcionalmente la disnea, y en parte



Tambien de la lentitud con que se resifica el derrame, permitiendo al individuo respirar con normalidad en virtud del hábito, con un solo pulmón, cuya función desde luego se exagera.

Si la disnea no constituye una indicación positiva, no sucede lo mismo con la desviación del corazón, que desempeña un papel capitalísimo en estas indicaciones. Bajo la influencia de los derrames, el corazón se desvía hacia el lado sano, experimentando, como ha demostrado Reynol, un movimiento de torsión alrededor de su eje. Esta heteromorfia, es una de las causas de la muerte súbita o rápida, en la pleuresía, muy digna de tenerse en cuenta, dificultando la circulación y determinando embolias o tromboris, cuyos coágulos nacen o se forman en el corazón, en

los grandes vasos ó en el mismo por
sangüina pulmonar, y producen ca-
si siempre afecciones cerebrales con-
todas sus consecuencias (apoplejía,
hemiplejía, afaña); y la astiría rá-
pida.

Tales son los casos citados por Trou-
seau; Lasegue, Paget, Smith, Blacker,
Dujardin-Beaumez, etc. Se habia
equivocado, pues, Louis al decir que
la pleuresía no era una enfermedad
grave ni causa de muerte inmedia-
ta. « Se puede morir, y morir repenti-
namente, á consecuencia de un derrame
pleurítico agudo ». (Trousseau).

La segunda indicación de la toraco-
centesis, después de la cantidad del de-
rriame, es su duración, bien porque
su crecimiento sea lento ó estaciona-
rio, bien porque la absorción sea
difícil y oponga resistencia al tra-
tamiento médico ó interno.

Mas el líquido derramado no per-



manece impune en la espina dorsal, que lo contiene, pues obra indirectamente, no solo impidiendo la respiracion, sino tambien directamente ocasionando una nueva frandacion.

Los organos dislocados se inmovilizan en sus posiciones viciadas, contrayendo intimas adherencias, el pulmon, que le impiden recobrar su sitio y desempeñar las funciones de que está encargado; en una palabra, las dos funciones más importantes de la economía, la circulacion y la hematosis, están comprometidas; y como para obtener la perfecta curacion de esta grave dolencia es condicion indispensable el contacto reciproco de las dos trofílas visceral y parietal de la serosa, es preciso que el pulmon conserve su permeabilidad y la pared costal su flexibilidad, para que este adosamiento se verifique. Con la punction, no solo se precaven estos accidentes, sino que puede acortarse la duracion de la enfermedad.

¿ En que momento se debe operar?
Siempre se halla indicada la
operación, cuando no es de temer la
reproducción del esudado; esto es, en
todos los casos en que podemos suponer
que han cesado de actuar los factores
a que debe su origen el derrame, y por
tanto, hayan desaparecido los síntomas
febriles, a no ser en casos de urgencia,
que no permiten aplazamiento algu-
no, porque la existencia del enfermo
se ve amenazada por modo muy in-
minente.

Sin embargo, el problema no es de
fácil resolución, como a primera vi-
sta parece, porque no poseemos sig-
no alguno patognomónico que nos
indique, sin vacilación, la suspen-
sion definitiva del derrame, a no ser
la falta de fiebre y el crecimiento
lento o estacionario, únicos datos en
que nos fijaremos para el éxito
de la operación.



En algunas circunstancias, la presencia de una temperatura elevada ó irregular no es índice de fenómenos inflamatorios, pero que está sostenida por la presencia del líquido en la pleura, que obra como cuerpo extraño, y la aereación proporciona un alivio inmediato. Hasta aquí hemos considerado á la pleuresia primitiva, franca, unilateral y sin complicaciones. ¿Qué modificaciones deberá sufrir el tratamiento, según las diferentes formas y variedades? 2.

La tuberculosis juega un papel importante, como hemos consignado repetidas veces, en la producción de la pleuresia, ya serosa, ya purulenta, ya hemorrágica; y á pesar de que el éxito sea paragero y paliativo, en momentos dados puede comprometer la existencia de la afección intercurrente, estando plenamente justificada

la intervencion quirúrgica, con el fin de prolongar la vida del individuo, siguiendo en esto la fórmula aconsejada por Trilat: « debe operarse siempre que predomine la lesion local, agravando el estado general; en el caso contrario, será prudente abstenerse ».

Pleurotomía ó Toracotomía En orator y oportuna local.

La presencia del pus en la pleura, resulte de una infeccion local tística ó localizada, ó se desprende por aberturas de una coleccion en la misma, constituye una de las afecciones mas graves, que, si muestra intervencion no es energética y oportuna, sobreviene la muerte de una manera general, por síncope ó asfisia y accidentes septicémicos; pocas son raras las terminaciones por resorcion, por oronía pulmonar ó por una fistula en la

-111-
pared torácica.

El estudio de los síntomas y cuerdas
cales, y sobre todo, la punci-
onadora, no pondrá de manifiesto
el diagnóstico del empiema.



¿Cuál ha de ser nuestra conducta
en estas circunstancias? ¿Debemos
contentarnos solo con la puncion
aspiradora, seguida ó no de irri-
gaciones antisépticas, ó proceder
nos desde luego á la operacion
radical, practicando la pleu-
rotomia?

Nosotros opinamos que si en ciru-
fia pudiesen sentarse princi-
pios axiomáticos, y como tales, in-
discutibles, uno de ellos seria el
siguiente: siempre que se pro-
duzca una flegmasia puru-
lenta en cualquier punto del
organismo, es absolutamente ne-
cesario darle salida, siguiendo el
antiguo precepto ubi pus, evacua,
y que por consiguiente, debem

combatirse racionalmente por la operacion radical, dando uneta salida al pus, desague, desinfeccion, esquisita limpieza de las curas, que son las reglas que informan a la cirugía contemporanea, y no problemas con venenos de la exactitud de las observaciones de Maratte, Guerin, Segroux, Gueneau de Mussy, Bourdon, Gerard, Montard-Martin, Dieulafoy, etc., que con la simple puncion y lavado consecutivo, han comprobado la reabsorcion completa del empiema.

Sin embargo, la experiencia de muestra que en los niños o enfermos muy jóvenes, la curacion es posible; pero en cambio, figuran con cifras abrumadoras, los casos en que las punciones, con el aspirador repetidas, hasta ocho y mas veces, no dieron mas que resultados negativos.



Namoz si ocuparnos de la desinfeccion en caminata, para evitar la operacion por incision, introduciendo en la cavidad pleurica sustancias antisépticas, como el agua alcoholizada, fenicada, boratada, solucion de sublimado, iodoformo en polvo, etc. etc. Pero realmente los hechos demuestran que estos lavados no tienen influencia, a pesar de impedir la accion nociva de los gérmenes atmosféricos, puesto que la formacion purulenta continua y todas sus consecuencias, hasta la estenuacion y la muerte, presentando ademá el grave inconveniente de la repeticion de punciones para evacuar el pus y practicar los lavados. Con el fin de observar estas desventajas, ha propuesto Bilase combinar la puncion hecha con pre

cauciones antisépticas, estrictas, con la aspiración permanente, introduciendo por la cámara un esteter de Helaton, que después de extraer la cámara, queda fijo con un vendaje apropiado y unido con otro tubo largo, en el cual va intercalado otro de cristal, para desaguar constantemente la secreción que se acumula.

El método de Baetz y Kasimura trata de favorecer la reabsorción del derrame, diluyendo el contenido de la pleura por medio de disoluciones antisépticas, que después de evacuado el pus se inyecta por el trocar provisto de dos tubos, hasta que salga limpio el líquido.

Análogo es el procedimiento de Senator, con la diferencia que de que no evacua todo el pus. Las cámaras permanentes, los



tubos de caoutchouc, el sifon de Potain, el drenaje y todos los procedimientos, teniendo en cuenta el inconveniente, en nuestro concepto, de que no favorecen el desprendimiento de las grandes capas membranosas, que, como sabemos, dificultan grandemente la curacion con la exposicion de la entrada del aire, que tanto temian los antiguos, desafiando los accidentes septicos, a excepcion del sifon de Potain.

Ademas, el pulmon en contacto con un exudado purulento bañado por el sefro, alteracion de textura, asi como la pleura muchas veces se esclerosa en una grande extension, y otras se destruye.

Tambien es susceptible de modificaciones, el derrame purulento; pues de loable que sera

en el principio, adquiere, en
ocasion, caracteres distintos, ya
por las condiciones del enfermo,
ya sea por la presencia de los
microorganismos del aire y de
una fermentacion putrida, no
debiendo perder de vista el esta-
do del enfermo, que se estenua
y aniquila por los progresos del
marasmo.

Por todo lo dicho se desprende que,
aunque sin la experiencia per-
sonal suficiente para justificar
opiniones tan diversas, la puncion
se halla indicada inicialmente
en los casos de muerte inminente,
o asfixia, en los niños y en los pú-
veres al principio de la enfer-
medad, y finalmente como obser-
vacion preliminar para disminuir
las condiciones de presion en los
casos de toracotomia.

En los demás casos preferiremos

la operacion por incision
 y desagüe, tan luego
 se haya establecido el drenaje
 por la geringilla de ~~la~~ ~~operacion~~,
 sin que sea una contradiccion
 el origen tuberculoso.



Si bien es cierto que la incision
 de la pleura, completada, por un
 perfecto drenaje, da excelentes resulta-
 dos en los emfisemas de los niños y
 aun en los recientes de los adultos,
 siendo suficiente la abertura
 practicada para permitir la
 libre salida del pus y depositos
 membranosos densos, por medio de
 gruesos tubos colocados en ella,
 así como la completa desinfeccion
 del foco purulento, obteniendo, por
 decirlo así, la reunion por primera
 vez intencion, no podemos negar
 que la reseccion de un trozo de co-
 stilla, á fin de obtener una ven-
 tana suficientemente ancha, per-

manente e incompresible, está perfectamente indicada, en algunos casos; procedimientos temerosos-recomendados por el Dr. Cardenal, de Barcelona.

Con efecto; cuando el pulmón ha perdido su expansibilidad por la larga existencia de la pleuritis purulenta, se encuentra no solo en el estado de atelectasia por compresion, sino tambien, en parte, en el de retraccion cicatricial, y así transcurre mucho tiempo, hasta que la supuracion se agota por completo.

Bajo tales circunstancias, el empiema solo puede curar á la manera de todo absceso voluminoso, esto es, por retraccion cicatricial y aproximacion de sus paredes. Ahora bien; mientras que en un absceso estas paredes son flexibles, el foco purulento con la pleura está rodeado por una pared toracica relativamente

rigida, y la aproximacion
se verifica con mucha dificultad.
Las costillas, se aproximan en el
sentido vertical, cabalgando, des-
lizándose las unas sobre las otras,
movimiento que es favorecido por
la escoliosis de la columna verte-
bral; por tanto, se estrechan los es-
pacios intercostales, y con ellos la
abertura destinada a la salida
del pulm. De esta suerte, la curacion
ineficaz conduce a una difi-
cultad en la evacuacion del pulm.,
y su descomposicion, arriva de nue-
vo la inflamacion. Se forma asi
un círculo vicioso; la curacion
exige la aproximacion de los espa-
cios intercostales, y esta aproximacion
detiene a su vez la marcha de
la curacion.

Los tubos son comprimidos con
este mecanismo, y no son de utilidad
alguna.



En vista de esto, se ha propuesto la reseccion de un trozo de costilla - con preferencia a la trepanacion de la misma, recomendada por Sagembeck.

Thoracoplastia u operacion de Estlander. Sus indicaciones. Si la facultad de adaptacion del Torax o distension del Pulmon es posible en una edad juveni, gracias a la blandura y falta de rigidez, de las paredes Toracicas, cuando la osificacion es completa o el empiema, es cronico, no es posible la disminucion de la cavidad existente entre la pleura parietal indispresible y el pulmon inextensibile, siendo por consiguiente sumamente dificil la curacion, a pesar de la irrigacion y drenaje antisepsicos.

De aqui el origen de la operacion de Estlander, que consiste, no ya en la reseccion de una costilla pro

puesta para los ⁸¹ casos antiguos, si
no en la de varias supuestas, de
cinco a siete centímetros de lon-
gitud, notándose en muchos ca-
sos que avanza rápidamente la
curacion, y Schede y Lagembueh
han conducido a la completa cura-
cion, fistulas empiematosas invete-
radas, estirpando con las costillas
la pleura costal engrosada, y revis-
tiendo la cavidad con la piel.

No es necesario defender en este mo-
mento a las resecciones de las cos-
tillas, ni bajo el punto de vista
de su utilidad, ni de su gravedad;
desde los hechos de Letierant y Estlan-
der, la reseccion costal, por exten-
sa que sea, sino puede conside-
rarse como un hecho inocente, por
que todo acto operatorio tiene su
gravedad, en cambio hay que
convenir que no constituye una



gravidad tal, que merezca renun-
 ciar a las ventajas, que dicha mo-
 dificacion noz pueda propor-
 cionar para el tratamiento de
 erupción crónica; Hoy las re-
 cesiones costales están plenamen-
 te justificadas, y considero pueril-
 entrar en largas disquisiciones -
 para demostrar su inocuidad re-
 lativa.

Bienicia de los procedimientos
 operatorios. Toracentesis.

La experiencia de todos los
 tiempos ha demostrado que
 despues de la puncion, tenia lu-
 gar con frecuencia una descom-
 posición putrida de las con-
 tidas de liquido que habian
 quedado en la cavidad pleu-
 ritica, líquidos que, por regla
 general, contienen albumina,
 y que, por consiguiente, son muy
 aptos para la putrefaccion, &



la que sigue inmediatamente a esta
 una inflamacion séptica puru-
 losa, haciendo responsable de estos
 atisoféricos de estos procesos y no
 es de extrañar que todos los esfuer-
 zos se hayan dirigido a modifi-
 ficar el mecanismo de los tóricares,
 a inventar y a construir instrumen-
 tos que evitaram los inconvenien-
 tes y los peligros de esa penetracion.
 En este sentido, debemos mencionar
 los tóricares de Reyhard, el aparato
 de cubeta Schuch y el tóricar de
 Ferguson. Desde que en 1869 Dieu-
 lafoy ha aplicado el método de
 aspiracion a la terapéutica de
 los derrames pleuríticos, esta uni-
 versalmente admitido en la prác-
 tica, y es uno de los progresos rea-
 lizados por la medicina mo-
 derna. Gracias a este ingenioso
 procedimiento se puede, como

de su autor, penetrar con el vacío en la mano en las cavidades más profundas, y extraer de ellas los diferentes líquidos patológicos.

Desde esta época hanse modificado y construido diferentes modelos, como el de Hammond, de Potain, de Smith (de Londres), de Remussem (de Copenhague), de Weiss (de Londres), Casteaux, Regnard, Collin, el doble aspirador de Dion Lafoy, etc., etc. Sin embargo, como el aire atmosférico, como tal, no obra ni flogógenamente, ni como provocador de la putrefacción, sino que esta acción es debida á los germenés en él existentes, no es tanos autorizados para relegar al olvido y al museo de antigüedades el trocax de Regnard;



por las indicaciones de
tes algunas veces, y no se
se tiene a mano el aparato as-
pirador, mientras que todo ané-
dico posee en su clínica bolsa de
cirujía el trocar ordinario, y
con un trozo de tripa se puede
improvisar el trocar de Reyhan,
colocando en el pabellón de la
cámara el mencionado intestino
de cerdo, de diez decímetros de lon-
gitud y perfectamente humedecido,
el cual se ata por un extremo al
pabellón, arrollando la porción
restante sobre el mango del tro-
car, se prepara además una ora-
ña con agua en el fondo, que
es el punto a donde ha de su-
mergirse el otro extremo del in-
testino después de practicada la
punción.

En el estado actual de nuestros
conocimientos quirúrgicos, creo
que podemos prescindir de ciertos
detalles e instrumentos superfluos,
siempre que la operación se practique
con todas las precauciones
asepticas, evitando de ese modo
los funestos y terribles accidentes
atribuidos por la antigua
y clásica cirugía a la pene-
tracion del aire, y que segun-
ramente han sido producidos
por el uso de trocarez sucios.
Para practicar la operación
con el aspirador, es necesario
guardar las mismas precau-
ciones asepticas que en cual-
quiera operación; esto es, se
limpiarán con cuidado y per-
manecerán algun tiempo sumer-
gidos en líquidos antisépticos.
Todo el instrumental se recon-

-97-

era ni está ni será útil; se estudiará
del perfecto funcionamiento de los
se hará el lavado de la
de la región que tiene a operer,
sin olvidar todo lo relativo al
operador, personal subalterno
y atmósfera del campo operato
rio, etc.

En los cuadros capsulados, el
sitio de la punción es determi-
nado por la región que ocu-
pa el proceso patológico. En
cambio, en los grandes derrames,
se practicará, en general, en la
pared lateral del pecho, en la
línea axilar, al nivel del quinto
al sétimo espacio intercostal.

En la parte posterior, los espa-
cios intercostales se hacen más
estrechos y están recubiertos por
gruesas capas musculares, y
constituyen un obstáculo para la
punción.

Si nos aproximamos al esternon, podemos encontrar el corazón aplicado a la pared torácica anterior en el lado izquierdo, y la puncion en este punto debia prohibirse en general, si no ocurriese con mucha frecuencia que dicho órgano se halla desviado hacia la derecha en los grandes derrames del lado izquierdo, (dextero-cardias), Chopart y Desault recomendaron utilizar los espacios intercostales más elevados, pero esto solo es aplicable a los casos en que el diafragma es deprimido por la cantidad del exudado y disloca hacia abajo el hígado o el bazo. Estos órganos están tan próximos a la pared torácica, que hay el peligro de herirlos.

En los casos en que la costilla
no sean perceptible, por estar de la
u obesidad del enfermo, también
bien aconseja practicar la puncion
a sus traveses de dedo por
debajo del ángulo inferior del omó-
plato, ó determinar por la percus-
sion el limite superior de la ma-
cider hepática ó esplénica para
hacer la puncion a 8 y 8 centime-
tros respectivamente, por encima
de dicho limite.

Otros autores aconsejan practicar
la puncion al nivel del codo in-
ferior inclinado hacia atrás, co-
locando el enfermo la mano so-
bre el esternon. Fácilmente se com-
prende cuán sujetas á error están
estas últimas indicaciones, segun
la edad y constitucion del sujeto.
Una vez reconocido bien con el
dedo el espacio intercostal, se lu-
brifica la punta del trocar con



aceite finicado, se introduce hori-
zontalmente por medio de un
golpe seco y brusco, hallándose el
enfermo en decubito supino algo
elevado, con los brazos cruzados,
por delante del pectus; porque
estando el cuerpo derecho omuñtas
veces, durante ó despues de la eva-
cuacion, se presenta la anemia
cerebral y el síncope. Cesando
la salida se interrumpe, despen-
de, ó de un coágulo de fibrina
que obstruye la cámara, ó de la
presión elástica que la pared torá-
cica ó el pulmón ejercen sobre el
esudado, dificultad que se vence
introduciendo un estilete ó man-
drin.

El segundo tiempo consiste en
la aspiracion del liquido con-
tenido, cuya evacuacion se hará
lentamente y parcial, á fin
de evitar que por la súbita aus

dificiacion de la presion arterial
 rancia se originen en los brazos
 brazos y el corazón por las
 circulatorias que, segun
 la experiencia, pueden acarrear
 la muerte instantanea.



Efectivamente; despues de la tor-
 ra enteriz los enfermos se ven aco-
 metidos de violentos accesos de tos
 y de fenomenos asfíxicos, debidos
 a la congestion y edema pul-
 monar. La expectoracion sero-
 albuminosa, descrita por algunos
 autores, especialmente franceses (Be-
 rillon, Bernier, etc.) e ingleses
 (Johnson, Duffin), no tiene
 importancia sintomatica es-
 pecial; a nuestro juicio, no es
 sino el edema pulmonar que
 se presenta al suspenderse de
 pronto la presion que actua
 ba sobre los brazos, y por esta

varon estamos de acuerdo con Leichtenstern, que atribuye este edema á las alteraciones nutritivas de las paredes vasculares, que, como ha demostrado Cohnheim, se presentan siempre que se detiene largo tiempo la corriente sanguínea. Diversos autores hacen responsable al método operatorio de la producción del edema; pero solo podemos darles razón, por cuanto que la supresión repentina y demasiado intensa de la compresión pulmonar es más fácil al hacer la aspiración forzada, que no al evacuar sencillamente el esudado por su tensión propia; pero la causa de que se produzca este accidente no es la aspiración en sí, sino la evacuación excesiva ó imprudente. Por eso hemos aconsejado no exagerarla, y

considerar á los golpes de tórax
un signo de espera que indica la
llegada de la sangre al órgano
así como paralelamente con la
tensión del pulmón.



Otra de las acusaciones que se han
hecho á la puncion aspiradora, es
la de favorecer la supuracion del de-
rrame; pero como hoy esta demostrado
hasta la evidencia que es condicion

sine quâ non, la presencia de
micro-organismos para determinar
la supuracion, se puede preguntar
¿por si el trocar y hasta todo el ins-
trumento, ó á través de los anal, es-
aspirado el liquido de la pleura,
contendra germen infeccioso que
serán una causa de infeccion, ó lo
que es lo mismo, únicamente po-
drá hacer se responsable á la
falta de precauciones antisépticas,
pero jamás al procedimiento opera-
torio.

Si despues de la operacion el resto del derrame se reabsorve con lentitud o permanece estacionario, puede favorecerse por los medios ordinarios de la terapéutica; y cuando agotados todos los recursos las reproducciones inevitables, se practica de nuevo con las mismas precauciones, y terminada que sea, aplicase sobre la herida un apósito aséptico.

El tratamiento consecutivo de los operados que se encuentran en plena convalecencia, debe ser higiénico y puede auxiliarse con los medicamentos reconstituyentes.

Ante todo, se cuidará de proporcionarles un aire puro, y se dispondrá una gimnasia respiratoria. El empleo del aparato de Waldenburg y las inhalaciones de aire comprimido son de

Bastante utilidad, y la residen-
cia en puntos montañosos de los
doz ó en las costas.



Pleurotomía ó Toracentésis

No pudiendo cloroformizar a los
enfermos que deben sufrir esta ope-
ración, contamos hoy con un medio
que nos permite hacer sin dolor to-
dos los tiempos de la pleurotomía, y
es el clorhidrato de cocaína. Dujar
din-Beaumont aconseja hacer diez
inyecciones con una solución a la
cincuentava parte de clorhidrato
de cocaína, en el espacio intercostal
correspondiente en los diez puntos
extremos de la incisión, esperando
cinco ó seis minutos para proceder
a la operación.

El sitio de elección será el mismo
que para la toracentésis, ó no
será que se trate de un empiema
necesitado, ó sea el quinto, sexto ó

sétimo espacio intercostal, y tambien próximamente entre las líneas axilar y mamilar, pudiendo trazar de antemano con tinta o lápiz demográfico la inclinacion del espacio intercostal.

Las precauciones asistenciales han de ser rigurosamente observadas, y se incidirá a la piel, los músculos exteriores del tórax, los intercostales, y finalmente la pleura, en una extension de 8 a 8 centímetros.

Al llegar a la pleura, es necesario proceder con precaucion, a fin de que la salida del líquido no se verifique con demasiada rapididad, cuyas consecuencias de jamos apuntadas al hablar de la toracentesis. Por esta razon, la prudencia aconseja practicar antes la puncion en los espacios grandes y recientes para dar salida a una parte del mismo y solo entoncez procederemos a la

incision.

-64-



Los dos estoz de talley son ~~para~~
sarios cuando se trata de ~~pequeñas~~
mas cantidades librez o capfula
das, de un piotorax que se haya
abierto espontaneamente por la
pared toracica; ni son pertinen-
tes a los derrames de larga fecha,
que han hecho desaparecer la elec-
ticidad de la caja osea, y la
expansibilidad pulmonar; pues
en tales casos, aun despues de una
amplia incision, el exudado
fluye lentamente.

Es de suma importancia hacer la
incision lo mas amplia posi-
ble, para que el pus tenga li-
bre salida y pueda introdu-
cirse con comodidad un dedo
en la cavidad pleural, para
desprender y extraer los depósi-
tos membranosos que se oponen

a la curacion, porque con esta
manobra, propuesta moderna-
mente por Höeving, resultan mu-
cho más favorable las condicio-
nes para el restablecimiento-
rápido y completo.

Una vez vaciada la cavidad,
se hace un lavado perfecto con
una solución de ácido bórico,
de sublimado, de cloruro de zinc, etc.,
hasta que salga el liquido
completamente claro y limpio.

Además del tratamiento antisep-
tico sensu strictissimo de la primi-
tiva cura de Lister, merece una
gran confianza, a nuestro juicio,
el tratamiento iodoformico en la
toracotomía, preconizado con
gran entusiasmo por Rosen-
bach en estos últimos tiempos.

Por medio del iodoformo, podemos
llenar la condicion general
del tratamiento del empiema, esto
es, la curacion sin descomposicion

-69-
de las secreciones de la membrana
y con la mayor limitación posible de ésta.

En todos los casos en que por circunstancias exteriores sea difícil la cura antiséptica típica estricta, y estos casos son muy comunes en la práctica privada, y en aquellos en que no puede combatirse un esudado sanioso, a pesar de las irrigaciones repetidas varias veces al día, es indispensable el empleo del iodoformo, porque detiene con extraordinaria rapididad la descomposición, e impide directamente la putrefacción.

Las dosis y los intervalos con que debe aplicarse este medio, dependen de las circunstancias individuales del caso: siempre, que no existan complicaciones y se trate de pleuresías purulentas típicas, bastan 2 ó 3 gramos en los tres ó cuatro



Primeros días, disminuyéndolo la cantidad y aplicándola después con intervalos de varios días al cambiar de vendaje.

Este medicamento debe insuflarse directamente en la cavidad de la pleura, o introducirse por medio de un tubo de desagüe, untado de vaselina y espolvoreado después con iodoformo, con lo cual llega el fobro hasta las partes más distantes de la cavidad. También puede espolvorearse el iodoformo en los tubos de desagüe, sujetos, como sabemos, con un fiador, aplicando encima una capa de algodón delgado e impregnada de vaselina, otra capa de papel engomado y una venda.

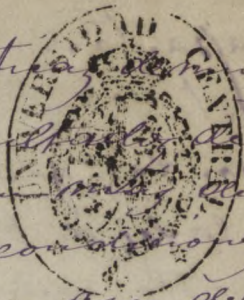
Rosembach sostiene que nunca ha observado síntomas de intoxicación o consecuencia de la reabsorción del iodoformo, máxime cuando se cuida de que el fobro tenga libre salida fuera de la cavidad pleurítica, y sobre todo, empleándola o la

los, indicada ^{N.º 1.}

Sin embargo, las estadísticas demuestran que los buenos resultados de la pleurotomía dependen más de la oportunidad y de las condiciones individuales del enfermo, que del agente antiseptico empleado.

Muchos aconsejan para el desagüe el introducir varios tubos oblicuos horizontalmente, formando una especie de planta de Pan, construido por Galante; pero podemos valer nos de un tubo o dos largos y gruesos para las necesidades del momento, y aun del mismo tubo de Faucher, usado frecuentemente en su clínica por el Dr. Huertas, mediante el cual se obtiene no solo el paso del pus, concreto, de los depositos y pseudomembranas que haya en el fondo, sino que luego al lavar con esterilizado, haremos una toilette perfecta de la cavidad de la pleura.

Finalmente, se aplica una cura aséptica completa, si es posible sistema Verber, cuyos detalles me



apartarían del objeto principal de
 esta memoria, siendo suficiente re-
 cordar que preconiza las tres varie-
 dades de turba antiseptica que el
 Dr. Cardenal propone, sustituir oenta
 posamente por la lenora o lana de
 madera. El apósito no se renova-
 rá mientras no aparezca man-
 chada la superficie del mismo
 y sobre todo, mientras el termomé-
 tro aplicado diariamente, maña-
 na y tarde, no pase de la tem-
 peratura normal, es decir, mien-
 tras no exista ninguna señal
 de inflamación local ni infección
 general procedente de la herida.
 Solo en casos de urgente necesidad
 se harán unos lavados de la
 pleura.

Al razonar las indicaciones de
 la pleurotómia, vemos manifesta-
 do que existen circunstancias mo-
 dificadoras de la técnica operatoria,
 considerando algunos cirujanos in-
 dispensable la extirpación o resección
 de un fragmento del costillo para tra-
 cer prácticamente útil y seguro el

lavado y un ⁷³perfecto desmenuado
Pueden; la técnica de la operación
es sumamente sencilla. Después de
desinfectada la región, se practica
una incisión de cinco a siete
centímetros sobre la costilla indica-
da, que comprenda hasta el
periostio inclusive. Se separa sin
con un par de ganchos agudos los
bordes de la herida, y por medio de
un raspatorium de Allier, se desmenua
dentro el periostio a ambos lados de la
línea de incisión, en una extensión
de tres a cuatro centímetros; se limi-
taran los extremos de la incisión perio-
stica por otras dos verticales H, y se sepa-
ra de la cara interna de la costilla
hasta deudarse por completo el hueso.
Una vez diseccionado el periostio, se
secciona el fragmento de costilla
con la sierra de cadena o con
una ciruela fuertemente encorva-
da en una de sus ramas; se extrae
con una pinza ósea; se lava per-
fectamente toda la herida, y se in-
cinde el periostio de la cara profun-



don de la costilla punto con la pleura
o el adherente, en una extension bastante
o permitir el paso de los tubos de drenaje.
De este modo puede hacerse la
completa desinfeccion en la forma
referida, aplicando despues la cura
dresistica definitiva.

Los resultados de este procedimiento
son excelentes, y ya antes emitido
nuestra opinion sobre ella.

La estadística de Montard-Martin
pone de manifiesto los brillantes re-
sultados que por la intervencion qui-
rúrgica puede obtenerse en el empi-
ema, cuya enfermedad, abandonada
o si misma, es casi siempre fatal-
mente mortal.

De otras operaciones practicadas por
Montard-Martin obtuvieron su cura
ciones, figurando entre los casos de
graciales de tórax y
grietas tuberculosas, pero muy gra-
cias a los procedimientos anti-
sépticos, pueden y debien ser más
satisfactorios los resultados.

Toracoplastia



El procedimiento de Estlander con el empujamiento cronico, cuya prioridad parece pertenecer a Letourant, de Lyon, tiene solo como hecho fundamental la reseccion de las costillas, y por objeto favorecer la retraccion de un foco de supuracion de paredes rigidizadas, nasciendo tufrir a los arcos costales, una perdida de sustancia para que puedan hundirse en la cavidad toracica y se pueda poner en contacto la pleura visceral y la parietal.

En el procedimiento imaginado por Mat. Schede, se cree que dividiendo la pleura en toda la altura de la perdida de sustancia de las costillas, se obtiene con mayor seguridad el objeto final, que es la obliteracion del foco de la pleura, y solo en este

último caso es cuando la pleura y los vasos son forzosamente interesados.

La técnica de la operación se reduce, procediendo siempre con rigorismo aseptico, a desprender las partes blandas por medio del escalpelo, y resecar 4, 6 ó más centímetros del cuerpo de las tres, cuatro ó seis costillas más salientes. La separación de las partes blandas podrá hacerse formando un gran colgajo semilunar cuya convexidad mire hacia delante ó adentro, y también de manera que se in- vierta hacia arriba.

Excididas las costillas con la sierra de cadena ó con la cirilla, se li- gan los vasos, se raspa con la cu- charilla de Volkman la superficie interna de la pleura, si se halla cubierta de vegetaciones de mal ca- rácter, y se suturan las abertu- ras que resultan innecesarias, de

44
puedo tomar solo las medidas
blez al drenaje. Se practica
un lavado antiséptico que
se de toda la cavidad, se res-
orrea con iodoformo, y se aplica
un vendaje antiséptico que
ejera una regular compres-
sion y favorezca de ese modo
el adosamiento de las dos seroras.
Si la retraccion y el endureci-
miento pulmonar son epagere-
los, no hay inconveniente en su-
turar directamente el colgajo for-
mado por las partes blandas y la
pleura parietal a la pleura pul-
monar, el pulmon esclerosado
y retraido tiene tan poco de
tejido pulmonar, que no debe de
extrañar la posibilidad de suturar
sobre su revestimiento seroso la
parietal. Algunos autores reco-
miendan cauterizar directa-
mente la superficie de la pleura
pulmonar, sin el menor accidente.
Los resultados suelen ser analogos



al de la evacuacion de otro cualquiera absceso cronico, disminucion gradual o rapida de l'ida respiracion, segun el grado de saneamiento que se obtiene, adosamiento reciproco de l'as paredes por la aproximacion de las costillas reccionada, y evolucion definitiva del foco purulento.

En el tercer Congreso frances de Cirujia celebrado en Marzo de 1888, en una de cuyas sesiones se ocuparon del tratamiento de las supuraciones cronicas de la pleura, el Dr. J. Boscqes dijo habia practicado doce veces la operacion de Stlander, nueve veces con exito, y tres veces muriendo los operados, dos de las cuales eran tuberculosos, y uno cardiaco y albuminico, de donde se deduce que la abstencion debe ser la regla en esta enfermedad.



De los otros nueve operados, curado de una manera definitiva, uno temporal y dos inconspicuamente quedando en ellos una fistula.

El Dr. Berger estudia la conducta que se debe seguir en los individuos debilitados por larga sujecion y ya de edad. En estos casos propone: 1.º Evitar absolutamente tocar las ultimas costillas, novena y decima, para no perturbar la accion de los agentes necesarios de la respiracion, apenas suficiente para desempenar sus funciones. 2.º Hacer operaciones sucesivas resecaudo en una sesion pocas costillas, y aguardando que, gracias a la desinfeccion del foco y a su disminucion, se pueda recurrir a nuevas resecciones.

El Dr. Bouilly ha hecho tres veces la operacion de Estlander, obteniendo ocho curaciones definitivas, dos con fistula y tres muertos.

El Dr. Ollier opina, que en el adulto la excision de las costillas puede y debe ser extensa, si se quiere el que de resultado; en el niño las grandes resecciones son peligrosas, baxtando en ellos una ventana, estrecha, puesto que puede detener el desarrollo de los arcos costales, sobre todo si la operacion interesa la extremidad anterior de las costillas, pues éstas crecen por dicha extremidad.

He concluido lo relativo a la intervencion quirurgica en los derrames pleuríticos, no traumáticos, y que son más frecuentes en la práctica, y con ellos el trabajo que me habia propuesto; pero antes de darlo por terminado, procuraré resumirlo en las siguientes

Conclusiones



1.^a La doctrina parantemática hecho una verdadera revolución en la terapéutica quirúrgica de los procesos de la pleura, ensanchando su esfera de acción, mediante la asepsia y la antisepsia.

2.^a La pleuritis es muy frecuente en la práctica, presentándose en todas las edades, casi siempre de una manera consecutiva.

3.^a Los derrames pueden ser sero-fibrinosos, hemorrágicos, purulentos ó saniosos.

4.^a Bajo el punto de vista etiológico, está universalmente confirmada por la experimentación y la práctica corriente de la cirugía, la intervención de agentes infecciosos específicos (estafilococos y estreptococos) en la inflamación supurativa.

5.^a Las punciones explorado-
ras practicadas con rigurosas
precauciones antisépticas, son
completamente inofensivas e
indispensables para establecer cier-
tos diagnósticos y determinar
la naturaleza de los derrames,
asi como la presencia de micro-
organismos.

6.^a El tratamiento médico rari-
simas veces produce la curacion,
solo en la pleuritis serosa primar-
ia, en sujetos jóvenes de excelente
constitucion, al principio de la
enfermedad y cuando el derrame
es moderado.

7.^a Los exudados serosos recla-
man en general la toracentesis,
el empiema agudo la pleurotomia
por incision con o sin reseccion de
costilla; el empiema crónico la

toracoplastia - 83 -



8.ª La toracentesis está indicada:

1.º En el estado de desarrollo, que se torna directamente amenazador para la vida, dificultando la respiración y la circulación.

2.º En el estado de crecimiento lento ó estacionario que oponga resistencia al tratamiento interno.

En el primer caso se debe operar a pesar de la fiebre, y en el segundo al cesar los factores de la inflamación.

3.º No es obstáculo para la formación de las variedades; siguiendo la fórmula de Horrelaff debe operarse siempre que predomine la lesión local, agravando el estado general. en el caso contrario, será prudente abstenerse.»

10.^a En el empiema solo se halla indicada en los casos de asfixia y muerte inminente, en los niños y jóvenes al principio del padecimiento, y como operacion preliminar de la toracotomía.

11.^a La toracotomía está indicada en el empiema agudo, siendo indispensable en algunas ocasiones para obtener una amplia abertura que permita el drenaje y desinfección, la resección de un fragmento de costilla.

12. La toracoplastia debe reservarse para los empiemas crónicos.

13. La generalidad de las punciones de la cavidad pleurítica se practicarán en la pared lateral del pecho, en la línea axilar ó

89
algo por delante de la amputación,
eligiendo del quinto al séptimo
espacio intercostal.



14. Se observarán cuidadosamente las reglas antisépticas en la punción, si se quiere evitar la supuración y putrefacción de la cavidad pleurítica.

Con estas precauciones, y a falta de aparato aspirador, se hará la operación con un trocar ordinario, dando salida lentamente a la colección de la pleura, a fin de evitar que por la súbita modificación de la presión intratorácica sobrevenga una perturbación circulatoria que produzca la asfixia, el síncope y hasta la muerte.

15. La transformación purulenta

del derrame seroso debe atribuirse a la presencia de micro-organismos que han penetrado con el aire, o por haber hecho uso de trociscos húmedos.

16. Para asegurar el éxito operativo, consideramos necesario en absoluto seguir las reglas detalladas de la asepsia y antisepsia. He dicho.

Domingo Mangas
Mateos

Madrid 22 Diciembre de 1900.

Vista

Revela

Leído.

M. Man. Sainde

Admisible

Callego

Admisible

A. Jimeno

Respecto al ejercicio del Grado
de Doctor y fue declarado
aprobado por mayoria

Madrid 22 de Mayo 1847

Antonio Collin Analista Jefe

Francisco Tomás Barrios

Alcalde

Antonio
Jefe de Botica

34-1

~~Dr. Biblora~~

~~Dr. Simão~~

31-24-nº 14 Dr. Gineiro

nº = 1548

oc 2428
(1548)