

sido escrito sin presunción alguna, por acatar debidamente una prescripción reglamentaria. No le neguéis, por lo mismo, los favores de vuestra indulgencia, que mucho los ha menester.

L. TROCONIS ALCALÁ.

Abril 21 de 1897.

CLINICA QUIRURGICA.

Pleuresía purulenta. — Punción aspiradora. — Pleurotomía. Curación después de ochenta días.

J. Z., de 25 años de edad, operario de la Gran Fundición Nacional Mexicana de esta ciudad, y bien constituido, sufrió en Febrero de 1893 una contusión funesta con una varilla de fierro que accidentalmente le causó otro trabajador en el costado derecho. Se aplicó unas sanguijuelas en el lugar de la lesión, y se fué á un rancho inmediato á esta ciudad creyendo que la sangría local que se aplicó y el retiro del trabajo serían bastantes para que la contusión que había sufrido no tuviera consecuencias.

Dos meses más tarde, á principios de Abril, se presentaba en mi consulta solicitando mis servicios, porque en vez de sanar había empeorado.

Lo examine, reconociéndolo minuciosamente, y diagnosticué un derrame purulento en la cavidad pleural derecha.

Al hacerle el interrogatorio correspondiente me manifestó que, al contrario de lo que él creía, jamás logró recuperar su salud, y viendo que su enfermedad progresaba, tomó la resolución de venir á curarse.

Se ha presentado en mi consulta en un estado verdaderamente grave que comprometía rápidamente su vida, porque estaba comprobada la existencia de una pleuresía purulenta del lado derecho, por los síntomas locales y generales que en él pude observar y cuya narración vais á escuchar en estos momentos.

Fiebre diariamente, con exacerbaciones vespertinas. El termómetro centígrado marcaba en las noches 39° , $39^{\circ}5'$ y hasta 40° ; y en las mañanas $38^{\circ}5'$, 38° , pocas veces 37° y $37^{\circ}5'$, y muy raras veces abajo de 37° . Algunas veces pude observar que en la axila derecha el termómetro acusaba $\frac{1}{2}$ grado más de calor que en la izquierda.

Esta curva termométrica es muy significativa, y junta con el conmemorativo suministrado por el mismo enfermo y los demás síntomas que voy á describir, demuestran que hay un poco de supuración en este organismo. Existe un eczema en la pared costal derecha, que aunque no es muy intenso, sí es suficientemente perceptible. Y este síntoma local también es de un valor inapreciable.

Practicando la percusión se nota un sonido mate en todo el costado derecho, aunque, á la verdad, no he podido hacer cambiar el nivel del derrame acostando ó poniendo en pie á mi enfermo.

Por medio de la auscultación he podido convencerme de que no se escucha el ruido respiratorio normal en la parte posterior y lateral del lado afectado. En la parte anterior es muy obscuro.

Auscultando la voz, se observa debilidad y disminución muy marcada de la resonancia vocal. La egofonía hacía falta, y por más que la busqué, jamás pude oírla. Esto comprobaba la abundancia del derrame, y también la consistencia del líquido derramado. Auscultando el vértice del pulmón derecho he observado, exagerado unas veces, disminuído otras, el ruido de la inspiración; y percutiendo la región subclavicular derecha, he notado un ruido algo sonoro. (Timpanismo subclavicular.)

Hay otro síntoma muy notable, y es, el abatimiento del hígado. Fácilmente he podido palparlo y percutirlo abajo del reborde costal derecho.

Además de todos estos fenómenos tan característicos tenía mi enfermo otros síntomas complementarios que me sirvieron, y mucho, para afianzar más mi diagnóstico.

Comprimiendo el costado derecho, atrás y abajo del mamelón, sufría el paciente un poco de dolor.

Hay dispnea muy intensa algunas veces, sobre todo si el enfermo intenta acostarse del lado izquierdo.

Tos muy frecuente, principalmente en las noches. Decía que para librarse de ella se veía á menudo obligado á tomar distintas posiciones.

Tenía sudores profusos. El pulso era pequeño y frecuente: casi siempre contaba 100 y 110 pulsaciones.

No había edema en los pies. Diarrea, algunas veces. Mal apetito. El enfermo estaba bien musculado, pero macilento, pálido y abatido de espíritu.

Enfrente de este cuadro de síntomas, y después de haber examinado detenidamente á mi enfermo, sólo me faltaba recurrir á una punción exploradora, que viniera á confirmar la presencia del pus en la pleura. Con ese fin tomé la jeringa de Právaz, y al puncionar el sexto espacio intercostal dere-

cho y hacer el vacío en el émbolo de la jeringa, me convencí de la existencia del pus, porque pus, y muy bien formado, era el contenido en la jeringa de inyecciones subcutáneas.

Pues bien, en presencia ya del pus, convencido de que el derrame era purulento y abundante, comprendí que era indispensable intervenir de una manera pronta y enérgica, porque es inconcuso que el pus se reproduce con mucha facilidad, y que para un gran derrame de esta naturaleza era del todo insuficiente el método aspirador; y, por el contrario, para acabar con él y evitar así sus perniciosos efectos, se hacía necesario recurrir á una operación más eficaz, á una operación radical, quiero decir, á la *Pleurotomía*.

Esta fué la operación que propuse á mi enfermo, el cual aceptó con mucho gusto porque ya estaba cansado de sufrir y porque comprendía que los medicamentos que tanto había tomado y le habían sido aplicados, eran impotentes para sanarlo de esta grave enfermedad.

Confieso con ingenuidad que al proponerle á mi enfermo la operación llevaba la convicción de que se moriría algunos días ó meses después de que le fuese practicada, ya por el agotamiento que siempre trae una supuración, ya por la infección que podía sobrevenir, ya por asfixia, etc., etc.; pero era necesario intervenir, era indispensable operar, y esta consideración me obligó á emprender una obra superior á mis fuerzas. Digo esto porque era la primera vez que yo iba á practicar la operación del *Empiema*, y sin siquiera haberla visto practicar alguna ocasión, era natural que yo previese un mal resultado.

Ahora, este enfermo me pertenecía directamente: era empleado de la Gran Fundación Nacional Mexicana, de cuya negociación soy médico cirujano, y tenía obligación imprescindible de atenderlo. Todas estas consideraciones me impulsaron á operarlo, y la operación la ejecuté del modo siguiente:

Dividí el manual operatorio en tres partes: *Punción, Incisión y Curación*. Pero antes de todo marqué con tinta el lugar en que tenía que practicar la incisión. Este lugar correspondió al quinto espacio intercostal derecho, como tres centímetros atrás de una línea que perpendicularmente caía de la axila á la base del tórax.

Hice sentar á mi enfermo, y en el lugar marcado con tinta puse una inyección con una jeringa llena de solución al 50 por 100 de clorhidrato de cocaína.

Esperé cinco minutos para obtener la anestesia local, y, casi sin dolor, introduje en la región marcada, mi trócar aspirador, hasta llegar adonde estaba el pus.

Cerciorado de la presencia de este líquido, hice cesar la aspiración, dejando fijo el trócar. Tomé un bisturí, y dirigiéndome por el borde superior del quinto espacio intercostal, practiqué una incisión de cinco centímetros, siempre en el lugar marcado, que comprendió solamente la piel y el tejido celular subcutáneo. Después, dirigiéndome por el índice de mi mano izquierda, que tenía puesto sobre el borde superior de la costilla, corté, capa por capa, todo el espacio intercostal hasta que llegué á la pleura.

Con el fin de evitar una infiltración de aire ó de pus que con facilidad se haría en el tejido celular y en los músculos á causa de la inspiración, hice la insición de la piel mayor que la de los músculos, y la de éstos más grande que la de la pleura.

Cortados ya la piel y los músculos y en contacto con la pleura, ayudándome del trócar aspirador que ahí había dejado, practiqué sobre la pleura una punción que permitió la introducción de mi dedo en la cavidad pleural, y el pus salió entonces con libertad y el aire penetró al tórax.

En seguida quité el trócar y me ocupé de agrandar la herida pleural, y para conseguirlo me valí de un bisturí abotonado, guiado por mi índice izquierdo, introducido en la cavidad de la pleura.

Luego hice toser á mi enfermo varias veces, y de este modo vació bien su líquido purulento.

La cantidad de pus extraído fué como de 250 á 300 gramos. Incontinenti procedí á hacer la curación.

Lavé la cavidad pleural con una solución de ácido bórico al 4 por 100 y, lo hice hasta que la solución salió enteramente limpia. Para esto me valí de un irrigador. Apliqué en seguida una solución de cloruro de zinc al $\frac{1}{2}$ por 100, y puse al final cinco tubos de drenaje que procuré fijar bien en las paredes del tórax.

Después puse gasa fenicada, una gran cantidad de algodón y un buen vendaje.

Hecho esto, trasladé mi enfermo á su cama.

Lo curé dos veces al día por dos semanas con las mismas soluciones de ácido bórico y de cloruro de zinc, y después de ochenta días de operado sanó completamente, bajo el concepto de que quince días después de hecha la operación la supuración disminuyó de una manera notable. Si bien es cierto que tardó mucho en cicatrizar completamente, fué porque se estableció una fistula torácica que fué necesario operar varias veces para hacerla desaparecer.

El mal estado general de mi enfermo disminuyó desde el día siguiente de hecha la operación. La fiebre fué cediendo al grado de que seis días después de operado, el termómetro acusaba la temperatura normal.

Los sudores desaparecieron juntamente con la calentura, y solamente le quedó al enfermo una poca de tos que fué cediendo poco á poco.

Después de un mes había yo quitado todos los tubos de drenaje porque la cicatrización había avanzado mucho y la supuración se había agotado. Por esto, ni eran ya necesarios, ni tampoco podían subsistir allí.

Como en el presente caso el derrame era tan abundante como nos lo daban á entender los síntomas que presentaba el enfermo y como lo vino á confirmar la operación, era de todo punto indispensable una intervención quirúrgica que consistiera en dar salida franca y fácil al pus, y á la vez facilidad de hacer la antisepsia con la mayor perfección posible.

Esta consideración me inclinó á efectuar el *Empiema*, que, felizmente, nos ha dado tan buen resultado.

Pude haber hecho simplemente una punción y aplicado un tubo de permanencia, pero yo comprendí que, dada la abundancia del derrame, éste sería insuficiente, y que lo único que podría salvar á mi enfermo sería una abertura amplia que diera salida al pus que tanto daño tendría que causar, como ya lo estaba haciendo, al pulmón, órgano tan vascular, y por consiguiente, tan expuesto á una absorción séptica.

Por lo demás, si un flegmón en cualquiera parte del cuerpo debe ser siempre ampliamente operado, con más razón un absceso pleural, que por la disposición anatómica de la región tiene tanta dificultad para salir el pus, así como tanto peligro para la infección á causa de la delicadeza de los tejidos que invade.

Así, pues, en casos como el presente yo creo que lo que debe hacerse es abrir ampliamente el pecho para hacer salir el pus y para permitir lavar y limpiar muy bien el foco purulento.

Monterrey, Abril 26 de 1897.

ALFONSO MARTINEZ.

Socio correspondiente.

CLINICA INTERNA.

Esplenitis Supurada.—Curación.

El pueblo de la Magdalena, distante de aquí unos 11 kilómetros, y á una altura como de 60 metros sobre esta Ciudad, parece que debía gozar de excelentes condiciones higiénicas por la altura á que se encuentra y porque está circundado casi en todo su perímetro por elevadas montañas, excepto al Sur