

## NOTA.

El tiempo que ha trascurrido desde la presentacion de esta memoria hasta el de su publicacion, me ha permitido dar cuenta con el resultado de los enfermos cuyas observaciones quedaron pendientes, y es como sigue :

Al de la observacion décimaquinta, habiéndose confirmado la existencia de un empiema, se le hizo la puncion directa, se le estrajeron dos kilógramos de pus, se le dejó colocado el tubo de goma elástica, y hoy se encuentra sano.

El de la décimacuarta, que siguió asistiendo el Sr. Ortega, está ya bueno.

El de la novena, salió del hospital todavía con el tubo, se fué á Tlalpam donde lo siguió asistiendo el Sr. Oñate, y este señor me ha dicho que el enfermo despues de haber sanado de la operacion, murió de una neumonía en el vértice del pulmon opuesto.

El de la décimasesta, murió.

Ademas, en los meses que han pasado de Agosto á la fecha he operado otros tres, de los cuales uno tenia una afeccion orgánica antigua del corazon, y todos están hoy enteramente sanos, con la particularidad de que uno á quien á los seis dias de herido se le estrajeron cuatro kilógramos de sangre, curó á los veintiocho dias.

JOSE MARIA BARSELÓ DE VILLAGRAN.

---

## PATOLOGÍA.

---

### TRES OBSERVACIONES DE HIDRO-THORAX.

#### PRIMERA OBSERVACION.

J. Romero, soldado, robusto, como de 30 años de edad, entró al hospital de San Pablo el 17 de Febrero de 1858. Dias antes, segun el conmemorativo que recogí, habia padecido una pleuresía simple sub-aguda, la cual se habia curado caseramente con un plan emoliente ; pero, viendo que no se restablecia completamente, pidió su baja para el hospital, donde presentó á su entrada los síntomas siguientes : palidez, movimiento febril ligero, calosfríos

por las tardes, sudores nocturnos y dolor poco intenso en el costado izquierdo del pecho: á la percusion de éste se notaba un sonido macizo que se extendia de abajo á arriba hasta la altura de la axila correspondiente: por la auscultacion no se pudo percibir la respiracion en toda la estension de la macicez, escepto á lo largo de la gotera vertebral: el corazon estaba dislocado hácia la derecha, y se sentia el choque de su punta muy cerca de la tetilla de este lado: la medicion hizo notar un aumento de volúmen de poco mas de una pulgada en favor del costado enfermo, y el paciente no podia reposar del lado opuesto. Con estos síntomas tuve suficiente para diagnosticar una pleuresía sub-aguda terminada por derrame.

Emprendí curar á este enfermo con vejigatorios volantes poniéndole hasta cuatro sucesivamente en la region enferma y otro que se dejó supurar; ministré los diuréticos y los purgantes, pero viendo que todos los síntomas permanecian en el mismo grado, practiqué como á los quince dias la thoracentésis por el método subcutáneo, estrayendo así siete cuartillos de serosidad enteramente limpia y de color citrino.

Al siguiente dia reconocí el pecho y observé que el derrame se habia reproducido, subiendo hasta la altura de la octava costilla en direccion á la axila, y que permanecia respirando el pulmon hasta su parte inferior á lo largo de la gotera vertebral. Aguardé quince dias, usando del método ordinario; pero viendo que los síntomas seguian en el mismo grado, repetí la thoracentésis, sacando en esta vez un solo cuartillo de líquido (que fué lo que pudo salir) enteramente igual al de la puncion anterior. Entonces hice una inyeccion compuesta de dos onzas de agua comun, veinte granos de ioduro de potasio y dos dracmas de tintura de iodo, dejando salir dicha inyeccion despues de algunos minutos. El enfermo no resintió dolor ni tuvo accidente ninguno por la inyeccion.

Esperé otros quince dias y, como el derrame se hubiese reproducido, repetí la puncion, que dió otro cuartillo de serosidad limpia, y tambien la inyeccion, pero mas concentrada: se componia ésta (fórmula de Windsor) de treinta y ocho dracmas de agua, dos dracmas de ioduro de potasio, una onza de alcohol y una dragma de iodo metálico. Se dejó la inyeccion adentro por cinco minutos, haciendo inclinar al enfermo de todos lados para que bañase todo lo posible la pleura y despues se le permitió salir. En esta vez como en la anterior no vino iodismo, ni accidente ninguno de parte de la pleura

Al tercer dia de la operacion volví á reconocer al enfermo y observé la macicez circunscrita hácia arriba por una horizontal que pasaria sobre el arco de la octava costilla; hácia adelante, por una perpendicular que bajaria del borde anterior de la axila, y hácia atras por otra línea que, paralela á la anterior, bajaria como á cuatro pulgadas afuera de la série de las apófisis

espinosas dorsales; por abajo el límite era el borde costal del thorax. En toda esta área faltaba la respiracion. El enfermo hizo notar que desde el día de la última inyeccion habian cesado los sudores nocturnos, cuyo síntoma existia constantemente desde su entrada al hospital; pero permanecia la calentura lenta y la diferencia de volúmen entre los dos lados del pecho, que era todavía de una pulgada.

De aquí en adelante el enfermo comenzó poco á poco á mejorar, hasta el 26 de Abril, en que volviendo á tomar apuntes sobre el estado de salud que guardaba, se anotó que los calosfríos, la calentura, los sudores nocturnos, la tos y la disnea habian desaparecido; que podia acostarse de todos lados, que la medicion daba un resultado igual de los dos lados del pecho, que el corazon habia vuelto á su lugar y que el sonido macizo y la falta de respiracion permanecian en el mismo estado que á los tres dias de practicada la última puncion.

Día 8 de Mayo. El enfermo ha robustecido y vuelto al color de una buena salud; ningun síntoma racional de derrame en el pecho; auscultado éste se presenta como el 26 del pasado.

Día 15 de Mayo. No hay síntoma racional ni otro cualquier general de hidro-thorax; volúmen igual de los dos lados del pecho; la percusion da un sonido macizo debajo de una línea horizontal que partiendo de la estremidad esterna del cartilago de la tercera costilla, seguiria cuatro dedos abajo de la axila, luego dos dedos arriba del ángulo inferior del omoplato y terminaria en el borde esterno de la gotera vertebral; la auscultacion no descubre respiracion en toda la parte sacuada abajo de esta línea: aquí la vibracion del pecho cuando habla el enfermo es nula y se oye la egofonía debajo de la axila. Dos dias despues, J. Romero salió del hospital con toda la apariencia de buena salud. <sup>1</sup>

*Reflexiones.*—Lo que voy á decir, aunque sea trivial para los médicos prácticos, como envuelve ideas de tanto interes, creo no estará de mas el recordarlas.

1.<sup>a</sup> La pleuresía sub-aguda simple es comun en México, y lo es igualmente, que por descuido en curarla ó por poca actividad en el método curativo, quiero decir, por la falta del método antiflogistico, y sobre todo de los vejigatorios, pase aquella al estado crónico, dando por resultado ordinario un hidro-thorax.

En apoyo de esta idea viene la observacion anterior, la de un pariente mio, que tuvo la bondad de operar el Sr. D. Miguel Jimenez; la de una señora embarazada, que vió conmigo dicho señor; la de otra, que operé en compa-

<sup>1</sup> Los Sres. Villagran y Poza observaron conmigo á este enfermo y me ayudaron á operarlo. El último señor me hizo el favor de recoger los apuntes con que he formado esta historia.

ña del Sr. D. Lázaro Ortega y del Sr. Villagran; la de una niña de doce años, que ví y fué puncionada por los Sres. Villagran y D. Miguel Jimenez; la de un enfermo, en quien el Sr. Arámburo hizo la thoracentésis, y fué ayudado por mí; la de otro del hospital de San Pablo, en quien hice, despues de la puncion, una inyeccion iodada, y sanó; la de otro, en quien hice dos punciones sucesivas sin inyeccion iodada, y tambien sanó, y las de algunos más, cuyos pormenores ya no recuerdo. Deseo que no se entienda que excluyo á la pleuresía tuberculosa como causa frecuente de hidro-thorax.

2ª Los derrames de pecho que produce la pleuresía crónica simple, frecuentemente son de pura serosidad, sin mezcla de pus, no obstante que vayan acompañados de calosfríos diarios, calentura lenta y sudores nocturnos; quiero decir, que estos síntomas absolutamente no indican que el derrame sea purulento. En prueba de este aserto vienen todas las observaciones arriba referidas, y particularmente la del enfermo operado por el Sr. Arámburo, en cuya serosidad, dejándola reposar, decantándola despues con mucho cuidado y poniendo á un microscopio, que aumenta 360 diámetros, el depósito formado, no encontré ni un solo glóbulo de pus.

3ª El enquistamiento de los derrames serosos del pecho, creo ser un modo de curacion de las pleuresías crónicas simples; quiero decir, que la serosidad enquistada, por las adherencias que se forman entre las pleuras, puede permanecer inofensiva, cuando no es en mucha cantidad, desapareciendo en consecuencia todos los síntomas alarmantes y volviendo al enfermo la robustez y toda la apariencia de buena salud, no obstante que la auscultacion y la percusion están demostrando la persistencia del derrame. Así ha sucedido con el enfermo, cuya historia acabo de referir, con el otro que operó el Sr. Arámburo, con aquella señora embarazada que vió conmigo el Sr. Jimenez, la cual sanó con revulsivos en pocos dias, no obstante de que cuatro meses despues que tuve oportunidad de observarla de nuevo, conservaba todos los signos estetoscópicos y de percusion que presentó al principio de su hidro-thorax. Estaba de buen color, habia robustecido, nada le dolia, comia bien, andaba lejos, se acostaba de todos lados y solamente tenia de tarde en tarde una calenturita pasajera, precedida de calosfrío y se quejaba de sudar mucho á toda hora, pero particularmente en las noches. Algunos meses despues murió de hepatitis, terminada por supuracion.

Conservaba tambien su derrame enquistado otro enfermo de hidro-thorax que operé en el hospital, el cual salió muy mejorado, pero con síntomas de hepetatis ligera. A los pocos dias volvió dicho enfermo con un absceso de hígado, abierto por los bronquios. Por fin, otra persona, cuya historia no puedo divulgar, tambien conservó, despues de dos años, su derrame enquistado, sin los síntomas racionales de la pleuresía que habia padecido, escepto un dolor en el lugar que ocupaba el quiste.

No ignoro que se atribuye la persistencia de los signos de auscultacion y de percusion, despues de la desaparicion de los síntomas racionales, á las alteraciones padecidas por la pleura y á la carnificacion del pulmon; pero esto no lo puedo comprender, mientras el volúmen del lado enfermo del pecho permanezca igual al del lado opuesto. Cuando llega la retraccion del costado hasta la depresion y deformacion considerable del pecho, entonces ya entiendo fácilmente que la falta de respiracion y el sonido macizo vengan de las causas antes dichas. No obstante que he observado una persona que, habiendo padecido dos años antes un hidro-thorax, tenia una depresion considerable del lado izquierdo, abatimiento del hombro correspondiente, y una incurvacion muy notable de la columna vertebral hácia la derecha: pues bien, auscultando y percutiendo dicho lado izquierdo en toda la region deprimida, daba un sonido claro y la respiracion era casi pueril.

¿Pues cómo sucede que si se hace la puncion en un enfermo de los que yo creo tener un derrame enquistado, ó sale muy poco ó no sale nada de líquido? La esplicacion me parece encontrarse en las fuertes adherencias que, cuando el derrame es antiguo, envuelven al pulmon, las cuales no lo dejan distenderse por el aire para empujar de dentro afuera el líquido existente. Esto es tan cierto, que algunas veces ha sucedido hacer la thoracentésis, no sacar nada, y luego á la autopsia encontrar un derrame abundante y fuertes adherencias que aprisionaban el pulmon. Con quiste ó sin quiste, siempre es verdad que, si el pulmon ligado por adherencias á la pleura no puede distenderse en el momento de la inspiracion, el líquido no saldrá del todo, ó solo una pequeña parte á la hora de la operacion. El Sr. Villagran, en su Memoria sobre el hidro-hemato-thorax, ha referido observaciones semejantes, que han pasado á mi vista y que comprueban mi aserto. Huyendo de no sacar el derrame, ó de sacarlo incompletamente, sigo la regla, en los que son abundantes, de practicar la thoracentésis lo mas pronto posible.

4<sup>a</sup> Las inyecciones iodadas, hechas despues de la thoracentésis, favorecen la curacion radical del hidro-thorax, y de esto tengo varias observaciones que no creo necesario referir.

#### SEGUNDA OBSERVACION.

Fuí llamado, el 30 de Abril de 1862, por una señora, como de cuarenta años de edad, que padecia un hidro-thorax del lado izquierdo, á consecuencia de una pleuresía crónica que le habia atacado como tres meses antes; la disnea que padecia era considerable, y no se podia acostar sobre ningun lado, de modo que pasaba las noches sentada y sin dormir. Mirando yo su grave-

dad, determiné para el día siguiente la puncion del pecho, que practiqué en compañía de los Sres. Villagran y D. Lázaro Ortega, por el método subcutáneo. Como á los dos cuartillos de líquido que habian salido, comenzó á precipitarse el aire en el pecho, y se necesitó, para llegar hasta cinco cuartillos y medio, hacer toser á la enferma y ejecutar otros diversos esfuerzos moderados. Cuando perdimos la esperanza de estraer más, practicamos una inyeccion tibia de agua destilada, seis onzas; tintura de iodo, una onza; ioduro de potasio, cuatro escrúpulos; y la enferma, que hasta este momento no habia sentido otro dolor mas que el ordinario de la puncion, comenzó desde el primer chorro á quejarse atrozmente de un dolor con ardor en todo el lado correspondiente del pecho, diciendo que le oprimian el corazon. No obstante la agitacion de la enferma, continuamos la inyeccion hasta acabarla, y luego la estrajimos inmediatamente hasta donde nos fué posible; porque siempre en casos semejantes queda algo de la inyeccion.

Esperábamos que el dolor se calmara poco á poco, y aun presagiábamos por dicho dolor que el derrame curaria radicalmente; pero no fué así, al contrario, el dolor siguió adelante, y una pleuresía sobreaguda, con violenta calentura, se desarrolló en el mismo dia. A las 48 horas el derrame se habia repuesto acaso en totalidad, y con él volvió la disnea aun mayor que antes; por cuyos motivos ordené un vejigatorio, que la paciente no quiso aplicarse, y cambió de médico: despues supe que cuatro ó cinco dias mas tarde habia muerto.

*Reflexiones.*— 1<sup>a</sup> Nunca debe hacerse la thoracentésis, en los derrames serosos, sin la ayuda de la tripa preparada, porque el aire que se introduce constantemente, viniendo á llenar el lugar que ocupaba la serosidad, altera la que sigue secretándose, y produce ó cambia la pleuresía, que llamaré serosa en pleuresía purulenta.

2<sup>a</sup> No es fácil decidir si la pleuresía sobreaguda vino en esta enferma de la puncion simplemente ó de la inyeccion: más adelante referiré una historia que favorece le primera suposicion. En cuanto á la inyeccion iodada, la he practido varias veces con el mejor éxito en derrames serosos del pecho, habiéndome sucedido algunas no poder sacar toda la cantidad inyectada. Con este motivo recuerdo un enfermo operado por el Sr. Villagran, en quien la inyeccion que hicimos se quedó completamente dentro del pecho, sin haber ocasionado iodismo ni otro accidente, sino que antes bien, lo sanó en poco tiempo.

#### TERCERA OBSERVACION.

El 15 de Abril de 1862 entró al hospital de San Pablo un adulto, con hidropesía hasta de la cara; la ascitis era poco considerable, pero en el lado

derecho del pecho habia un hidro-thorax muy abundante, que le causaba una gran disnea: habia tos con esputos mucosos limpios, el pulso era pequeño, no habia albumina en la orina; no fué posible explorar el corazon; el hígado y el vaso parecian en su volúmen ordinario. El enfermo referia que como seis meses antes habia padecido intermitentes y que despues comenzó á infiltrarse; no fué posible averiguar si habia padecido alguna pleuresía. Por la urgencia del caso, se determinó inmediatamente la thoracentésis que se hizo subcutánea y con una tñpa preparada, atada á la cánula, para evitar la introduccion del aire. Cuando habia salido alguna cantidad de líquido, comenzó á quejarse el enfermo de un dolor muy violento entre la clavícula y la tetilla correspondiente. El líquido perfectamente trasparente y ligeramente citrino, llegaba á nueve cuartillos, habiendo quedado la cavidad del pecho completamente vacia, como se comprobó despues por la percusion y auscultacion.

Dia 16. Encontré al operado con alta calentura, desarrollo y aceleracion del pulso, el dolor igualmente fuerte y molesto que la víspera y la tos aumentada. Juzgando por lo dicho el desarrollo de una pleuresía, se aplicó un vejigatorio grande al punto del dolor.

Dia 17. El dolor casi habia desaparecido, el derrame se habia reproducido en parte, pero la respiracion no estaba tan embarazada como el dia anterior: la calentura alta y el pulso violento.

Dia 18. El derrame era mas abundante, la disnea mas notable; nada de dolor; la calentura sigue alta y el pulso acelerado.

Dia 19. La disnea era considerable; el pulso tan frecuente como el dia anterior.

Dia 20. Se piensa en la paracentésis del vientre para dar algun descanso al enfermo; pero queriendo consultar con otros médicos del establecimiento se creyó no ser tarde el hacerla al dia siguiente; entretanto se le purgó abundantemente.

Dia 21. El enfermo amaneció muerto.

Hasta las cuarenta y ocho horas de la muerte no pudo hacerse la inspeccion cadavérica; pero estaba tan avanzada la putrefaccion, que apenas pudo averiguarse que habia natas purulentas gruesas sobre la pleura del lado del derrame: los pulmones, el hígado y otras vísceras estaban reducidos á papilla y no se pudo ver si padecian alguna enfermedad.

*Reflexion.* No tengo otra que hacer sino que no hay operacion, por pequeña ó ligera que sea, que no haya causado alguna vez un profundo desconsuelo al cirujano y la muerte del enfermo.