

CLINICA EXTERNA.

Empiema consecutivo á una herida penetrante de pecho.—Curación por la operación de Estlander.—Algunas palabras sobre el tratamiento de la pleuritis purulenta.

SEÑORES:

EN la sesión del día 18 del mes próximo pasado tuve la honra de presentar á la Academia á un joven que acababa de salir del hospital "Juárez," con el objeto de que vdes. pudieran ver el resultado de la operación que se practicó en este individuo, para curarlo de un empiema, que vino á complicar una herida penetrante de pecho, por la que fué llevado al hospital, habiendo esta complicación puesto en peligro su vida. Aun cuando al presentarlo hice una relación de sus lesiones, así como de su marcha y de la intervención que se había seguido, hoy aunque sea brevemente referiré la historia de este enfermo.

Manuel González, de 19 años de edad, de oficio curtidor, de buena constitución, entró al hospital "Juárez" el día 29 de Enero de 1890; á curarse de una herida que recibió al reñir con otro individuo. Esta lesión parecía haber sido hecha por instrumento cortante y punzante; estaba situada sobre la región dorsal, al nivel del noveno espacio intercostal izquierdo, distante del raquis como unos seis centímetros. El instrumento vulnerante parecía haber penetrado á la cavidad torácica interesando la pleura y el pulmón izquierdo. A los pocos días se presentaron los síntomas de una pleuresía que terminó por supuración. Por el examen físico se pudo juzgar que el derrame era muy abundante habiendo desalojado al corazón hacia el lado opuesto. La herida que desde la primera curación, fué curada por oclusión, cicatrizó en una gran parte de su extensión, quedando al fin convertida en un trayecto fistuloso, que comunicaba con la cavidad pleural. Por este trayecto salía una buena cantidad de pus, pero á pesar de este desahogo el nivel del derrame no se abatía en lo más mínimo. Viendo esto me decidí á ensanchar este trayecto con el objeto de dar por ahí fácil salida al pus del derrame y á la vez poder hacer la antisepsia de la cavidad pleural. En efecto, procedí á hacer esta debridación, pero como era tan sinuoso el trayecto y cruzaba oblicuamente de abajo arriba la novena costilla, no se pudo hacer con toda libertad esta debridación; sin em-

bargo, se logró que saliera con menos dificultad el pus y se lavó con una solución de ácido carbólico al dos por ciento, por medio de un tubo de canalización.

Transcurrido algún tiempo la cicatriz de la incisión que se hizo para ampliar el trayecto fistuloso, lo volvió á estrechar, volviendo el derrame á aumentar. Viendo que el pus salía con dificultad por el trayecto que se había ensanchado, me pareció conveniente hacer la toracentesis con el aspirador para extraer la mayor cantidad que fuere posible del derrame. Esta operación se practicó con el aspirador de Potain, habiendo extraído sobre unos 400 gramos de pus; esta evacuación dió lugar á una tos continua que cesó á las pocas horas. Después de esta operación la disminución del derrame se conservó por algún tiempo, la deformidad de la caja torácica se había marcado bien, el enfermo se encontraba relativamente mejorado, estando sometido á un régimen reparador, unido á la hidroterapia y á una buena alimentación. En este estado de mejora relativa estuvo el paciente como unos dos meses, cerrándose después el trayecto fistuloso por el que ya no volvió á salir una gota de pus. Entonces se pudo ver que el derrame había aumentado considerablemente, trayendo este aumento una disnea que se fué haciendo más intensa. La fiebre que había estado muy moderada, se elevó notablemente, marcándose ya una palidez notable en el paciente, así como una alteración en su nutrición general.

En vista de este cambio en el estado del paciente me propuse volver á abrirle paso al derrame por el mismo lugar donde estaba el trayecto fistuloso, decidido de antemano á practicar la resección de una ó de varias costillas en el caso, como era lo más probable, de que no consiguiera evacuar el pus con facilidad haciendo la pleurotomía. Antes de hacer la operación, traté de introducir el estilete para ver si podría yo penetrar á la cavidad por el antiguo trayecto, para cerciorarme por la exploración de que el pus por este lugar podría salir con facilidad una vez practicada la operación. En efecto, desgarrada la cicatriz de la piel, me encontré el trayecto por el que introduje el estilete hasta penetrar á la cavidad, pero por medio de esta exploración pude reconocer, que tanto las pleuras como el pulmón estaban adheridas en este punto, dejando las pleuras solamente un trayecto estrecho y muy sinuoso que conducía á la cavidad y por el que salía el pus del derrame. El resultado de esta exploración me hizo cambiar de opinión, desistiendo de practicar en este punto la resección de las costillas, por varias razones que expondré más adelante, siendo la principal el temor que tuve de que estando adheridas en este punto las dos ho-

jas de la serosa así como el pulmón, no se consiguiera que la operación diera el resultado favorable, que tenía uno derecho á esperar de ella si se llenaban todas las indicaciones y se rodeaba uno de todas las precauciones al practicarla. Me limité pues, á debridar el trayecto hasta donde me fué posible, consiguiendo desde luego que se dificultara menos la salida del pus y disminuyera la disnea, mejorándose algo el estado del paciente.

A pesar de la mejoría que por lo pronto tuvo el paciente, no había ya que esperar el alivio del enfermo, si no era emprendiendo una operación que permitiera el evacuar completamente el derrame, desinfectar la cavidad pleural y resecar no una sino varias costillas con el objeto de completar el trabajo que ya la naturaleza había adelantado bastante, para disminuir ó estrechar la cavidad torácica, por si el pulmón no volvía á dilatarse, recordando sus funciones, es decir, emprender la operación practicada por Letiévant y generalizada en la práctica por Estländer y cuyo nombre lleva esta operación.

Debo antes manifestar que la mejoría que tuvo el paciente después de la debridación del trayecto fistuloso, fué de corta duración, pues á los pocos días, volvió á presentarse la disnea, así como una tos tenaz que privaba al enfermo aun del sueño. Esta tos se acompañaba de la expulsión de unos esputos muy sospechosos, los que fueron reconocidos, no encontrándose en ellos la presencia de bacillus. La fiebre se hizo más intensa afectando el tipo remitente, presentando todos los caracteres de la fiebre hética.

En vista de este estado me decidí á emprender cuanto antes la operación, pues temía que retardándola se perdiera la oportunidad de emprenderla con éxito, pues lo más probable era que el agotamiento cada día se marcara más y que á la fiebre hética se añadiera la diarrea, como se observa en estas supuraciones abundantes, viniendo además la degeneración amiloides de los órganos, condiciones tan desfavorables que impiden el buen resultado de cualquiera operación.

Una vez decidido á practicar la operación de Estländer ya no había que pensar mucho en cuanto al sitio donde debía practicarse, no debiendo practicarla en el sitio donde estaba la herida, no sólo por las razones expuestas, sino porque estas resecciones de las costillas que tienen por objeto reducir la cavidad deben practicarse en caso de que el cirujano se encuentre en libertad de elegir el sitio, en aquellos puntos en los que las costillas presentan mayor movilidad, pues esto facilita mucho, después de la resección, el que se estreche la cavidad por la facilidad con

que se unen los extremos de las costillas resecadas, mientras que detrás del ángulo de las costillas, cerca de las articulaciones costo-vertebrales, que era donde estaba la herida, las costillas presentan muy poca movilidad y por lo mismo se dificulta más la aproximación de sus extremos. Por otra parte, el espesor de los planos musculares, dificultan un poco más la operación, que si se practica en otra región que esté cubierta por partes blandas que tengan menos espesor, y en la región donde estaba situada la herida, el espesor de las masas musculares era bien considerable.

Además, habíamos visto que por el punto donde se practicó la toracentesis el derrame estaba perfectamente libre, siendo el espesor de las partes blandas que cubrían esta región muy poco considerable, presentando las costillas en este punto las condiciones más favorables para su resección.

Decidida pues la operación y elegido el sitio se procedió á practicarla el día 16 de Diciembre del año próximo pasado. Se comenzó por anestesiar al paciente, haciendo la asepsia más perfecta de la región donde se iba á operar, mientras se administraba el cloroformo para anestesiar al enfermo. Una vez anestesiado el paciente, se colocó en el decúbito lateral derecho, con el objeto de que el corazón no sufriera un desalojamiento al evacuar todo el pus del derrame y esto pudiera traer un síncope, al que ya estaba muy predispuesto el enfermo, tanto por el estado de agotamiento en que se encontraba como por el desalojamiento que había sufrido el corazón; pues como he dicho, este órgano había sido desalojado hacia el lado derecho por el derrame, permaneciendo en esta posición. Estas malas condiciones para la administración del cloroformo me obligaban á practicar la operación con alguna rapidez, pues á mi juicio este enfermo no podía resistir á una anestesia prolongada sin que corriera serios peligros. Teniendo esto en cuenta procuré violentar lo más que pude cada uno de los tiempos de la operación. Comencé por formar un colgajo en U de base superior, que se extendía de la sexta á la novena costillas izquierdas, formado este colgajo á expensas de las partes blandas que cubrían parte de las caras anterior y lateral del tórax, teniendo una anchura suficiente para poder resecar unos seis centímetros de cada costilla. Este colgajo se formó comprendiendo en él todas las partes blandas, para dejar desde luego descubiertas las costillas y facilitar así su resección, abreviando á la vez este primer tiempo de la operación. Una vez disecado el colgajo se procedió á la resección de las costillas por medio de la cizalla de Liston, comenzando por la novena, de la que se reseco una porción como de cinco

centímetros, lo mismo de la octava y de la séptima que se reseccionaron después. Me había propuesto extender la resección hasta la sexta costilla, pero viendo que el espacio que quedaba después de la resección de las tres costillas era bastante amplio para vaciar todo el derrame y llenar las otras indicaciones que debía llenar la operación, me abstuve de practicarla. Estos dos tiempos de la operación pudieron practicarse con bastante rapidez, pues no tuvimos el menor contratiempo al practicarlos. No hubo un sólo vaso que ligar, pues sólo se interesaron capilares y algunos ramillos musculares que dieron muy poca sangre la que pudo estancarse desde luego por la compresión.

Un detalle curioso al emprender la operación fué el siguiente: al concluir la resección de la novena costilla, una de las personas que presenciaban la operación expresó sus temores de que ya no existiere tal derrame, ó al menos que por este lugar no se pudiese haber llegado á él, y aun cuando se le hizo ver que si no había salido el pus aún era porque no se había interesado la pleura, como no quedase satisfecho, procedí desde luego á hacer una incisión á la pleura, por la que comenzó á salir el pus en abundancia, habiendo tenido la necesidad de aplicar un tapón para poder seguir practicando la resección de las otras costillas, sin que nos lo dificultara la salida del pus.

Una vez concluída la resección de las costillas se amplió la incisión de la pleura, saliendo en abundancia pus de buena naturaleza. Inmediatamente procedí á lavar la cavidad pleural con una solución de ácido bórico al cinco por ciento, teniendo esta solución aproximadamente una temperatura de 35 á 36 grados, volviéndola á lavar después con otra solución de cloruro de zinc al dos por ciento.

Evacuado el derrame y desinfectada la cavidad pleural procedimos á unir el colgajo, dejando solamente un espacio suficiente para dejar pasar dos tubos de canalización que dejamos ahí colocados. Por medio de unos puntos de sutura y de tiras de tela emplástica reunimos el colgajo, aplicando al mismo tiempo otras de lienzo empapadas en colodión para hacer una curación por oclusión. Una vez fijados los tubos por medio de alfileres de seguridad, se aplicó como primera pieza del apósito un lienzo picado empapado en una solución de ácido carbólico al cinco por ciento y untado de vaselina. Encima de este lienzo se aplicaron unos mollares de hilas empapadas en la misma solución cubriéndose estas piezas con tela de salud impermeable. Sobre la tela se aplicaron unas capas de algodón laminado que cubrieron casi todo el tórax, pues sólo la

pared lateral de la derecha no quedó cubierta con el algodón, fijando esta curación por medio de un vendaje contentivo.

Una vez vuelto en sí el operado se colocó en su cama recomendándole guardara la misma posición (el decúbito lateral). Se le administró una onza de vino de Jerez y como alimento se le prescribió dieta láctea. Se recomendó que aun cuando se quejara porque sintiese algún dolor, no se le administrara ninguna preparación narcótica. Estas precauciones se tomaron para evitar un síncope, al que estaba muy predispuesto el enfermo no sólo por el estado de agotamiento en que se encontraba, sino principalmente por el desalojamiento que había sufrido el corazón. Este temor era tan fundado, que al día siguiente de la operación, al tratar el paciente de incorporarse, fué atacado del síncope y hubo necesidad, para evitar su repetición, que el enfermo permaneciera en decúbito lateral derecho durante cinco días, haciéndole las dos primeras curaciones en esta posición al segundo y al quinto día de la operación.

En cuanto á la marcha que siguió la pleuresía después de la operación fué de las más favorables: en la noche del día en que se operó el enfermo y al siguiente ya no hubo calentura, marcando el termómetro $37^{\circ}3$ por la noche y $37^{\circ}1$ por la mañana. La calentura no volvió á presentarse si no fué diez días después de la operación, marcando el termómetro 38° , y esto fué debido muy probablemente á alguna infección, pues desapareció tan luego como se curó al enfermo lavando bien la cavidad. En cuanto á las curaciones que se hicieron, fueron muy pocas, habiendo hecho la primera á los dos días de la operación, por encontrarse el apósito muy sucio por la abundante serosidad purulenta que había salido por los tubos, pero no se lavó la cavidad. La segunda curación se hizo tres días después de la anterior, lavando la cavidad pleural con una solución de ácido carbólico al dos por ciento. La tercera curación se hizo cinco días después de la segunda, por haberse presentado una ligera elevación de temperatura de la que acabo de hablar. La cuarta curación se hizo ocho días después de la anterior, haciéndose otras cinco curaciones más con intervalos entre unas y otras de siete á ocho días. Desde la quinta curación ya no se lavó la pleura, tanto por la falta de fiebre, así como por la escasez de la secreción, que más bien estaba formada por serosidad; por estas razones desde la cuarta curación quité los tubos después de lavar por última vez la cavidad pleural. Nueve fueron las curaciones que se hicieron al operado, dándose de alta enteramente sano el día 14 de Febrero de 1891, es decir, á los dos meses menos dos días de haber sido operado.

Una circunstancia que creo conveniente no dejar pasar desapercibida es el desalojamiento que sufrió el corazón para volver á ocupar su sitio normal, habiéndose hecho este desalojamiento de una manera repentina, pues el enfermo, al pasarle visita, nos dijo que el día anterior había sentido que el corazón se había vuelto á su lugar; y en efecto, por la exploración física pudimos comprobar el dicho del paciente encontrando el corazón en la región precordial.

Al salir este individuo del hospital el pulmón se había hecho permeable al aire en la mayor parte de su extensión quedando solamente una induración en la parte que correspondía al lugar donde se practicó la operación; induración que se revelaba tanto por una obscuridad en el sonido á la percusión, como por la falta del murmullo vesicular al auscultarlo. Las costillas resecaadas se habían soldado por sus extremidades, sintiéndose su unión á través de las partes blandas. La nutrición general del individuo había progresado muy satisfactoriamente, pues su peso había aumentado notablemente quedándole aún una ligera palidez en sus tegumentos. En este estado tuve el gusto de presentarlo á la Academia, para que se viera el buen resultado de la operación que se había emprendido.

* * *

Permítaseme ahora entrar en algunas consideraciones con objeto de fijar la conducta que deba seguirse en los casos de empiema que con alguna frecuencia se presentan en la práctica, sobre todo los de causa traumática. Desde luego podemos asentar este hecho de observación: que la pleuresía purulenta se presenta con más frecuencia después de una herida penetrante de pecho, que la peritonitis después de una herida penetrante de vientre; y esto á mi juicio depende de que el aire cargado de gérmenes penetra con más facilidad después de una herida penetrante de pecho, ya sea que el aire venga de los pulmones que han sido interesados, ó bien por la herida de la pared torácica, ocasionando estos gérmenes la infección y la supuración consecutivas. En las heridas penetrantes de vientre lo común es que los gérmenes no puedan penetrar al través de la herida, y por lo mismo no haya infección del peritoneo cuando el instrumento vulnerante sólo ha interesado esta serosa respetando los órganos contenidos en la cavidad peritoneal sobre todo al intestino; pero que este órgano está interesado y veremos desde luego con el derrame de materias

fecaloides (pues es el intestino delgado el órgano más frecuentemente interesado), penetrar los gérmenes á la cavidad peritoneal y ponerse en contacto con esta serosa, produciéndose una peritonitis mortal.

Ahora bien: siendo la pleuresía purulenta la consecuencia de una infección, al menos en las que tienen un origen traumático, nada conseguirá el cirujano con vaciar el pus por medio de punciones más ó menos repetidas, ayudadas ó no de vejigatorios, como se practicaba hace algunos años, aun cuando se emplee un tratamiento general y se procure sostener las fuerzas del paciente. Como esta desinfección no puede hacerse sin que se abra paso franco al pus del derrame, á la vez que se dé amplio paso á los líquidos antisépticos que deben bañar completamente la cavidad, todo lo que no sea hacer una amplia abertura en la pared torácica para llenar este objeto, cuando menos será inútil.

El empiema puede considerarse como un vasto absceso: pues bien, un vasto absceso no se logra curar cuando se hacen aberturas estrechas por las que se haga una canalización quirúrgica insuficiente; lo mismo tiene que pasar con el empiema si se sigue esta práctica.

Todos los cirujanos están de acuerdo al tratar el empiema, en que toda intervención tímida, las canalizaciones insuficientes, son más bien perjudiciales. Cuando se dejan tubos de canalización estrechos, el tubo de Potain, ó cánulas permanentes, generalmente sirven para favorecer la infección de la cavidad pleural y por consiguiente el que se desarrollen septicemias muy graves. La intervención quirúrgica, tratándose de un empiema, debe ser franca; por lo mismo es en la pleurotomía, ya sea sola ó unida á la resección de una costilla, la que debe practicarse al principio cuando el empiema es reciente, y por lo mismo hay fundadas esperanzas de que el pulmón, que estaba relegado á la canal costo-vertebral, vuelva á hacerse permeable al aire y vuelva á desempeñar sus funciones. La aspiración del derrame por medio de cualquier aspirador á lo más podría servir para confirmar un diagnóstico, que ya se debe tener hecho, pero nunca como medio terapéutico.

Cuando por alguna circunstancia como en el caso que acabo de referir, se tenga que intervenir cuando el derrame date ya de algún tiempo, cuando los espacios intercostales se hayan estrechado, ya no cabe otro recurso que el practicar la resección de varias costillas, operación que fué puesta en práctica por Letiévant y generalizada por Estländer. Esta operación está indicada cuando el empiema data ya de algún tiempo, y por lo mismo se teme con fundamento que el pulmón, ya sea por las ataduras que

lo fijan, ya sea por cambios en su estructura, no ha de volver á ocupar la cavidad ocupada por el pus del derrame; en este caso se practica la resección de varias costillas, con objeto de estrechar la cavidad movilizandole la pared torácica. En el caso que he referido esto fué lo que se hizo, consiguiendo la pronta curación del enfermo y recobrando el pulmón su permeabilidad en una gran parte de su extensión.

Resumiendo y para terminar lo relativo al tratamiento del empiema, podemos decir, que actualmente su tratamiento es esencialmente quirúrgico, que toda intervención tímida, toda canalización insuficiente, la aplicación de cánulas permanentes, son más bien nocivas. Es á la pleurotomía á la que desde luego debe recurrirse en los empiemas recientes, practicando al mismo tiempo la resección de una costilla, cuando por la estrechez del espacio intercostal no se pudiese obtener una amplia abertura para dar paso al pus del derrame y desinfectar la cavidad.

Cuando el derrame date ya de algún tiempo, y que por lo mismo se tema con fundamento que el pulmón no vuelva á recobrar su permeabilidad y vuelva á llenar el vacío que queda por la evacuación del derrame, se deberá practicar la resección de varias costillas, movilizandole por medio de esta operación la pared torácica para estrechar la cavidad.

La desinfección de la cavidad pleural es á mi juicio la indicación capital que debe llenar todo tratamiento; si esta desinfección se consigue, la curación del paciente está asegurada.

México, Marzo 18 de 1891.

TOBIÁS NÚÑEZ.

Sesión del 11 de Marzo de 1891. — Acta número 23. — Aprobada el 18 de Marzo de 1891.

Presidencia de los Dres. Semeleder y Orvañanos.

Correspondencia. — Comunicación del Dr. Semeleder referente á una señora que presenta curada de un hígroma de la bolsa prerotulana, después de 33 sesiones de Electrolisis. — Discusión sobre el método del Dr. Koch para la curación de la Tuberculosis. — El Dr. A. Ortiz es admitido como socio correspondiente.

A las siete y cuarto de la noche se abrió la sesión leyéndose el acta de la anterior, que fué aprobada con la modificación propuesta por el Dr. Hurtado.

En seguida se dió cuenta:

Primeró. De las publicaciones recibidas en la semana, las cuales se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios.