

último fenómeno? La ignoro, y sólo por caer en los límites de lo posible, pienso que la situación de los ovarios, tan lejos de su lugar, oprimidos en un canal estrecho para contenerlos, y participando de esta opresión los vasos útero-ováricos encargados de su irrigación sanguínea, no llegaba á esos órganos el material necesario para que las vesículas de su capa ovígena pudieran continuar su evolución suspendida.

México, Enero 16 de 1889.

MIGUEL CORDERO Y GÓMEZ.

---

## CLÍNICA INTERNA.

---

### OBSERVACION DE UN CASO DE PLEURESIA AGUDA CON DERRAME PURULENTO,

DESARROLLADO EN EL CURSO DE UNA AFECCIÓN  
ORGÁNICA DEL CORAZÓN, Y CURADO POR MEDIO DE LA PARAGENTESIS  
DEL TÓRAX.

El Sr. F. Izquierdo, de treinta y cinco años de edad, de constitución robusta y temperamento sanguíneo, casado, de oficio sobrestante, de buena salud anterior, fué atacado hace cuatro años de un reumatismo articular agudo en los miembros inferiores, que le duró muy cerca de un mes y medio.

Al cabo de unos seis meses poco más ó menos, el individuo acusó un dolor sordo en la región precordial, alguna disnea y palpitaciones más ó menos frecuentes. En este estado me consultó el enfermo, y después del examen conmemorativo, pasé á reconocer los signos físicos. Percutiendo la región precordial se notaba un sonido bastante obscuro en una área más extensa que la que ocupa el corazón en su estado normal; aplicada la mano sobre dicha región, se percibía una impulsión más fuerte del corazón, y auscultándolo se advertía un ruido de soplo que comenzaba un poco antes del primer ruido normal y se extendía hacia la punta del órgano, donde tenía su máximo de intensidad; el pulso era irregular y algo intermitente, y latía 56 veces por minuto; la cara no presentaba mayor alteración á pesar de la disnea, de las palpitaciones y de vez en cuando de algunos accesos de sofocación acompañados de una tos molesta; el apetito se conservaba bien; no había sed; el sueño las más veces era interrumpido por diversas visiones, como decía el enfermo, y por último, había un ligero edema en los pies.

Atendiendo al conjunto de todos estos síntomas, me pareció que se debía diagnosticar una estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo, complicada de hipertrofia. La causa de esta enfermedad fué sin duda el reumatismo articular que había padecido el individuo, seis meses antes, como queda dicho.

Para llenar las indicaciones del momento, prescribí al enfermo un purgante de calomel y jalapa con el fin de operar una revulsión sobre el tubo intestinal y la tintura etérea de digital á la dosis de diez gotas para ir aumentando dos cada seis días, y un régimen alimenticio moderado. En una segunda visita, al tercer día, le ordené el bitartrato de potasa, á la dosis de media onza por espacio de tres días, y unas pildoras de extracto de opio de á sexto de grano (una en las noches) para calmar la tos, y la misma dieta.

Por esa propensión que tienen muchos enfermos á variar de médico ó á dejarse de curar cuando les faltan los recursos, ya no volví á saber del individuo de que se trata, hasta principios de Enero de 86, en que me mandó suplicar que pasara á asistirlo de otra enfermedad que se le había presentado de nuevo. Esto sucedió como á un mes y medio después que dejé de verlo. Pasé, pues, á la casa del enfermo y observé lo siguiente: A consecuencia de una corriente de aire frío que había recibido estando sudando, fué atacado de un dolor pungitivo muy cerca de la tetilla del lado izquierdo, que aumentaba por la presión, la tos y los movimientos respiratorios. Este dolor había sido precedido de un fuerte calofrío y estaba acompañado de una reacción febril intensa (130 pulsaciones por minuto), de tos las más veces seca y muy rara vez con expectoración mucosa, de opresión y de ansiedad ó dificultad de respirar con libertad. Este último síntoma aumentaba con los diversos movimientos del tronco, así como también el dolor. Percutiendo el lado enfermo se notaba una obscuridad de sonido, especialmente en la parte inferior del pecho, y por la auscultación únicamente se advertía un ruido de frotación muy ligero, mas el murmullo vesicular se conservaba sin alteración en toda la altura del pulmón del lado afectado; el apetito había disminuido notablemente; había sed; el sueño era bastante escaso; la orina en corta cantidad y de color subido, y por último la posición en que el enfermo se encontraba menos molesto, era el decúbito dorsal. Tal era el conjunto de síntomas que existía el primer día de la observación.

Fundado en este conjunto, diagnosticué una pleuresía aguda (*pleuresía á frigore*, como la llaman algunos autores), y este diagnóstico fué confirmado por la observación ulterior, como se verá después.

En cuanto á la enfermedad del corazón, ésta no había tomado mayor incremento en el transcurso de mes y medio que había yo dejado de ver al paciente, sino que los síntomas eran poco más ó menos los mismos que dejo apuntados al principio de esta observación.

Consecuente con el diagnóstico que había yo formado respecto de la nueva enfermedad, prescribí al paciente una emisión sanguínea de siete onzas, unos

papeles de cuatro granos de polvo de Dower y medio grano de calomel al vapor para tomar tres al día, la dieta respectiva, y por bebida de uso una infusión de borraja con jarabe de goma.

Al siguiente día el murmullo vesicular se conservaba íntegro, es decir, como en el estado normal, mas la obscuridad del sonido había aumentado bastante, especialmente en la parte inferior y la posterior del pecho, el dolor de costado se había calmado poco; la tos y la opresión eran algo más molestas no obstante que la calentura había disminuido algún tanto (120 pulsaciones por minuto) y respecto de los otros síntomas se conservaban poco más ó menos en el mismo estado. En este segundo día del tratamiento se aplicaron unas ventosas escarificadas en el lugar del dolor, se continuaron los papeles de Dower, la misma dieta, y á la bebida de uso endulzada con el jarabe de cinco raíces, se le agregaron dos dracmas de nitrato de potasa para un cuartillo de líquido.

Al tercer día, los signos generales y funcionales permanecían lo mismo, excepto el dolor, que había disminuido notablemente, mas el sonido obscuro se había vuelto completamente macizo en la mitad de la altura del lado afectado, notándose en esta misma parte una falta perfecta de elasticidad al percutir, y por la auscultación una abolición completa del murmullo vesicular, y más arriba una respiración brónquica poco intensa, siendo en el lado sano la respiración casi pueril. Por la palpación se notaba, además, la falta de vibración en las paredes torácicas y al tiempo de imprimir un sacudimiento fuerte á la caja del tórax, se percibió el ruido de un líquido que se movía por dentro, es decir, había fluctuación. El Sr. Dr. D. Francisco Ortega, que en esta vez tuvo la bondad de ver á este enfermo juntamente conmigo, percibió el fenómeno de la egofonía, pero yo por mi parte no pude apreciar bien este signo estetoscópico. Practicamos la medición del pecho, y encontramos una diferencia de un poco más de cuatro centímetros respecto del lado afectado.

Por todo este aparato de signos se ve que no podía haber la menor duda de que se trataba ya de una pleuresía aguda, franca, acompañada de un abundante derrame y sin complicación de perineumonía, puesto que ni al principio de la enfermedad ni en los siguientes días hubo estertor crepitante ni subcrepitante, ni los esputos característicos de la pulmonía, pues la tos las más veces era seca, y muy rara vez seguida de una poca de expectoración mucosa, y además la calentura, con excepción del primer día, fué de mediana intensidad.

El derrame pleurítico de que acabamos de hablar, fué cada día en aumento hasta llegar á los dos tercios de la altura del pecho, formando una curva ligeramente parabólica y en estas circunstancias se administraron con más profusión los diuréticos, como el acetato de potasa en una infusión de digital, dos cucharadas del jarabe jaborandi por la noche, como sudorífico, y además, se aplicó en el lado enfermo un ancho vejigatorio con el objeto de ver si por estos medios se lograba la absorción del derrame, y también cuando había constipa-

ción, se propinaba al enfermo un purgante hidragogo. Estos últimos medicamentos producían muy buen efecto, mas los diuréticos no aumentaron sino muy poco la cantidad de la orina. El vejigatorio, no obstante que supuró muy bien por espacio de seis días, fué enteramente ineficaz para la disminución del derrame. Ni era de esperarse que bajo su influencia disminuyera la colección de líquido, pues hasta ahora no está probado que los vejigatorios sirvan para favorecer la absorción de un derrame, y mucho menos cuando es muy abundante pero yo quise aplicarlo por seguir en esto una práctica que hoy es todavía tan general.

Ahora bien, á los catorce días contados desde el principio de la enfermedad después de haber desaparecido casi del todo los fenómenos flegmáticos, comenzó á presentarse de nuevo un calofrío de corta duración, pero repetido; un aumento de la calentura bajo un tipo remitente, una tos seca y frecuente, respiración difícil, sudores nocturnos en la cara y en el pecho, una inapetencia casi absoluta, mucha sed, signos todos que daban á conocer que el derrame de serosidad ó tal vez sero-fibrinoso, se había transformado en pus, de manera que se trataba ya entonces de una pleuresía purulenta ó piotórax.

En esta vez se ensayó el tanino en alta dosis para agotar la supuración, como lo aconseja Duboué, y se continuó el uso de los diuréticos, todo con muy poca esperanza, pues no era posible que un derrame tan abundante de pus, que había ya desalojado la punta del corazón hacia el borde derecho del esternón pudiera encontrar salida por las vías urinarias (*Evenit aliquando ut pus a thorace contentum per urinæ vias immutatum egrediatur. Synopsis Medicinae practicæ auctore, Allen, pág. 255*), ó que formándose una fistula interna en comunicación con el pulmón, saliera por este conducto. Así es que lo vimos de nuevo el Sr. Dr. Ortega y yo, con el objeto de deliberar sobre lo que se debía hacer en aquel caso, y el resultado de nuestra reunión fué el decidirnós, vista la ineficacia del tratamiento médico, á practicar la operación de la toracentesis, pues no era prudente abandonar por más tiempo á los solos esfuerzos del organismo, la absorción de un exudado tan abundante. (*Quo diutius namque pus relinquatur, eo magis nocet. Allen, op. cit., pág. 241*). No sólo la poca ó ninguna esperanza de la evacuación espontánea de un derrame copioso y purulento, sino también la presencia de síntomas alarmantes, como un dolor gravativo en la parte inferior del pecho, una sensación de opresión, la disnea y algún peligro de sofocación, un pulso pequeño é irregular, fuera de los síntomas de la enfermedad del corazón, que habían tomado ya mayor incremento, nos acabaron de decidir á practicar la precitada operación lo más pronto posible. Así es que en la tarde de ese mismo día en que tuvimos nuestra reunión, practiqué, acompañado del Sr. Dr. Ortega, que tuvo la bondad de cederme el instrumento, la toracentesis con un trocar común, de mediano calibre, en el lugar de elección; es decir, en la unión del tercio medio con el tercio posterior del tercer espacio

intercostal contando de abajo arriba, á igual distancia de las dos costillas que circunscriben este espacio. Salió inmediatamente por la cánula del trocar un pus bien elaborado, de cierta fetidez, en cantidad de un poco más de cuatro cuartillos y medio, y una vez cerciorados por la percusión, de que la cavidad del pecho ya no contenía líquido, extraje la cánula, puse en el agujero de entrada, el cual se retrajo inmediatamente, un pedacito de tela emplástica, una compresa chica y un vendaje de pecho. La extracción del pus, como se ve, se hizo en una sola vez, al contrario de la opinión de varios autores, que establecen que se extraiga el líquido patológico en porciones ó que se mantenga una evacuación continua por medio de una cánula, á fin de que las costillas tengan tiempo de irse recogiendo y de que el pulmón se vaya dilatando; pero nosotros optamos por el proceder indicado, en primer lugar, porque no era probable que el pulmón estuviera tan condensado ó que hubiera perdido su elasticidad en el espacio de unos diez y siete días que había durado la enfermedad hasta el momento de operar, y en segundo lugar, por evitar al paciente las molestias de una nueva operación.

Como quiera que sea, concluida la paracentesis, auscultamos el lado enfermo y notamos que el pulmón se extendió ó dilató para ocupar su antiguo lugar, y el sonido á la percusión, de macizo que era, se volvió claro, sobreviniendo después de un breve rato alguna tos que le duró cerca de un cuarto de hora y un ligero síncope; pero todo se disipó merced á un estimulante difusivo que se le administró inmediatamente. No hubo necesidad de repetir la operación como lo temíamos, porque la tos, la ansiedad y los otros fenómenos alarmantes desaparecieron por completo, y solamente quedaban los síntomas propios de la enfermedad del corazón, que se iban desarrollando lentamente y dejaban al enfermo varios intervalos de descanso. Yo lo seguí visitando como unas tres semanas más á causa de la enfermedad del corazón, hasta que salió de México para Morelia por negocios urgentes de familia, y con este motivo ya no volví á tener noticia de este individuo; mas respecto de la pleuresia con derrame purulento, puedo decir que quedó bien curada por medio de la operación de la toracentesis, la cual fué coronada, como se habrá notado por el breve relato que acabo de hacer, de un éxito feliz.

México, Enero 30 de 1889.

ANTONIO CARÉAGA.

