

	T.	PÁGS.
2. Hemorragias post partum.—El taponamiento elástico.—Ventajas de éste sobre el reputado método de Dührssen, como tratamiento hemostático.—Enero de 1891.....	27	139
3. Aneurisma tubo-ovárica.—Ruptura y muerte por peritonitis sobre-aguda.—Octubre de 1891.....	"	419
4. Laringitis catarral parenquimatosa aguda terminada por supuración.—Traqueotomía.—Curación.—Febrero 7 de 1892.....	28	363
5. Tiroidectomía total en dos tiempos.—Bocio quístico-canceroso ulcerado.—Curación.—Noviembre de 1892.....	29	7
6. Sobre Cirugía abdominal; ovariectomías.—Mayo 22 de 1893.....	30	339
7. Poliquiste ovárico coloide, complicado de hernia umbilical irreducible.—Curación radical al décimotercio día.—Junio 18 de 1893.....	"	379
8. Sifiloma ano-rectal.—Fístulas infra y supra-esfincterianas complejas sintomáticas.—Curación.—Noviembre de 1893.....	31	133
9. Apuntes sobre el trépano.—Octubre de 1894.....	32	242
10. Un caso de angina difterítica con complicación croupal, tratado por el suero antidifterítico.—Traqueotomía.—Curación.—Julio 28 de 1895.....	33	104
11. Cistitis calculosa tratada por la talla hipogástrica.—Curación.—Octubre 22 de 1895.....	33	144
12. Notas sobre los vómitos incoercibles en el embarazo.—Septiembre de 1896.....	34	81
13. Apuntes sobre el tratamiento quirúrgico del empiema.—Octubre 15 de 1897.....	35	27

CLINICA EXTERNA.

Apuntes sobre el tratamiento quirúrgico del empiema.

«Ubi pus ibi evacua:» jamás principio quirúrgico alguno tuvo aplicación más precisa que en el empiema. Como precepto general, que obliga á evacuar el pus, siempre que éste se forme en la cavidad pleural, es indiscutible, y siempre y en todas épocas se ha practicado, con adversa fortuna durante la era preantiséptica, con éxito muy vário en plena época de asépsis-antisépsis.

Largo y ocioso sería recordar y enumerar la historia de los diferentes métodos operatorios, de los derrames pleuro-purulentos. Como dice Bouveret, todos estos métodos tienen en su abono éxitos incuestionables, con empeño publicados; pero cuántos fracasos ocultados cuidadosamente á los ojos de la estadística! Cuántas insuficiencias y moratorias, debidas á recursos medios, que por su

lentitud, acarrearán riesgos innumerables, producto de tantas y tantas lesiones pleuro-pulmonares definitivas.

Desde Hipócrates se abría la caja torácica, en el empiema; en épocas no remotas, imperaban las punciones sucesivas, con sifón y tubos canalizadores, ó sin ellos; con lavados intrapleurales ó sin ellos la pleurotomía franca, con insistentes lavados antisépticos, enérgicos, erigidos en sistema, aún en la época que alcanzamos.

Materia ha sido ésta debatida, y siempre á la orden del día, y siempre y por siempre se ha tropezado con el escollo é inconveniente de la penetración del aire, dentro de la cavidad pleural, dando salida al pus, pero á la vez también entrada á los gérmenes infecciosos.

Factor no menos importante es el que previene la supresión de los lavados intracavitarios, ó al menos escasearlos ó limitarlos, para sólo aquellos derrames, de carácter netamente infeccioso. La razón es obvia, porque dichos lavados, tras del peligro de introducir gérmenes perniciosos en una cavidad, á veces aséptica, provocan despegamientos de las serosas parietal y visceral, en vía de adhesión, retardando una curación, que sin ellos, hubiérase verificado por los solos esfuerzos de la naturaleza.

Tiene importancia suma el punto de elección operatorio: obedece éste á clásicos preceptos, que por sabidos de todos, omito. En general se eligen los puntos más declives, con abertura amplia, evitando los estancamientos en los espacios de Traube.

Hay en esta materia un punto culminante, después de la rigurosa asépsia operatoria y preoperatoria. En ello están contestes los más hábiles operadores, y decide incontestablemente del éxito: es éste, fuera de duda, la precocidad operatoria. En efecto, si se toman en cuenta los cambios que el pulmón sufre, por el proceso flogósico del empiema, no menos que por la compresión del derrame, reducido y aprisionado el pulmón por los exudados fibrinosos y tejidos de nueva formación, se comprende fácilmente, cuánto importa liberar esa víscera antes de quedar envuelta en una red inextensible, definitiva. Si estos sabios preceptos se echan al olvido, cuánta pena y sinsabores tendrá el operador, para llenar esa cavidad exvacuo. Si la cavidad es grande, no la llenará ni la toracoplastia más liberal y extensamente ejecutada, y la vida del paciente, ó se pierde ó queda sujeta á las consecuencias de esas fistulas pleuro-pulmonares inagotables, cuando no vienen á desenlazarlas la septicémia y el agotamiento caquético.

Imbuido en estas ideas, y deseoso de complimentar un deber reglamentario de nuestra docta asociación, someto á la indulgencia de mis ilustrados consocios, este desaliñado trabajo, en el cual me ocuparé de un caso de empiema, que tuve ocasión de atender, y

que por circunstancias especiales, de tratarse de una puérpera, presente quizás algún interés.

J. A de V., de 41 años de edad, casada, buena salud anterior, sin lacra constitucional, sin antecedentes morbosos, múltipara, embarazada por undécima vez, de cuatro meses cumplidos; en perfecto estado de salud, en el campo, lejos de los recursos médicos, sufrió en 8 de Marzo de 1896 un enfriamiento con dolor pleurítico, sobre el costado izquierdo, línea axilar, con fuerte reacción febril. Ésta desapareció á los pocos días, pero el dolor continuó esparciéndose á toda la mitad izquierda del torax, con tos y esputos que nunca fueron rubiginosos. Continuaron así las cosas, hasta principios de Abril, época en que fué trasladada y sometida á mis cuidados.

El examen me suministró estos datos: Fácies pálida, amarillenta, notable dispnea, respiración superficial, angustiosa; solo puede estar sentada; revela haber tenido calenturas vespertinas, iniciándose últimamente con calosfríos, terminando con sudores profusos; tos seca, entrecortada; 120 pulsaciones, 38° 5 y 45 respiraciones. La mitad izquierda del torax abultada; con salientes notables de los espacios intercostales; falta absoluta de murmullo respiratorio, matitez completa hasta la fosa supra-escapular y adelante hasta la clavícula. El corazón en transposición, late hácia la derecha de la línea esternal.

Diagnóstico: Derrame pleural á frigore, probablemente purulento. El 4 de Abril función exploradora con el aparato de Potain, en el 8.º espacio intercostal, línea axilar, dando salida á varios centenares de gramos de líquido sero-purulento aséptico.

Queda, pues, confirmado un pio-torax, desarrollado con relativa rapidez, llenando totalmente la mitad de la caja torácica, con desalojamiento y compresión excesiva de órganos importantes, como lo prueba la extremada angustia respiratoria y cardíaca. El pulmón, aunque no da señales de vida funcional, es de creerse que replegado y encogido sobre la canal costo-vertebral, no habrá perdido su facultad expansiva, y urge darle libertad para evitar su retraimiento definitivo.

Previos preparativos rigurosamente asépticos del material operatorio, instrumental y de los ayudantes, procedí, bajo anestésia local cocáinica, el día 5, á la pleurotomía, sobre la línea axilar izquierda, siguiendo la técnica de Estlander, resecaando la 8.ª costilla, en una extensión de doce centímetros. Abierta la pleura ampliamente, en medio de accesos muy violentos de tos, sin dar tiempo á moderar la brusca salida del derrame, salió éste bajo el potente empuje del pulmón que se despliega, bañando á todos los circunstan-

tes, piso y pared inmediata. Cuando se pudo, obturé la herida con una pelota de algodón, permitiendo al resto del líquido salir paulatinamente. Introduje en seguida mi mano para ayudar la expulsión de gruesos tapones fibrino-gelatinosos, que se abocaban y tapizaban, en gran cantidad, la cavidad pleural, especialmente la canal costo-diafragmática.

El corazón y vasos gruesos retornaron á su sitio, y el pulmón, flácido al tacto, aunque forrado de neo-membranas, fué despegándose rápidamente. A pesar de tos nerviosa tenaz, y de la depleción brusca, no hubo accidentes sincopales, y para prevenirlos, hice adoptar á mi paciente la posición supina lateralizada hácia la herida.

Curación: 2 gruesos tubos de canalización, cortados en 2 orejas, la porción externa, y sujetos en torno del tórax, con hilo grueso; amplio empaque algodonado y vendaje de pecho. No hubo lavado. Noche muy tranquila; como á las 4 de la mañana, dolores fuertes expulsivos, durante una hora, arrojando un engendro de 4 meses.

Las consecuencias operatorias fueron de lo más felices. Sólo hubo dos lavados de agua hervida, ligeramente salada, bajo presión suave, cuando llegó á haber alguna alza de temperatura. Los tubos fueron recortándose, y cuando á los 16 días húbose agotado la supuración, sustituí dichos tubos con mechas de gaza iodoformada. A los 26 días quedaba sólo un estrecho conducto fistuloso. A los 32 días curación completa.

Por más que el caso que acabo de historiar, no presente novedad alguna en nuestra cirugía patria, no he vacilado en consignarlo, siquiera como otro testimonio en favor de la técnica, que procuré llenar, la cual patentiza de una manera evidente sus indiscutibles ventajas en el tratamiento del enfermo.

Sin que en esta materia se haya dicho aún la última palabra, creo con Reclus que la precocidad en la intervención, con rigurosa asépsia operatoria, es la que decide del éxito.

Culiacán, Octubre 15 de 1897.

ALFONSO ORTIZ,
socio correspondiente.
