

CLINICA EXTERNA.

Breves consideraciones sobre los derrames de pecho, de origen traumático, desde el punto de vista de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Señores:

Los derrames de pecho son consecutivos, bien á una lesión traumática de la caja torácica, ó bien á una lesión inflamatoria ú orgánica; los primeros no solamente se diagnostican sin dificultad, hasta fácilmente se establece su naturaleza no solamente por el examen físico del tórax, sino aun por los síntomas á que dan lugar estos derrames, se entiende, siempre que el práctico sea un verdadero clínico y esté acostumbrado á tratar estas lesiones. Los segundos son de más difícil diagnóstico, y para fijar su naturaleza se necesita en muchos casos recurrir á la aspiración del líquido por medio de la jeringa de Pravaz, ó de cualquiera otra jeringuita con cuerpo de bomba de cristal. Este medio de exploración al que se tiene que recurrir en los casos dudosos, es de un valor inapreciable, pues una vez extraída una corta cantidad del derrame, no queda la menor duda sobre su existencia y sobre su naturaleza. Este medio de exploración tan sencillo como inofensivo, es muy superior al de la apli-

cación de los rayos Roentgen, ó rayos X, para el que se necesita un aparato especial que no lo tienen todos los cirujanos, simplificándose con la aspiración el examen del paciente, y obteniéndose por medio de ella resultados positivos, de tal valor, que bastan por sí solos para establecer un diagnóstico seguro, tanto sobre la existencia del derrame, como sobre su naturaleza.

Decía que los derrames consecutivos á lesiones traumáticas del tórax se diagnosticaban con facilidad, estableciéndose el diagnóstico, tanto sobre la existencia del derrame, como sobre su naturaleza, lo que paso á demostrar. Después de una herida penetrante de pecho, que es la lesión traumática que con más frecuencia da lugar á los derrames, tres variedades de éstos pueden producirse, y son: unos inmediatos, los derrames de aire y de sangre, y otro consecutivo ó tardío, el derrame de pus ó EMPIEMA.

Cuando en una lesión traumática del tórax, sobre todo en las heridas penetrantes, se presenta una disnea intensa, este síntoma acusa desde luego la existencia de un derrame y de un derrame abundante, pues la regla general es que la compresión del pulmón produzca esta disnea, y cuando no existe el derrame, tampoco existe la sofocación, ó si se presenta es muy ligera y á las pocas horas desaparece, salvo que la lesión del tórax se acompañe de una hemorragia externa abundante que por sí sola puede producir la disnea. Los derrames que se presentan inmediatamente después de una lesión traumática del tórax son el NEUMOTÓRAX ó el HEMOTÓRAX, ó bien el derrame es á la vez de aire y de sangre, DERRAME MIXTO. El examen físico del tórax, y el cuadro sintomático propio de cada uno de estos derrames son suficientes para diagnosticarlos, y aun para establecer su naturaleza, salvo que el derrame sea en tan corta cantidad que no se le pueda reconocer por el examen físico del tórax, ni dé lugar al cuadro sintomático que presenta cada uno de estos derrames. En los casos dudosos se podría recurrir á la aspiración con una jeringuita de Pravaz, ó con cualquiera otra que tenga cuerpo de cristal; pero en lo general para el que tiene práctica en el tratamiento de estas lesiones el diagnóstico no se le dificulta. No entro á describir el cuadro sintomático propio de cada uno de estos dos derrames por ser bien conocidos de las personas que me escuchan.

En cuanto al pronóstico, es muy diverso el de los derrames de aire del de los derrames de sangre; en los primeros el aire se reabsorbe poco á poco y la curación del herido es la regla, salvo que por las condiciones de la herida el aire haya penetrado directamente por ella á la cavidad torácica, pues hay que tener en cuenta que el aire que directamente penetra por la herida contiene los gérmenes de la supuración (*ESTAFILOCOCCUS*) y produce la infección de la pleura (la *PLEURITIS PURULENTA* y el *EMPIEMA*), y la produce con más frecuencia cuando el derrame es mixto, de aire y de sangre, por ser la sangre un medio de cultivo muy favorable al desarrollo de estos gérmenes. Cuando el derrame de aire es producido por el que ha penetrado por los bronquios heridos á la cavidad pleural, la infección muy raras veces se verifica por estar este aire esterilizado generalmente, y estos *NEUMOTÓRAX* son los de pronóstico relativamente benigno. No sucede lo mismo cuando el derrame es de sangre, *HEMOTÓRAX*; en estos casos, la gravedad de estos derrames depende, bien de la cantidad de sangre que da lugar á una anemia incompatible con la vida, ó bien, aun cuando la cantidad de sangre derramada no sea incompatible con la vida, sí es bastante para dar lugar á una infección que se generaliza, trayendo la muerte por el agotamiento y el marasmo; esto se observa principalmente cuando el derrame es á la vez de aire y de sangre.

Son estos derrames, estos *HEMOTÓRAX* abundantes los que dan lugar á un cuadro sintomático que es el propio de las abundantes hemorragias, predominando entre ellas la *SED* de *OXÍGENO*, la *disnea* intensísima que presentan estos enfermos. Como se comprende por lo expuesto, estos casos son incompatibles con la vida, su pronóstico es fatal. Cuando la hemorragia interna no es incompatible con la vida, el pronóstico no es tan desfavorable. En los derrames sanguíneos desde luego puede darse un pronóstico fatal cuando la cantidad de sangre salida de los vasos llega á la mitad de la cantidad total contenida en el cuerpo, y estando esta cantidad en la proporción de una décimatercera parte del peso total del cuerpo, un adulto que pese sesenta ó sesenta y cinco kilogramos tendrá de sangre 5 kilogramos; la pérdida de dos y medio kilogramos traerá con seguridad la muerte.

Pero no se necesita una pérdida tan grande para causar la

muerte; en la práctica observamos que aun un adulto vigoroso, rara vez resiste á pérdidas menores de dos kilogramos. Por supuesto que en las personas que tienen un organismo debilitado, alguna tara orgánica, etc., no pueden sobrevivir á pérdidas de sangre aun menores, *sobre todo* cuando las hemorragias son internas, como las que se encuentran en la cavidad abdominal en algunas heridas penetrantes de vientre, añadiéndose en estos casos el peritonismo á la anemia. La edad tiene una influencia grande sobre estas hemorragias, pues vemos que los viejos, pero *sobre todo* los niños, no pueden sobrevivir á pérdidas de sangre mucho menores á la de la mitad de la cantidad de sangre contenida en el cuerpo.

Así, pues, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la constitución, el estado de salud, etc., del individuo, se podrá dar un pronóstico muy aproximado á la verdad, relacionándolo con la cantidad de sangre perdida. Es verdad que la mujer puede sobrevivir á pérdidas considerables de sangre que se presentan algunas veces *POST PARTUM*; pero estas pérdidas, reconociendo una causa muy distinta, no tienen la misma gravedad que las hemorragias de origen traumático producidas en el hombre. Los derrames de sangre, aun cuando por su cantidad no pongan en peligro la vida del paciente, sí pueden causar la muerte por la infección consecutiva, dependiendo en estos casos el pronóstico del grado de la infección.

Me parece conveniente hacer presente algo de lo que he observado durante mi práctica y sobre lo que no he visto que los autores de clínica, ó de patología quirúrgicas que he leído, se hayan fijado convenientemente, y es lo siguiente: las heridas, cualquiera que sea su sitio, su naturaleza, etc., si son acompañadas de pérdidas de sangre abundantes, están muy sujetas á infectarse á pesar del empeño que se tome para practicar una antisepsia rigurosa. Esto que digo lo vemos diariamente en el Hospital Juárez, y á estas hemorragias es debido el que se presenten estas septicemias algunas veces difíciles de combatir, más bien que al decaimiento del organismo consecutivo al alcoholismo crónico, sin negarle á este último la parte que pueda tener como una de las causas que favorecen la septicemia. Los derrames mixtos se encuentran no sólo por esta razón más expuestos á la infección, pues además de la sangre salida de los vasos,

el aire que ha penetrado á la cavidad torácica, sobre todo si el aire penetra por la herida, se mezcla con la sangre, sembrando los numerosos gérmenes (*ESTAFILOCOCUS*), que contiene este líquido, que es uno de los medios de cultivo más favorables para su desarrollo.

Al hablar de los derrames consecutivos, de los EMPIEMAS, ME OCUPARÉ del tratamiento de estos derrames inmediatos sobre los que acabo de hablar.

Los derrames de serosidad no se presentan en las cavidades pleurales como consecuencia de las lesiones traumáticas del tórax, estos derrames son más bien consecutivos á las lesiones inflamatorias ú orgánicas de las pleuras, y muy frecuentemente son sintomáticos de las pleuresías tuberculosas.

Paso ahora á ocuparme de los derrames que no aparecen inmediatamente después de las lesiones traumáticas, y estos derrames puede decirse que están formados por una colección purulenta en la cavidad pleural llamada EMPIEMA.

Fácilmente se comprende por qué razón los derrames purulentos no se presentan como los derrames de aire, ó de sangre, inmediatamente después de estas lesiones, si se tiene en cuenta que la colección purulenta es la consecuencia de la infección séptica, que viene causando la pleuritis purulenta, y esta infección para que produzca un derrame en cantidad tal que pueda ser diagnosticado por el examen físico del tórax, tiene que transcurrir algún tiempo. Es verdad que muy frecuentemente el EMPIEMA no es más que la transformación de un derrame sanguíneo en un derrame purulento, no habiéndose diagnosticado el derrame sanguíneo por la poca sangre que lo formaba, ó lo que es más frecuente, por no haber hecho el examen cuidadoso del tórax el que atiende al paciente, debido á la falta de práctica para tratar estas lesiones, ó bien á que algunos prácticos no quieren cumplir con su deber, examinando cuidadosamente á estos lesionados, lo que he visto dar por resultado que no solamente no diagnostican el derrame, pero aún que estén tratando una herida penetrante de pecho como si la herida fuera una herida simple.

Las consecuencias á que da lugar la falta de un diagnóstico oportuno son fatales, pues el derrame purulento aumentando diariamente en cantidad, no sólo comprime el pulmón, que es relegado á la parte alta de la canaladura costo-vertebral, mo-

dificándolo en su estructura, sino que el contacto prolongado del pus con la pleura hace que aparezca un tejido de granulaciones que organizándose forma unas bridas que fijan el pulmón en su nueva posición, impidiendo que más tarde, al sacarse el pus del derrame, el pulmón pueda extenderse, recobrando su posición normal y venga á ocupar el espacio dejado libre por el derrame, siendo esto lo que sobre todo retarda la curación de estos empiemas, aun en los casos más favorables, trayendo muy frecuentemente la muerte por el agotamiento y el marasmo consecutivos á esta infección séptica, crónica y generalizada. A mi juicio, es muy vituperable el cirujano que no diagnostica un derrame purulento, si no es cuando ya ha causado tales alteraciones, no sólo en el pulmón y la pleura, sino aun en todo el organismo, que traen la muerte del lesionado, ó si cura lo dejan lacrado para toda su vida.

Decía yo que esta falta de diagnóstico es más bien debida á la falta de un buen examen del paciente que á la poca práctica en tratar estas lesiones, pues el diagnóstico del empiema se impone, por decirlo así, dado que su cuadro sintomático es típico y no da lugar á errores de diagnóstico, como paso á demostrarlo. El empiema, como toda supuración abundante, existente en el cuerpo, da lugar á una atrofia generalizada que se propaga á todos los tejidos, á la sangre misma. Esta atrofia se manifiesta por el enflaquecimiento del cuerpo y la palidez generalizada; así, pues, si el cirujano que atiende á un individuo que tiene una herida en el tórax, ve que de día en día se enflaquece, haciéndose su semblante cada día más pálido, debe suponer que la herida se ha complicado y que esta complicación no puede ser otra sino la pleuresía purulenta. Este juicio lo viene comprobando si el individuo tiene una tos frecuente, más marcada por la noche, y una disnea constante, aumentado la tos como la disnea cuando se acuesta, razón por la que prefiere estar incorporado en su cama, recargado en un cojín, ó en una almohada. La fiebre que afecta el tipo remitente con exacerbaciones vesperales y que oscila entre $37\frac{5}{10}$ y 39 , ó $39\frac{5}{10}$, tiene el carácter del hecticismo, como pasa con toda fiebre supurativa, indicando que la infección se ha generalizado. Ahora bien, si desde el día en que aparece la fiebre, el cirujano hace el examen físico del tórax (en el supuesto que no lo haya hecho antes), diagnosticará la

pleuresía purulenta, el empiema, y podrá, estableciendo el diagnóstico con toda oportunidad, evitar sobre todo las alteraciones patológicas en la estructura del pulmón y su fijeza anormal que es lo que principalmente dificulta la curación de estos empiemas, oponiéndose, á la vez, á que pueda practicarse una antisepsia eficaz de la cavidad torácica.

Cuando el pulmón no ha sufrido cambio en su estructura ni se han organizado tejidos que lo fijen en su nueva posición, sino que una vez extraído el derrame, el pulmón vuelve á ocupar la cavidad pleural, como en el estado normal, la curación del paciente se simplifica de una manera admirable. Brevemente voy á referir lo que observamos en un jovencito que estudiamos en la clínica el año próximo pasado y que tiene comprobando lo que acabo de asentar:

Se trataba de un niño como de unos doce ó catorce años de edad, el que jugando con otro muchachito, éste le aventó unas tijeras cuando iba corriendo, clavándoselas en la parte posterior del tórax, en el séptimo ú octavo espacio intercostal, y como á unos ocho centímetros á la derecha de la columna vertebral. Este niño que llevaba poco más ó menos un mes de haber sido herido, estaba pálido y demacrado, no habiéndose tomado sus temperaturas. La casualidad hizo que lo viera yo cuando lo estaban curando, limitándose en la curación á tratar la herida como si fuera simple y superficial, pues no se había diagnosticado la penetración á la cavidad torácica. Se le puso el termómetro y se vió que el niño tenía fiebre.

Pareciéndome interesante este caso, hice que en la próxima clase llevaran al enfermito á la clínica para que lo estudiaran los alumnos. En efecto, una vez que nos encargamos de este niño, lo colocamos en la mesa de operaciones y quitado el apósito pudimos ver que la herida se había convertido en un trayecto fistuloso por el que salía muy poco pus, estando el apósito apenas manchado por unas cuantas gotas de pus que había salido en las cuarenta y ocho horas, que era el tiempo que había transcurrido desde que se le hizo la última curación.

Descubierta esta abertura, introduje por ella un estilete para ver si en efecto era la abertura de un trayecto fistuloso que comunicara con la cavidad torácica. Una vez seguro de que esta fístula comunicaba con dicha cavidad, anestesié ligeramente á

este niño y procedí á dividir la piel por medio de una incisión paralela al borde costal, de unos seis centímetros de longitud, que pasara sobre la abertura de la fístula, quedando esta abertura, que estaba situada en la parte media del espacio intercostal, en medio de la incisión. Hecha la incisión, introduje mi dedo para buscar por el tacto la abertura de la fístula en la aponeurosis, introduciendo por ella una sonda acanalada; con el bisturí dividí todas las partes blandas en la misma extensión que la incisión de la piel, penetrando á la cavidad torácica; en una palabra, practiqué una PLEUROTOMIA. Tan pronto como acabé de hacer esta incisión, salió una buena cantidad de pus que aumentó notablemente cuando introduje mi dedo indicador de la mano derecha por esta incisión. Una cosa que me llamó la atención fué, que cuando el enfermo tosía, el pus salía con más facilidad y después solamente salía el pus cuando tosía el enfermo.

Decía yo que esto me llamó la atención, y le dí desde luego una interpretación muy favorable para la salud del paciente que más tarde se vino á confirmar, como se verá adelante. La cantidad de pus que salió fué como de unos 500 á 600 gramos. Una vez que ví que ya no salía el pus espontáneamente, ni aun al toser, procedí á la desinfección de esta cavidad, acabando de sacar todo el pus del derrame. Por medio de un irrigador lavé la cavidad pleural con agua hervida, mezclada con una solución de ácido bórico al 4%, de modo que quedara la solución, una vez mezclada con el agua hervida, al 2%. Introduje el tubo del irrigador que era de cristal, al terminar el de goma, en la cavidad y comencé á lavarla, saliendo esta solución al principio con una buena cantidad de pus, cantidad que fué disminuyendo, y por último ya salió la solución al parecer completamente limpia. Al hacer estos lavados hacía yo que el niño cambiara de postura para que la solución lavara bien toda la cavidad y se hiciera una desinfección completa. A pesar de haber salido el líquido del lavado al parecer limpio, pensaba yo seguir lavando la cavidad para estar seguro de que hacíamos prácticas de desinfección rigurosas, pero ya no fué posible el volver á introducir la cánula de cristal del irrigador, pues algo se había interpuesto al paso de ella.

Desde luego me vino la idea de que debía ser el pulmón y

solamente el pulmón el que podía impedir el paso de la cánula del irrigador, de lo que me cercioré introduciendo mi dedo indicador derecho por la herida operatoria, obteniendo desde luego la sensación que da un pulmón sano. Además, he dicho que cuando salió el pus después de practicada la pleurotomía, salía con más facilidad cuando tosía el enfermo y después solamente salía cuando le venía la tos, que á esto le dí yo una interpretación que por lo pronto no quise externar. Ahora bien, esta interpretación era que el pulmón aún no se había fijado y por lo mismo al toser el enfermito se iba desplegando; ahora bien esta interpretación fué corroborada por el obstáculo que encontró la cánula del irrigador para penetrar en la cavidad pleural, después de hechos algunos lavados, que, como digo, no podía ser este obstáculo sino el pulmón que vino á ocupar el lugar que le pertenecía y que le fué usurpado por la colección purulenta. A mayor abundamiento, esto quedó comprobado por la curación completa del niño en un corto tiempo, relativamente, y sin volver á lavar la cavidad.

NATURAM MORBORUM CURATIONES OSTENDUM, y en este caso la manera tan completa y pronta como curó el enfermo, no dejó la menor duda sobre el estado en que se encontraba el pulmón, cuando se practicó la pleurotomía. No hubo necesidad de hacer otros lavados, el niño durmió bien esa noche, habiendo desaparecido la tos; al siguiente día tenía su temperatura normal y había recobrado el apetito.

Este caso es sumamente elocuente, pues él nos demuestra que cuando se evacuan estos empiemas oportunamente, y se procura por medio de prácticas de desinfección rigurosa combatir la infección de la cavidad ocupada por el derrame, la curación se simplifica, abreviándose, y recobrando el paciente la salud por completo, sin quedar lacrado para el resto de su vida, como pasa cuando curan estos empiemas sin que el pulmón vuelva á ocupar su lugar, por haberse modificado su estructura, esclerosándose y presentando la consistencia de la carne, quedando fijo y relegado á la parte alta de la canaladura costo-vertebral, siendo estas consecuencias fatales el resultado de no diagnosticar estos pnotórax á su debido tiempo para intervenir oportunamente.

Cuando se emprende la operación largo tiempo después de haberse formado el empiema, la curación es larga y se dificul-

ta; ya no basta una simple pleurotomía, se necesita añadir á esta operación la resección de una ó de varias costillas para practicar una amplia abertura que facilite la salida del pus y á la vez la entrada y salida de las soluciones antisépticas, con las que se lava la cavidad. No pudiendo el pulmón desplegarse para volver á ocupar su lugar invadido por el derrame, forzosamente el aire tiene que venir á ocupar esta cavidad, hasta que el organismo por sus esfuerzos, y modificando la forma del tórax y movilizandó ciertos órganos, hace desaparecer esta cavidad. Durante este tiempo, el papel del cirujano se ha limitado á reducir la infección, hasta donde le ha sido posible, por medio de las prácticas rigurosas de desinfección, disminuyendo así la cantidad de pus para evitar que siga agotando al paciente.

Para abreviar la curación en estos casos se ha recurrido á las operaciones TORACO-PLÁSTICAS, que no han dado hasta ahora los resultados favorables que de ellas esperaban los cirujanos que las han emprendido. Fué Estlander (de Helsingford), el primero que ideó y practicó esta operación que lleva su nombre, y que pronto dejó de practicarla en vista de los fracasos, habiendo continuado ejecutándola Letiévant (de Lyon), con los mismos malos resultados, modificando esta operación Max Schede, sin obtener tampoco buenos resultados. Todas estas operaciones toraco-plásticas, consistían en resecar varias costillas de arriba á abajo, con el objeto de disminuir la extensión de la pared torácica, y de esta manera aproximándola al mediastino, contribuir á la desaparición de la cavidad ocupada por el derrame, ya que el pulmón no podía volver á ocuparla; pero repito, estas operaciones no han dado los resultados favorables que de ellas se esperaban los cirujanos que las han emprendido, demostrando la estadística á la vez que no eran tan inofensivas como se decía, razones por las que casi han sido abandonadas.

Quédame para terminar este imperfecto trabajo, el decir unas cuantas palabras sobre el tratamiento de los derrames de aire y de sangre, así como sobre los derrames mixtos de aire y de sangre á la vez.

Los derrames de aire ó NEUMOTÓRAX por sí solos curan, reabsorbiéndose el derrame, siempre que con el aire no hayan pe-

netrado los gérmenes de la supuración, ó hayan penetrado en corto número, encargándose el organismo de destruirlos, y ya he dicho que cuando el aire viene á coleccionarse en la cavidad peural, penetrando por los bronquios lesionados, la infección generalmente no se produce por venir este aire esterilizado. Esto lo vemos en las fracturas de las costillas cuando la pleura y el pulmón han sido desgarrados por las extremidades de los huesos fracturados, sin que haya herida de la piel.

Cuando estos derrames vienen á consecuencia de las heridas penetrantes de pecho, es también lo más frecuente que se absorba el aire sin que venga la infección; pero si ya están más sujetas á esta complicación, si el aire ha penetrado por la herida, siendo la infección más frecuente cuando el derrame es mixto, es decir, que se ha derramado alguna sangre en la cavidad pleural. En todos estos casos el cirujano debe, durante los primeros días, atender á la lesión traumática y esperar la marcha del derrame; si no viene la infección, el cirujano habrá contribuido en gran parte con su conducta de abstención prudente á la curación del enfermo; pero si ésta se presenta desde luego, ya se tiene la pleuresía purulenta, y una vez cerciorado de que existe el pus en la cavidad, la indicación es el evacuarlo y desinfectar la cavidad, como acabo de exponerlo al hablar del tratamiento de los *piotórax*.

En los derrames sanguíneos, cuando no son abundantes, una conducta expectante racional es la que debe seguirse, observando entre tanto cuidadosamente al enfermo para intervenir con toda oportunidad en caso de que se presente la infección. Si recomiendo esta conducta, es porque la he visto dar en muchos casos los mejores resultados. El organismo por sus esfuerzos, y ayudado por una higiene conveniente, cura a herida. En los casos en los que los derrames sanguíneos son abundantes para que se revelen por sus cuadros clínicos propios, la anemia generalizada se hace muy aparente, presentándose á la vez una disnea intensa, debida tanto á la pérdida de sangre, como á la compresión pulmonar, indicación casual, tiene que llenarse aun cuando sea en parte haciendo la extracción del derrame.

Esta extracción debe hacerse por punciones repetidas, más bién que por medio de una sola punción y sobre todo no debe extraerse la sangre por medio de la pleurotomía. Al aconsejar

que se extraiga la sangre por aspiraciones repetidas, más bien que por una sola punción, es porque cuando estos derrames son abundantes, es porque vasos de grueso calibre han sido interesados y la sangre del derrame por la compresión que ejerce sobre estos vasos contribuye á la hemostasis. Ahora bien, si en una sola sesión se extrajere toda la sangre repentinamente cesaría la presión sobre el vaso, produciendo una hemorragia secundaria que abreviaría la vida del paciente. Con las punciones repetidas se va observando el efecto de ellas, habiendo menos probabilidades de que se repita la hemorragia. Siguiendo esta conducta, puede decirse que si la hemorragia inmediata no es incompatible con la vida del enfermo, curará.

En cuanto á la PLEUROTOMÍA, la creo doblemente contraindicada, pues además de que por medio de ella se tiene que extraer todo el derrame, el aire forzosamente tiene que penetrar por la herida operatoria, produciéndose con toda seguridad la infección que, como he dicho, afecta mayor gravedad en las personas que han tenido hemorragias por lo mismo en estos derrames epronóstico, de por sí muy grave, se haría mortal por la infección de la pleura. La PLEUROTOMÍA, á mi juicio, solamente está indicada cuando el hemotórax se ha transformado en un piotórax estando la pleura ya infectada, pues las punciones con el trocar no permitirían hacer prácticas de antisepsia rigurosas para combatir la pleuritis purulenta.

Para comprobar lo dicho, voy á decir unas cuantas palabras sobre un caso conocido de todos los señores Académicos por las circunstancias que en él mediaron. Me refiero á la herida penetrante de pecho por arma de fuego que causó la muerte del Ingeniero David Olivares, teniendo lugar ese acontecimiento el mes de Agosto del año próximo pasado. Este herido fué llevado al Hospital Juárez el día 12 de dicho mes y fué colocado en la Sala que está á cargo del Dr. Zárraga. Tenía una herida penetrante de pecho, habiendo penetrado el proyectil por el tercer espacio intercostal derecho, presentándose como síntoma predominante una sofocación intensísima, una verdadera ORTOFNEA. A pesar de que el estado de gravedad del herido no permitió hacerle un examen prolijo del tórax, el Dr. Zárraga desde luego comprendió que esta sofocación era debida á una hemorragia interna abundante (HEMOTÓRAX,) viéndose obligado hacer dos

punciones con el trocar para ver si se podía calmar la sofocación.

Hizo estas punciones, como él dice, muy parsimoniosas, pues temía, y con sobrada razón, que una vez que por la extracción del derrame cesara la compresión del vaso, ó vasos divididos, se produjera la hemorragia y se le quedara muerto el paciente al estarlo operando. Afortunadamente no fué así, pues el enfermo murió el día 18, es decir, seis días después de haber sido llevado al Hospital. En las dos punciones se le extrajeron aproximadamente mil quinientos gramos de sangre. La autopsia hizo ver: que el proyectil que había penetrado por el tercer espacio intercostal derecho había interesado el pulmón, así como la arteria pulmonar, encontrándose en la cavidad torácica dos litros de sangre. El proyectil no interesó la arteria intercostal.

La primera punción dió seiscientos gramos, y en la segunda se extrajeron novecientos gramos de sangre.

La conducta que siguió el Dr. Zárraga en este caso estuvo enteramente conforme con las ideas que acabo de exponer sobre el tratamiento de estos derrames, pues á la vez que trató de llenar la indicación urgente de combatir la disnea tan intensa, que era el síntoma predominante, procuró evitar la infección y si esta lesión no hubiera sido incompatible con la vida, tal vez la curación del herido se hubiera obtenido, debida, en gran parte, al tratamiento que se puso en práctica.

Este caso debe contarse entre los excepcionales, pues llama y mucho la atención que un individuo sobreviva seis días á una lesión de la arteria pulmonar hecha por un proyectil.

Deseaba yo hablar sobre los derrames consecutivos á las lesiones inflamatorias ú orgánicas, pero por no alargar más este trabajo me he limitado á hablar de los derrames consecutivos á las lesiones traumáticas, manifestando que son las fracturas de varias costillas con desgarradura de la pleura y del pulmón, pero sobre todo las heridas penetrantes de pecho, las que se acompañan y se complican de estos derrames.

México, Mayo 12 de 1990.

TOBIÁS NÚÑEZ.