

GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIÓDICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle primera de San Ramon número 4, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la "Gaceta Médica."

La suscripcion es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

La pleuresía purulenta. Extracto y juicio crítico de la tesis del Dr. Damaschino, por el Sr. D. Eduardo Liceaga.

CLÍNICA MÉDICA.

LA PLEURESÍA PURULENTE.

[CONCLUYE.]

III.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Para poder esponer con la exactitud necesaria las ideas del autor sobre la anatomía patológica, he creído indispensable copiar un fragmento de su memoria.

«La pleuresía purulenta, sea aguda ó crónica, generalizada ó parcial, presenta siempre las mismas alteraciones de tejido; lo único que cambia es el *procesus* con las condiciones patogénicas. Así es que nos parece racional estudiar el *procesus* de las diversas neo-formaciones que caracterizan la pleuresía, antes de entrar en el estudio detallado de las lesiones de esta enfermedad.

«Tomemos por tipo de nuestra descripcion un caso simple, observado frecuentemente, el de una pleuresía aguda con derrame de serosidad fibrinosa en la pleura: el líquido, que ha podido ser claro, citrino al principio, toma un ligero tinte turbio, debido á la presencia de cierto número de leucócitos, como lo demuestra el examen microscópico. ¿Cuál es el origen de éstos? Rindfleisch, que ha estu-

diado con cuidado el procesus inflamatorio de las membranas serosas, parece haber demostrado que se forma al principio cierto número de celdillas indiferentes, por formacion endógena, á espensas del epitilium que prolifera: al cabo de cierto tiempo se agota el procesus, continúa la multiplicacion de los núcleos en el interior de las celdillas recientes, sin desgarradura de la envoltura, y así se forman los primeros leucócitos.

«Pero este procesus dura poco: el tejido celular de la pleura irritado prolifera á su vez, y á sus espensas se forman en lo sucesivo esas cantidades innumerables de leucócitos que encierra el líquido de una pleuresía francamente purulenta.

«La irritacion del tejido conjuntivo de la serosa no dá siempre lugar, desde el principio, á la formacion del pus; mas comunmente la proliferacion celular produce en la superficie de la serosa, despojada de su epitalioma, neo-membranas, tanto mas blandas cuanto mas recientes son, y en las cuales no tardan en desarrollarse los vasos: éste es el procesus ordinario de la pleuresía aguda. Si en estas nuevas condiciones no se hace un trabajo regresivo; en una palabra, si la pleuresía pasa al estado crónico, las neo-membranas se organizan y forman un tejido nuevo sobrepuesto á la pleura y capaz de inflamarse á su vez bajo la influencia de diversas causas. En tanto que las partes profundas sufren la trasformacion celulosa, las superficiales producen nuevas capas y numerosos leucócitos, unos de los cuales quedan aprisionados en las mallas del tejido reciente, y otros libres nadando en el líquido exudado.

«Es fácil ahora darse cuenta de la formacion de membranas piogénicas en el interior de la pleura que pueden llegar á ser una fuente inagotable de leucócitos, sobre todo en los casos en que el pus sale al exterior de cualquiera manera. Se comprende, por otra parte, que á medida que las capas profundas se organizan y sufren la trasformacion fibrosa, los vasos disminuyan, y la exudacion se modifique en una proporcion análoga. Entonces todo se limita á un enquistamiento del líquido purulento por la falsa membrana, que se hace mas y mas fibrosa y pierde sus calidades piogénicas.

«En otros casos se producen celdillas de pus, no solamente en la superficie libre, sino aun en el interior del tejido de la membrana pleural: ésta se enturbia, se reblandece y determina pérdidas de sustancia irregulares: estas pérdidas, como veremos bien pronto, desempeñan un papel importante en la produccion de las fistulas.

«En fin, en ciertos casos, la exudacion puede reabsorverse en su parte serosa, tanto como en sus partes fibrosa y purulenta, despues de haber sufrido la metamorfosis regresiva.

«Tal es el procesus anatómico mas ordinario de la pleuresía purulenta. Las cosas no pasan del mismo modo en esos derrames sero-purulentos tan considerables

que se producen con espantosa rapidez en ciertas condiciones patológicas, como la influencia puerperal, por ejemplo. En estos casos se ha encontrado la pleura frecuentemente sana, y sin embargo, algunas horas bastan para que la cavidad pleural se llene de leucócitos. En este caso no pueden provenir de la proliferación del tejido celular. ¿Qué procesos se invocará para explicar su formación? ¿Vienen de la proliferación del epitelium como dice Virchow? ¿se forman espontáneamente en el líquido, como lo asegura el profesor Robin? ¿o se debe pensar con Cohnheim que son los glóbulos blancos de la sangre que han atravesado la pared de los capilares? Esta última hipótesis, muy seductora, no está fundada aun en suficientes observaciones para ser colocada entre las verdades científicas: en cuanto á la segunda, es desechada por la mayor parte de los autores. Nos sería preciso adoptar la opinion de Virchow, si no fuera mas prudente, en el estado actual de las cosas, confesar que nos encontramos en presencia de un punto indeciso, sobre el cual es imposible decidirse.

«Acabamos de explicar el proceso de la pleuresía purulenta sin hacer intervenir los depósitos fibrinosos, cuya aglomeración se creía en otro tiempo que constituía las capas pseudo-membranosas que cubren la pleura inflamada. En la época en que el análisis de la sangre, hecho con mas cuidado, fijó la atención sobre algunos de sus principios constituyentes, y principalmente sobre la fibrina, se quiso encontrar en este elemento fibrinoso el punto de partida de la inflamación, y tambien uno de los elementos mas esenciales de los productos flegmáticos. Esta doctrina, que reina aun parcialmente en Francia, ha sido atacada en Alemania al hacer desempeñar un papel capital á los mismos elementos anatómicos. Es preciso decirlo: las investigaciones histológicas han dado en gran parte la razón á los anatómo-patologistas alemanes, á cuyas conclusiones nos adherimos con tanto mas gusto, cuanto que las hemos podido confirmar por el estudio de muchos hechos de flegmasias de las membranas serosas. Es posible que en ciertas circunstancias, y durante la vida, se formen depósitos fibrinosos en la pleura; pero el hecho es de una importancia secundaria, y no puede entrar en cuenta cuando se trata de explicar la patogenia de los productos inflamatorios, si está dominada por la actividad celular.» (1)

He querido dar á conocer estos detalles, porque nos dan la confirmación de aseveraciones que se han presentado en el curso de nuestra discusión, cuando alguno de nosotros ha querido buscar el mecanismo con que se hace la supuración de la pleura.

Después de esta exposición, entra el autor á estudiar: 1º las alteraciones de la pleura y las falsas membranas; 2º el derrame pleurítico; 3º el estado de los órga-

(1) Damaschino, cap. II, pág. 38 y siguientes.

nos vecinos, pulmon, pared torácica, etc.; 4º las variedades de sitio de la pleuresía purulenta, las terminaciones, las fístulas, etc.

Al hablar del estado de la pleura en el cadáver, consigna el autor las nociones clásicas y nos da la explicación de ciertas fístulas pleuro-bronquicas formadas por la ulceración y destrucción de la membrana serosa.

Al tratar de las falsas membranas, además de indicar el modo de formación que acabo de copiar, confirma la idea que aquí tenemos: de que esas *neo-membranas* se encuentran mas frecuentemente del lado del pulmon; que forman ordinariamente un gran quiste, y que se encuentran en todos los grados de transformación de que hablan los autores. Hace un estudio detenido de los caracteres del pus cuando no ha estado en comunicación con el aire; su color, su consistencia, su frecuente mal olor, su composición, etc., y dice que cuando la penetración del aire exterior se ha verificado, el pus cambia de caracteres; pero no dice en qué consiste ese cambio, como seria de desear para la aclaración de un punto de nuestro estudio. Vacila respecto de la existencia del neumotórax espontáneo, y lo atribuye, si existe, á la descomposición del líquido, pero nunca á la exhalación de la pleura. No menciona el hecho observado por el Sr. Jimenez, de que un derrame purulento sea sustituido por un líquido seroso.

Cuando se ocupa del estado del pulmon menciona una noción importante, si se confirma posteriormente, y es: que cuando el pulmon está replegado hácia arriba, hácia la columna vertebral y el mediastino, se conserva aun dilatado; dice, sin embargo, que esa situación del órgano es rara.

Menciona, como poco frecuente, la repulsión hácia arriba y adelante; como excepcional, el caso de que esté comprimido entre el quiste pleural y el diafragma, y como mas comun el caso de estar replegado á la canaladura vertebral.

Refiere la impermeabilidad del pulmon á la antigüedad del derrame, que permite á las falsas membranas desarrollarse y retenerlo en su posición anormal; pero no menciona los otros estados de que nos ha hablado el Sr. Jimenez, en los cuales el pulmon queda inutilizado.

No habla mas que de dos estados patológicos que puede presentar el pulmon: la tuberculosis y la neumonia; del primero dice, refiriéndose á la tesis de Attimont, que es un estado que no se presenta tan frecuentemente como se ha creído, supuesto que en ciento treinta casos ha habido ochenta curaciones definitivas, y entre los que sucumbieron solamente nueve presentaron tubérculos, y en veinte no se encontró esta alteración.

De la neumonia, dice que solamente se encuentra en los niños. No se ocupa de los derrames que tan felizmente ha designado el Sr. Jimenez con el nombre de *derrames de necesidad*. Sobre alteración de las costillas, atrofia de los músculos in-

tercostales y abscesos de vecindad, no añade una palabra de lo que se sabía anteriormente.

En la autopsia, dice, raras veces se han encontrado huellas de la reabsorción del pus, pero sí cicatrización del quiste (después de la evacuación del derrame), por formación de bridas celulares que se organizan mas y mas. Como terminación mas frecuente señala la perforación.

Los detalles curiosos relativos a la fístula pulmonar, me obligan a copiar aquí las siguientes líneas de la memoria de Damaschino.

«Perforación.—En vez de reabsorberse el líquido puede abrirse paso al exterior.

«La evacuación por los bronquios puede hacerse de dos maneras: ó por desgastamiento, ulceración de las falsas membranas y de la pleura del exterior al interior, ó bien del interior al exterior por el reblandecimiento de un tubérculo ó de un núcleo de neumonía concomitante.

«Sausser, comparando las perforaciones que sobrevienen en el curso de la tisis con las que complican la pleuresía purulenta, ha visto que en setenta y ocho casos de tisis, cincuenta y uno la perforación estaba en el lado izquierdo y veintisiete veces en el derecho. En veintitres casos de pleuresía, veintiuna veces la fístula se encontraba en el pulmón derecho y dos solamente en el izquierdo. Mr. Louis ha demostrado que el sitio habitual de la perforación tuberculosa estaba en el vértice, mientras que el de las perforaciones consecutivas a la pleuresía está situado mas abajo.

El trayecto tiene una dirección variable: la oblicuidad del canal tiene una grande importancia, bajo el punto de vista de la penetración del aire, que será tanto menos fácil cuanto mas tortuoso sea el trayecto. Mr. Paccot cita casos de vómicas purulentas sin penetración del aire en la cavidad, lo que era debido a esta disposición.» (Loc. cit., pág. 56.)

Las perforaciones de la pared torácica son estudiadas solamente en su frecuencia relativa, su situación, su número y su modo de formarse del exterior al interior, ó viceversa.

Cita casos de perforación del diafragma, del mediastino y de la región lómbar, como terminaciones escepcionales.

IV.

SÍNTOMAS.

Los síntomas de la pleuresía son considerados aisladamente en el principio de la enfermedad, en el período de estado y en la terminación.

Establece el autor en los síntomas del principio la distinción entre las pleuresías latentes y las comunes, enumera entre las primeras, las que siendo agudas ó

crónicas, no se acompañan de trastornos funcionales, y aquellas en que el derrame seroso se convierte insensiblemente en purulento; le dá importancia al dolor de costado, pero sobre todo á los signos físicos, como característicos del principio de la afección.

En los síntomas que refiere al período de estado, se propone buscar los que sean propios del derrame de pus esclusivamente, y como tales, no le dá importancia á la *apariciencia lisa del costado* (fenómeno indicado por Marsh), ni á la parálisis de los músculos intercostales y del diafragma señalada por Stokes; admite como de interés la presencia de un *tumor fluctuante*, aunque es fenómeno que sobreviene en época avanzada; el *edema de la pared torácica*, que no tiene valor absoluto, puede adquirirlo en ciertas circunstancias.

No encuentra motivos suficientes para admitir que el *ruído de gárgara*, el *se-plo anórico* y la *broncofonía* se reputen como signos de derrame purulento, segun quieren ciertos autores.

Por esto se ve, que los signos locales de los derrames, por sí mismos, no tienen importancia como signos de empiema.

Damaschino funda el diagnóstico de la purulencia en dos órdenes de hechos: «1º, la gravedad de los fenómenos generales; 2º, las circunstancias etiológicas y la marcha de la enfermedad.» A los síntomas generales clásicos añade con mucha reserva el observado por Ziemssen, el aumento de la temperatura hasta 39°, ó 64.0°. 2.

En las pleuresías que sobrevienen en el estado puerperal, después de la escarlatina en los niños, después de las afecciones tíficas, en las enfermedades que han debilitado profundamente la constitucion, atacando la nutrición, conviene en admitir la purulencia.

Antes de hablar de la marcha de la enfermedad diré, que la opinion de Pidoux, sobre «que las *pleuresías latentes* se acompañan de derrame seroso,» tiene demasiadas escepciones para poder admitirse. Mayor valor tiene la antigüedad del derrame, por haberse visto que los que resisten mas á la medicacion y los que duran mas, son los purulentos. Para concluir lo relativo á los síntomas del período de estado, citaré el resumen que de ellos hace el autor de la memoria.

«En resumen: el análisis de los síntomas solamente puede hacernos sospechar la presencia del pus en una coleccion líquida de la pleura. Los signos locales de todo derrame á los cuales vengán á unirse en un período avanzado de la evolucion el edema de la pared torácica, la persistencia del derrame sin modificacion debido al tratamiento, la coexistencia de fenómenos generales graves, de la fiebre hética, etc., son las únicas indicaciones en que se puede fundar el diagnóstico. Por insuficientes que sean pueden, en ciertos casos, dar grandes presunciones en favor de la naturaleza del líquido derramado, sobre todo si se tienen en cuenta

las circunstancias en medio de las cuales se ha desarrollado la enfermedad, y las condiciones individuales del enfermo. «Recordemos, para terminar, que en los casos dudosos en que se supone la existencia de un empiema, se ha practicado con éxito la punción por medio de un trocar explorador» (Loc. cit., pág. 77.)

Los síntomas de la terminación los refiere el autor á la evacuación del pus, á su enquistamiento, ó á su reabsorción. La evacuación puede hacerse por los bronquios, por el torax ó por el diafragma. La evacuación por los bronquios sería menos frecuente que la de la pared torácica, y se hace de dos maneras: ó por una abertura pequeña, por expectación, ó por una abertura amplia por vómica. El signo que se ha dado como característico de la primera es el olor aliacco y fétido del pus, pero no es constante; el de la segunda es la gran cantidad de supuración espulsada. Se refieren casos de curación despues de una vómica, pero son raros: se refieren otros despues de la perforación pequeña, pero lo común es que los enfermos sucumban por la fiebre héctica.

Al hablar de la evacuación del pus por la pared torácica, el autor estudia la formación del tumor y su situación, que ha encontrado en casi todos los espacios intercostales, pero principalmente entre el quinto y el sétimo: menciona los *tumores pulsátiles*, cuyos caracteres indica; refiere el modo con que se forma la fistula torácica; la circunstancia de que puede cerrarse y abrirse alternativamente; su persistencia hasta la curación ó la muerte; la producción del neumotorax; el hecho de que aparezca la fistula torácica á pesar de existir la brónquica, y viceversa. Por último, indica la evacuación del derrame en el vientre á través de una fistula diafragmática.

V.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico de la afección, como se acaba de ver, lo hace el autor al apreciar el valor de los signos y síntomas propios de la pleuresía purulenta, pero entra en importantes detalles al establecer el diagnóstico diferencial. La enfermedad con la cual se ha confundido más frecuentemente el pitorax, es la tuberculización del pulmón. El autor prueba que en la mayor parte de los casos la distinción es posible, pero que en otros es sumamente difícil, sobre todo en los niños, en quienes faltan los conmemorativos, la expectoración, y en los que la marcha de la enfermedad es variable; en que los signos físicos no tienen el mismo valor que en el adulto: en esos casos recomienda estudiar la marcha de la enfermedad y ser muy reservado.

Establece también, aunque con caracteres muy vagos, la distinción entre el empyema y las hidátides del pulmon y las de la pleura. Indica la confusión posible de un derrame circunscrito con una neumonía, con tumores sólidos del pulmon, de la pleura y del mediastino; pero recuerda la importancia que tiene, para distinguirlos, la existencia ó la falta de las vibraciones torácicas.

Los signos físicos con que distingue la pleuresía purulenta de una afección del hígado son de tan poco valor, que él mismo los desecha, y concluye así:

«En resumen: no hay síntoma único que pueda en todos los casos diferenciar el empyema de una afección del hígado. Los signos físicos que dan mas presunciones en favor del empyema, son, en general, la existencia de una matites que suba muy alto, y sobre todo, la presencia, en algunos puntos, de la egofonía y del soplo brónquico. Pero el diagnóstico debe establecerse, de preferencia, si no exclusivamente, por el estudio de las circunstancias en medio de las cuales ha aparecido la afección y por su marcha.» (Loc. cit., pág. 197.)

Analiza los abscesos de la pared del torax, con los cuales se pudiera confundir la pleuresía purulenta, y encuentra, que si no es fácil la distinción en los que son agudos, lo es menos en los *abscesos frios, sintomáticos de la caries de las costillas*; cuando están al exterior de éstas; pero cuando son *intra-costales*, cuando han despegado la pleura en una grande extensión, no queda mas recurso, para establecer las diferencias, que buscar la marcha de la enfermedad; investigar si ha habido un dolor fijo y circunscrito, y ayudarse con todas las otras circunstancias etiológicas y la exploración directa, en caso de estar ya abierto el absceso. Aun en estas circunstancias seria difícil establecer el diagnóstico, como lo prueban las observaciones mencionadas por Damaschino, de pleuresias purulentas tomadas por abscesos frios, y de abscesos frios tomados por empyemas. Cuando los abscesos son sub-mamarios las dificultades pueden aumentarse, y entonces se haria indispensable reconocer si la coleccion purulenta comunicaba ó no con la cavidad del pecho.

Hay en la memoria que voy analizando, un punto interesante por referirse al caso de pleuresía purulenta que nos refirió hace pocas noches el Sr. Jimenez, y del cual hemos sido testigos el Sr. Ortega (D. Francisco) y yo: es el diagnóstico diferencial entre el pyotorax, cuando se acompaña de tumores pulsátiles, y las afecciones del corazon y de los vasos arteriales.

Consigna el autor observaciones de Stokes, Mac-Donnell, Heyfelder, Cruveillier, etc., con el nombre de empyema pulsátil, y ademas de todos los signos de un derrame, dá como caracteres para distinguirlos, la falta de todos los de un aneurisma, las variaciones que se hacen sufrir al tumor, en sus dimensiones, obligando al enfermo á ejecutar grandes movimientos respiratorios.

La situación de esos tumores puede ser tal que la distinción sea muy difícil,

como en un caso de Stokes, en el cual un tumor de mediastino posterior se abrió paso por entre los primeros espacios intercostales del lado izquierdo, presentando, ademas, pulsaciones que se podian atribuir al corazon ó á los vasos que nacen de él. Todavía mas oscuros pueden ser aquellos en que el tumor no es aparente, y hace sin embargo levantar las paredes del pecho á cada movimiento del corazon. Aquí, como en los casos anteriores, establece el diagnóstico por la falta de los otros signos de enfermedades del corazon y de los vasos, y por la presencia de todos los caracteres de los derrames, incluso los fenómenos generales de hecticismo.

El autor de la memoria consagra un párrafo especial al diagnóstico de las complicaciones, como son: la fiebre héctica con su cortejo de síntomas, la irrupcion del pus por diversos puntos y el neumo-torax. Se fija de preferencia en el estudio de esta última complicacion por la oscuridad que puede presentar alguna vez para su diagnóstico. Cita casos de neumo-torax sin signos físicos, y signos de esta afeccion sin que exista fístula pulmonar, y establece con Chomel, como signo patognomónico, *las vómicas purulentas que sobrevienen súbitamente*.

VI.

PRONÓSTICO.

El autor establece el pronóstico grave de la pleuresía purulenta, fundándose en dos consideraciones distintas: 1ª La importancia de los órganos afectados, de los que les rodean, y de los fenómenos generales que acompañan á esta enfermedad. 2ª La esperiencia fundada en el análisis de los hechos. Respecto de esta segunda, tomada bajo el punto de vista de la estadística, hace una importante observacion: que en las estadísticas del empyema se refieren los autores, mas que á la enfermedad, á los resultados de la toracentesis, y que en ésta el número de las curaciones es tan crecido, que resultaria el pronóstico relativamente benigno.

La esplicacion de este gran número de curaciones lo encuentra, en que en todas aquellas enfermedades en que la terminacion favorable es escepcional, no se publican mas que las curaciones, y se dejan en olvido los reveses. Esta observacion es aplicable al pronóstico de la mayor parte de las operaciones quirúrgicas, y es muy digno de tenerlo en consideracion al valuar la gravedad de una operacion por el resultado de las estadísticas.

Entrando en el detalle de las circunstancias que modifican el pronóstico, indica como favorables, la infancia y la pleuresía primitiva en individuo sano y robusto; como desfavorables, la afeccion secundaria y el estado tuberculoso. En ésta hace una distincion: si la pleuresía sobreviene como fenómeno último, en es-

to está su gravedad; si viene en el principio de la afección tuberculosa, no la agrava.

La pleuresía secundaria de la escarlatina es grave, y puede serlo aun mas si la enfermedad primitiva ha tenido carácter infeccioso.

Segun una estadística del autor de la memoria, en veinticinco casos de curacion habria habido diez y ocho casos de derrame en el lado izquierdo y siete en el derecho; pero como hay opiniones contrarias, no resuelve la cuestion. La abundancia del derrame tendria importancia por sí misma, por la compresion que puede ejercer en el corazon y aun en el pulmon del otro lado.

La modificacion que se haga al pronóstico atendiendo al estado del pulmon y de la pleura, es un punto de tal importancia para nuestro estudio, que transcribo aquí las palabras del autor, sin comentarlas, así como el resumen que él mismo hace del pronóstico.

«Seria interesante poder conocer *el estado de la pleura y del pulmon*, sobre todo bajo el punto de vista del resultado que se puede esperar de la operacion. El pronóstico debe variar segun que el derrame está enquistado ó no lo está, y segun el volúmen de la bolsa purulenta. El estado del pulmon tambien tiene importancia: si aun está permeable al aire, se puede esperar la cicatrizacion de la aproximacion de las dos hojas de la pleura, haya ó no salido el pus al exterior. Algunas veces será posible reconocer el estado del pulmon, porque el murmullo vesicular se percibe aun en cierta estension, ó cuando en los dias que siguen á la puncion se reconoce, por la rapidez con que el ruido respiratorio es oido de nuevo, que aquél órgano es aun dilatable. Bajo este punto de vista, la antigüedad de un derrame adquiere valor en el pronóstico de la pleuresía purulenta: *mientras mas antigua es la enfermedad, menos se puede esperar que el pulmon recobre sus funciones: se sabe, sin embargo, que no es esta una condicion indispensable para la curacion.*

«La duracion de la enfermedad debe ser considerada igualmente en sus relaciones con los síntomas generales. Un derrame de pus en la pleura, que haya durado algunas semanas en un enfermo enflaquecido hasta el marasmo, agotado por una diarrea rebelde, debe terminar casi inevitablemente por la muerte. El pronóstico se fundará en la intensidad mas ó menos grande de estos síntomas.

«En estas circunstancias, la única esperanza está en la salida del pus: importa saber cuál de las dos aberturas que se pueden formar es mas ventajosa, si la de la pared torácica ó la de los bronquios. La primera es mas ventajosa. Oulmont ha encontrado once curaciones en catorce casos de abertura espontánea por esa via.....

La evacuacion por los bronquis no seria tan favorable, porque la vómica raras veces contribuye á la curacion.....

«En resumen, y para reunir en algunas palabras todos los datos precedentes, el pronóstico de la pleuresía purulenta es de los mas serios: grave, sobre todo, en un individuo que no es joven, cuya constitucion está agotada por una enfermedad anterior, ó por una diátesis (pleuresía secundaria); cuando ha resistido por largo tiempo á todos los tratamientos empleados y se acompaña de enflaquecimiento considerable, aniquilamiento profundo, fiebre hética, etc., y que ningun síntoma hace esperar la evacuacion espontánea del pus. (La puncion del torax modificará este pronóstico.) Por el contrario, será permitido esperar una terminacion feliz, cuando el derrame purulento succeda á una pleuresía aguda primitiva en un individuo vigoroso, joven, sobre todo en un niño; cuando se acompañe de síntomas generales de intensidad mediana; en fin, cuando el pulmon quede en parte permeable y se dilate aun despues de una abertura espontánea ó artificial del torax.» (Loc. cit., pág. 114.)

VII.

TRATAMIENTO.

Encabeza Damaschino su artículo sobre tratamiento, con las palabras con que Hipócrates describe el diagnóstico del empyema y la operacion que evacua el pus. Hace con esta esposicion su profesion de fé sobre el tratamiento de la pleuresía purulenta, y despues de haber demostrado la inutilidad del tratamiento interno y de los revulsivos, aconseja que se imite el procedimiento de la naturaleza, que dá salida al pus dejando abierta la herida; pero recomienda al mismo tiempo sostener las fuerzas del enfermo. Como el diagnóstico del pyotorax es oscuro, quiere que se adquiriera certidumbre por los signos de pyogenie ó por la puncion exploradora.

Despues procura precisar la época de la enfermedad; durante la cual se debe practicar la operacion, y establece que en las pleuresías agudas es preciso esperar el momento de la remision; que en las de marcha crónica, la oportunidad la indican los fenómenos de asfixia ó los de colicacion, y establece, segun Bartels, el precepto (que para nosotros es discutible) de operar urgentemente cuando hay neumo-torax.

No mira como contraindicacion para abrir el pecho, mas que el caso en que la pleuresía venga como fenómeno último en un estado infeccioso grave de la economía; discute la cuestion de la paracentesis en los tuberculosos, y la resuelve por la afirmativa. Discute igualmente la oportunidad de la operacion en el caso de vómica, y se decide por dar una nueva salida al pus.

Quiere que, sobre todo, se tengan en cuenta las circunstancias del enfermo, y

dá el precepto formal de operar *«tan pronto como la purulencia está bien formada.»* Quiere que se opere pronto, porque la tardanza se puede llevar las esperanzas de salvacion. Cita en apoyo de su opinion dos hechos, en los cuales la puncion hecha *in extremis* ha dado un resultado desgraciado, y otros dos en que la toracentesis practicada al principio salvó á los enfermos.

Una vez decidida la evacuacion del pus, discute el lugar en que debe hacerse la puncion, y despues de mencionar todos los que los cirujanos han elegido, concluye con que se haga *«en el punto mas declive, donde la evacuacion sea mas fácil.»* Esto cuando la eleccion es libre, si no, deberá seguirse el precepto hipocrático.

Estudia la cuestion de si se debe dar salida á todo el pus de la coleccion, ó si se le debe permitir la evacuacion gradual para hacer que el pulmon se desenvuelva lentamente. Contesta, haciendo la juiciosa observacion de que si el pulmon está retenido por falsas membranas no se dilatará sacando todo el líquido, y mucho menos gradualmente.

Reconociendo que las diferencias que existen en la práctica de la toracentesis dependen del diferente juicio que los autores han formado sobre la influencia del aire, analiza esta influencia; recuerda que en los primeros tiempos no se conocia mas operacion que la hipocrática, y que los resultados no eran del todo desfavorables; que cuando se supo que los derrames serosos curaban con la operacion, porque no entraba el aire, era preciso aplicar este procedimiento al empyema: piensa que si en el curso de una pleuresía aguda la entrada del aire relega el pulmon á la canaladura vertebral, irrita la pleura y corrompe el pus: en una pleuresía purulenta en que la pleura está cubierta de falsas membranas que realmente impiden el contacto del aire con aquella, no tiene este el mismo peligro.

En cuanto á la putrefaccion, hay que advertir una cosa: que ni en todos los derrames, aun cuando estén en contacto con el aire, el pus se hace fétido, y que se presenta alterado en otros, en los cuales evidentemente no ha habido ese contacto.

Hay mas: cita los hechos de Rosen, en los cuales las inyecciones de aire han dado treinta curaciones, y ademas, todos los medios inventados para evitar la entrada de este fluido, hasta el de Pirry.

Cree que la verdad está entre estos extremos, y se espresa así:

«La verdad está entre estas opiniones extremas. No es el aire, lo repito, es su falta de renovacion y su retencion las que determinan los accidentes, y estos son siempre menores que los causados por la existencia del pus. Subsiste íntegra la grande indicacion de dar salida amplia y rápidamente á la coleccion purulenta. No se puede resumir mejor esta discusion, que citando las juiciosas palabras de Mr. Gosselin: «Pensar demasiado en la introduccion del aire, es ale-

jar á los prácticos de una operacion que ofrece menos peligros que la enfermedad para la cual es el único recurso.» (Loc. cit., pág. 139.)

En paralelo con los temores que inspiraba á algunos cirujanos el síncope sobrevenido á consecuencia de la evacuacion del líquido, pinta la calma, el bienestar y el descanso en que entran los operados despues de la puncion.

Una vez hecha la operacion, ¿se debe cerrar ó dejar abierta la herida? La oclusion de la herida está fundada en los hechos de curacion (observados por muchos prácticos que cita Damaschino) despues de una sola puncion; pero al lado de esos casos, pone los mas frecuentes en que el pus se reproduce al cabo de un tiempo mas ó menos corto, y que necesitan una nueva puncion. Conviene en que las punciones por sí mismas no tienen gravedad, porque se han podido hacer hasta veintidos y veinticuatro sin inconveniente, pero reprocha la manera poco metódica con que se les hace: se espera, dice, á que la reproduccion del líquido venga á poner á la pleura en las mismas condiciones en que se encontraba al hacer la primera puncion; se obliga al enfermo á que haga á costa de sus fuerzas el gasto de muchas evacuaciones sucesivas de pus, sin que la pleura haya ganado nada, ó mas bien sin explotar la tendencia natural á la adherencia de las hojas de la pleura, y por consiguiente á la curacion.

Quiere, segun eso, las punciones mas frecuentes; pero insiste, sobre todo, en que despues de numerosas punciones los cirujanos recurran al establecimiento de la cánula permanente. Desecha la objecion de que la entrada del aire pone obstáculo á la ampliacion del pulmon, diciendo que si el pulmon y la pleura estuvieran sanos sucederia así; pero que estando el pulmon retenido por falsas membranas y por el derrame, aquellas y éste son los que se oponen á su expansion.

No le basta dejar abierto ese vasto foco de supuracion y favorecer la salida del pus: se propone agotar el escurrimiento incesante, y aconseja con tal objeto las inyecciones.

Hace la historia de este método terapéutico; elogia las inyecciones iodadas, sin ocultar sus inconvenientes; reúne en dos grupos todas las sustancias empleadas, las antipútridas y las que modifican la secrecion; las enumera, y dá una parte, en el resultado que con ellas se obtiene, á la operacion mecánica de lavar el foco.

Entra, por último, á juzgar del valor de los procedimientos operatorios, y los divide en dos métodos: en uno se abre el pecho por una puncion simple; y todos los esfuerzos del cirujano tienden á evitar el contacto del aire con la pleura; es la *toracentesis*: en el otro el torax se abre ampliamente y no se toma ninguna precaucion para impedir la entrada del aire. Este método comprende dos procedimientos: uno el *empyema*, en el cual se abre el pecho por medio de una incision amplia; el otro la *canalizacion* (drainage), en el cual se favorece la salida del pus por orificios que se mantienen abiertos.

No hace el estudio de la toracentesis; pero sí elogia los resultados que con ella se obtienen en los derrames serosos, y prefiere el procedimiento de Reybard. Reconoce el adelanto que ha realizado este procedimiento, sustituyendo una puncion inofensiva á una operacion grave. Fundándose en la dificultad de distinguir un derrame seroso de uno purulento, recomienda espresamente hacer siempre la primera puncion por el procedimiento de Reybard, sobre todo cuando se suponga que la pleura no ha sufrido alteraciones, cuando el enfermo sea jóven y cuando el pulmon puede recobrar sus funciones. Quiere aún que se practique la toracentesis, si el derrame se ha reproducido despues de la primera puncion; si se reprodujere una segunda vez, prefiere el establecimiento de una cánula permanente.

Hace la apreciacion de las ventajas é inconvenientes del empyema. Ya dijimos lo que piensa de la introduccion del aire. Rechaza la objecion que se funda en la depresion de la pared torácica, atribuida á la operacion, por no depender de ésta sino de la misma enfermedad: no teme tampoco el peligro de las grandes incisiones. Enumera entre sus ventajas la salida fácil del pus, la facilidad de lavar y modificar el foco, y apoya la práctica de esta operacion en observaciones superficialmente referidas y tomadas de muchos cirujanos, en las cuales se obtuvo la curacion: no olvida, sin embargo, los casos desgraciados.

Desecha la trepanacion costal elogiada por Sedillot, y concluye asentando, que el empyema es una operacion que debe practicarse mas frecuentemente, aunque no esté exenta de peligros.

Estudia despues la canalizacion quirúrgica aplicada por Chassaignac á la curacion del empyema. Segun el autor, este medio permite la evacuacion sucesiva del pus, la introduccion de líquidos que laven y modifiquen el foco, y produce menos traumatismo. Ejecuta el procedimiento practicando una doble puncion en un solo espacio intercostal, á poca distancia una de otra.

Menciona, pero sin esponerlas, varias observaciones de Chassaignac y de otros autores, en las cuales el éxito ha sido completo.

Queriendo dar á conocer los resultados de estas diversas operaciones, computa las estadísticas y no las encuentra comparables, porque carecen de detalles: menciona, sin embargo, la de Bowditch, que practicó ciento cincuenta operaciones en setenta y cinco operados. En estos hubo veintiseis derrames serosos con veintiuna curaciones; seis, primero serosos y luego purulentos, con cuatro muertos y dos perdidos de vista (en via de curacion); veinticuatro derrames purulentos con diez y siete muertos, de los cuales, siete sucumbieron poco despues de la operacion y diez mas tarde. Cita veintiuno de Trousseau: once con pleuresía franca y simple, curados; dos con piotorax, muertos; ocho con pleuresía crónica, de los cuales dos han curado completamente, uno incompletamente, uno murió de afeccion intercurrente, y los otros cuatro por los progresos de la tisis.

Refiriéndose á la tesis de Guinier, dice, que la toracentesis es mas favorable en los niños que en los adultos.

Para terminar este análisis de la tesis de Damaschino, copiaré el pasaje con que concluye su memoria. «Si nos fuera preciso presentar una conclusion, he aquí lo que diríamos: En un caso de pleuresía reciente, sobre todo en el niño, cuyo pulmon tiene mas tendencia á recobrar su volúmen normal, y en quien la deformacion torácica consecutiva es menos temible, la toracentesis con todas las precauciones necesarias para evitar la entrada del aire está tanto mas bien indicada, cuanto que constituye un medio para reconocer la naturaleza del líquido encerrado en la pleura. Con esta operacion se deja al enfermo la probabilidad de una curacion rápida, supuesto que hay hechos que demuestren que una sola puncion ha bastado para conseguirla. En el caso mas comun, aquel en que el líquido se reproduce, siempre será tiempo de hacer una nueva puncion, dejando una cánula permanente, ó empleando uno de los dos procedimientos siguientes: empyema ó canalizacion quirúrgica. Ya no se tendrá que temer la entrada del aire, porque se conoce la naturaleza del líquido. Al contrario, en los casos de pleuresía crónica en los cuales el estado anatómico de las pleuras y del pulmon no dejan la esperanza de una curacion rápida, se necesita esforzarse en determinar la aplicacion de las paredes opuestas de la pleura que circunscriben el derrame. Para llegar á este fin, son necesarias una evacuacion fácil del pus y la posibilidad de modificar la serosa por medio de inyecciones. Aquí no nos inquietaremos ya por la entrada del aire á la cavidad pleural, sino que recurriremos á uno de los dos métodos que corresponden mejor al efecto deseado: y como de estos dos métodos el mas inofensivo es el drainage, á él apelaremos de preferencia. En fin, en los casos desesperados, cuando este medio fracase, siempre será tiempo de reunir los dos orificios por medio de una incision; es decir, practicar la operacion del empyema.»

CONCLUSION.

Como habreis podido notar, he procurado entresacar de la tesis de Mr. Damaschino lo que contiene de mas notable acerca de la pleuresía purulenta. El minucioso análisis de este trabajo reciente, que apenas cuenta un año y meses de publicado, ha sido por mi parte muy intencional, pues buscaba en él, si no todas, al menos algunas de las ideas que en México han vulgarizado varios de nuestros profesores, muy especialmente el Sr. Jiménez (D. Miguel), quien, en nuestra ya prolongada cuanto interesante discusion sobre este punto, ha emitido opiniones propias que no se encuentran en las obras de los clásicos europeos mas afamados, apoyadas en hechos recogidos con minucioso cuidado, y apreciadas conforme á los rigurosos preceptos de la mas juiciosa crítica.

Como á mí, nada os habrá sorprendido de lo que Mr. Damaschino ha publicado en su tesis sobre la pleuresía purulenta. En todo rigor, es el resumen de las opiniones de los autores europeos, que ya conocíamos: nada es del caudal propio del autor; ni hay una sola idea que le sea peculiar, ni aborda siquiera las importantes cuestiones que la Sociedad familiar de Medicina se ha propuesto dilucidar.

¿Cuál debe ser la conducta del médico delante de un enfermo que tenga un derrame de pus dentro de la cavidad del pecho, cuando el pulmon está inutilizado, ora sea porque se haya alterado su estructura, ora porque las adherencias que hubiere contraído se opongan á esa dilatación?

¿En tales casos deberá practicarse la operación que dá salida al pus?

Esta cuestion, que nuestra Sociedad ha resuelto por la negativa, *excepto solo cuando la asfixia sea inminente*, no ha sido planteada todavía por los médicos de Ultramar. Ella, sin embargo, tiene una importancia innegable, porque coloca al práctico entre dos extremos á cual mas terrible: ó cambia el estado de simple hec-tisismo en el de septicismo, ó cruzándose de brazos delante del enfermo lo deja morir. ¡Disyuntiva fatal! La sustitucion del primer término, cuyos resultados deplorables están confirmados por numerosos hechos, pugna con la conciencia del facultativo: la adopción del otro, pugna con los sentimientos de humanidad. La resolucion es urgente; puesto que los hechos que la tocan no son raros. ¿Qué debe hacerse, pues, en tales circunstancias?

Hasta ahora, y mientras no se descubra otro arbitrio mejor, me parece aceptable la resolucion tomada por los dignos miembros de la Sociedad familiar de Medicina. En efecto; si las funciones exploradoras, ó las que se practicaren para dar salida al pus, revelasen al fin que el pulmon está del todo inútil, ó es inextensible porque las pseudo-membranas se opusieren á su dilatación; si se han practicado las referidas punciones, teniendo cuidado de que el aire no penetre dentro de la cavidad del pecho, para que el pus que queda dentro no se altere; si no se conoce hasta hoy otro líquido inocente con que se pudiera sustituir ese pus; ni se sabe con cual otro cuerpo podrá llenarse dicha cavidad, (1) aun cuando se lograra la total extraccion de aquel, ¿no es prudente dejar dentro el pus, mejor que esponerse á alterarlo, precipitando de este modo al enfermo á un término prontamente fatal?

Un medio mas conveniente todavía pudiera adoptarse, si nos fuera posible imitar artificialmente lo que la naturaleza ha hecho en los casos observados por los Sres. Montañó (D. Ignacio) y Rodriguez (D. Juan María), los cuales hemos podido estudiar los Sres. Jimenez (D. Miguel) Carmona (D. Manuel) y yo. Pero aun para que este recurso pudiera ser absolutamente aceptable, necesitamos que la terminacion de esos dos hechos tan notables venga á ser favorablemente sancionada por el tiempo. Entre tanto, podremos calificar de prudente una resolucion, que si no sana ni mejora para nada á los enfermos, al menos no los empeora.

México, Setiembre 20 de 1869.

EDUARDO LICEAGA.

(1) El Sr. Rodriguez propone, en casos de pyotorax complicados de inutilidad ó inextensibilidad del pulmon, hacer la puncion intercostal con un trócar de cánula doble, por medio del cual se inyectara *gas azoeto*, hasta lograr vaciar completamente la cavidad del pus que contuviera. El aparato que ha imaginado, á la vez que inyectaria el gas, daría paso al pus por la otra cánula. La inyeccion del *gas azoeto*, en concepto del Sr. Rodriguez, podría impedir la alteracion del pus, si éste continuaba formándose, y no seria nócivo al individuo, puesto que durante la respiracion del aire dicho gas no causa mal alguno.