

## Operación del empiema

---

TRABAJO QUE PRESENTA A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EL

DR. JOSÉ MARÍA GAMA,

COMO ASPIRANTE A UN SILLÓN EN LA SECCIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La cirugía del tórax ha sufrido en los últimos cincuenta años una transformación tan completa que se puede decir que gracias a la asepsia el bisturí del cirujano ha llegado a órganos como el pulmón y el corazón, y regiones como el mediastino que eran para el operador, lo que la cima del Himalaya para el viajero: inaccesibles.

Antes de entrar en algunas consideraciones a propósito del tratamiento quirúrgico de los derrames de pecho, con motivo de tres casos de curación que referiré después, voy a hacer un resumen histórico que comprende tres períodos importantes: el primero relativo al año de 1856, en el que el ilustre clínico don Miguel Jiménez, expuso sus ideas en las notables lecciones que publicó con el nombre "Hí, drotórax," designación con que en su época eran conocidos los derrames de pecho-cualquiera que fuera su naturaleza.

El señor Jiménez con su clarividencia fué el primero que propuso llamar a los derrames en que el pulmón pierde la posibilidad de volverse a dilatar y en que

queda necesariamente un vacío en la cavidad pleural, derrames necesarios. En su época el tratamiento quirúrgico estaba reducido a las punciones repetidas, evitando hasta donde era posible la entrada del aire, cuando no había aún aspiradores; en el año de 66 usó la punción y canalización con el trocar de Chassaignac (1), que modificó después el doctor Villagrán. Lo más a que llegó en la era preaséptica y esto casi siempre con mal resultado, pues casi todos los pacientes morían de septicemia aguda o crónica, fué a la pleurotomía. Los enfermos de enfisema que curaban o más bien dicho que salvaban su vida, eran aquellos en que se hacía una fístula pleural, sobre todo cuando ésta desempeña el papel de válvula, es decir que deja salir el pus en la espiración y se cierra en la inspiración (2).

En 1882, es decir, en pleno período listeriano, la cirugía del tórax adelantó muy poco: las punciones con los aspiradores y la pleurotomía más amplia, a eso se redujo todo el progreso. Gracias a la curación de Lister y al empaque algodónado de Guérin las infecciones fueron mucho menos frecuentes y los cirujanos vislumbraron para el porvenir intervenciones que actualmente han entrado ya en la práctica diaria de la cirugía de pecho.

El descubrimiento inmortal de Pasteur y el genio quirúrgico del Cirujano de Edimburgo, trajeron el reinado de la asepsia, y a ella y a los progresos de la Anatomía, junto con la invención de los cirujanos que han aumentado el arsenal quirúrgico y perfeccionado el material de curación, debemos el adelanto maravilloso que la cirugía de pecho ha realizado en la primera década del presente siglo.

La aplicación de los rayos X y de los compases de mensuración, para la investigación de los cuerpos extraños y su localización exacta, ha hecho que la cirugía del pulmón sea ya una cosa corriente, y en la temible guerra que azota a la Europa y casi a medio mundo, en que los heridos se cuentan por millones, los cirujanos han tenido un campo de observación tan vasto, como no recuerda la historia nada semejante. Las guerras napoleónicas, que asombraron al mundo y que inspiraron al gran cirujano Larrey las famosas memorias, van a parecer un juego de niños, cuando se comparen con las de la actual cirugía militar, en que (comparando) habrá que tomar el millar como unidad para hacer las estadísticas. Entonces veremos lo que ahora apenas conocemos por la escasa prensa médica que nos llega: que la cirugía militar ha progresado de una manera admirable y que con la nueva táctica guerrera, han aparecido complicaciones y entidades morbosas que nos eran del todo desconocidas. No es mi ánimo hablar de todos los progresos que la Cirugía ha hecho con las intervenciones en la cavidad torácica y en el pulmón; sólo me limitaré a lo que se refiere a los derrames de pecho purulentos; pero antes quiero referir brevemente las tres observaciones de que hablé y a propósito de ellas, decir cuáles son mis ideas sobre las distintas operaciones que hoy se hacen, muchas de ellas innecesarias. La primera observación se refiere al niño P., de 5 años, que fué atacado de una bronquitis aguda, la que dejó dos síntomas: la tos que cambió de carácter y se hizo seca, y la fiebre que volvió a aumentar por las noches llegando a veces a más de 39°; en estas circunstancias fuí llamado, y explorando al pequeño me encontré lo siguiente: tos seca y disnea, cuarenta respiraciones por minuto, matitez completa en todo el tórax, llegando por detrás hasta la espina del omoplato, falta absoluta de las vibraciones, y a la auscultación, ausencia de todo ruido. Esto suce-

---

(1) GAMA J. DE D.—Derrames de pecho.—Tesis de recepción.

(2) Tesis de BRASSETI.

de siempre que la pleura está llena de pus. En el vértice del pulmón derecho sólo se oían algunos estertores y un ligero soplo, con resonancia de la voz; el niño acusaba a veces ligeros escalofríos y sudores nocturnos; el estado general malo y el enflaquecimiento notable. Se hizo una punción con una jeringa de inyecciones, con la aguja gruesa y se sacó el pus hasta que se llenó la jeringa; tenía el aspecto de un pus cremoso de buena calidad; se confirmó que se trataba de una pleuresía purulenta de neumococos. La intervención era urgente, pues el niño sólo respiraba por un pulmón. Se hizo la pleurotomía en el lugar de elección, haciendo una incisión amplia de 8 centímetros y después de sacar más de tres bandejas de las de ríñon de tamaño común, llenas de pus, con muchos grumos y bolas albúminofibrinosas, blandas, algunas del tamaño de una canica común. Se canalizó con dos tubos lo más gruesos posible, y se hizo una curación aséptica y empaque algodonado de Guérin. La anestesia en el enfermo fué rápida, y sin accidentes; dió el cloroformo el doctor Juan González, y me ayudó el doctor Amézcuca. El alivio fué como era de esperar, inmediato; la evolución regular, sin accidentes de importancia; desapareció la calentura a los cuatro o cinco días y los tubos que se fueron disminuyendo de tamaño y grueso a medida que se iba ampliando el pulmón y desapareciendo la cavidad, fueron quitados a los treinta días en que el niño estaba enteramente curado. Naturalmente que el tórax que antes de operar estaba muy ensanchado del lado correspondiente, sufrió la natural deformación, hundiéndose sus paredes y disminuyendo la capacidad torácica de ese lado. Un año después que volví a ver al niño, el tórax tenía su forma y dimensiones normales y sólo la cicatriz era la única señal del padecimiento. El pequeño estaba lleno de vida, alegre y contento, parecía otro. La segunda observación se refiere a una niña poco mayor, de 7 a 8 años, a quien ví como unos quince días después y en el mismo año de 1912. El doctor que la atendía la creía atacada de una bronquitis, que según me dijeron había pasado al estado crónico; el método curativo, de acuerdo con el diagnóstico, no tenía razón de ser; reconocí a la pequeña y me encontré un cuadro idéntico al del niño P., aunque el estado general era mejor en la niña, que estaba menos enflaquecida; la misma matitez, completa, excepto en la parte posterior del vértice del pulmón derecho, falta de vibraciones y ausencia de todo ruido anormal, tos seca, disnea y calentura de 38 a 39 grados por las tardes; en el otro pulmón uno que otro estertor grueso y algunos subcrepitantes; a veces, había pequeños escalofríos y sudores nocturnos. Al otro día hice una punción alta, en el 4.º espacio, y salió un pus igual al del caso anterior, que llenó la pequeña jeringa; se trataba también de una pleuresía neumocócica que llenaba la cavidad pleural derecha. Dos días después y ayudado por las mismas personas, le hice una pleurotomía en el lugar de elección: salieron como tres bandejas de pus, procurando como en el caso anterior que éste saliera poco a poco, para evitar una brusca descompresión; canalización y curación iguales; esta enfermita tuvo un curso feliz con ligeros accidentes cuando algún tubo canalizaba mal; pero a los treinta y un días, uno más que en el caso anterior, se quitaron los tubos o más bien dicho se encontraron fuera después de la última curación. La deformación del tórax tuvo un cambio idéntico y algunos meses después las cosas volvieron a su estado normal. Esta niña engordó, recobrando su color; la deformación del tórax, casi insignificante, debe de haber acabado por desaparecer, dos o tres meses después, a juzgar por el cambio habido en los tres primeros. De estos dos casos serios, sobre todo el primero, que fué grave, deduzco, teniendo en cuenta otros varios que he visto y operado, que los empiemas de los niños, aunque el derrame llene del

todo la pleura, y el pulmón esté comprimido fuertemente, curan con una simple pleurotomía, pues el pulmón de los niños se dilata mejor y con más facilidad que el del adulto, y por otra parte, el tórax es aún suficientemente elástico, para poder dilatarse primero (lo que explica la abundancia de los derrames), y retraerse después lo necesario para que venga la curación. Esto se refiere a las pleuresías neumocócicas puras. Cuando hay asociaciones microbianas sobre todo con el estreptococo, las cosas son más graves y en la Clínica de Pediatría Quirúrgica, nos mandaron una vez un niño operado de un empiema consecutivo a una neumonía, el que ya iba con todos los síntomas de una piosepticemia. Le habían operado haciéndole una pleurotomía, y teniendo en cuenta que llevaba más de veinte días de operado, y que sólo duró cuatro días más, me inclino a creer que la complicación gravísima que le mató, fué debida al poco cuidado en las curaciones de practicantes y enfermeras. Esto se confirma por lo que voy a decir, que es grave y que refiere un practicante en su tesis; que en el Hospital "Juárez" al hacer la autopsia de los enfermos muertos de empiema de origen traumático, se han encontrado tubos de canalización y hasta gasas, *enquistadas dentro de la cavidad pleural*. ¡Esto no necesita comentarios!

No obstante lo dicho, hay casos en que a pesar de que las curaciones sean hechas con la más rigurosa asepsia, puede infectarse la cavidad pleural, pues no hay que olvidar que la asepsia absoluta es un mito y que cuando el terreno es fértil, basta la más pequeña simiente para producir una planta vigorosa. Por eso es que el terreno, es decir, el estado general del operado, es tan importante; por mi parte, yo que operé tanto en la era preaséptica, le doy al terreno en que se opera el primer lugar; en un organismo que se defiende bien, es muy fácil triunfar aunque se metan algunos enemigos en el campo de la operación; lo contrario en un mal terreno, aunque se haga la asepsia más rigurosa. Esto no quiere decir otra cosa, sino que un buen cirujano es el que hace las dos cosas: contar con un buen terreno, o cuando menos abonarlo lo mejor posible y hacer siempre una asepsia lo mejor que esté a su alcance y lo más completa posible.

El tercer caso se refiere a un joven de temperamento linfático, de 16 años, que tuvo una pleuroneumonía doble, gravísima, que felizmente pude curarle; al principio de la convalecencia le empezaron a aumentar de nuevo la tos y la disnea, le vino la fiebre de tipo remitente y en poco más de quince días se le formó un empiema que llenaba casi toda la cavidad pleural derecha; practicada la punción se confirmó el diagnóstico y se decidió operarlo. Creyendo lo que dicen algunos autores, que en los jóvenes de la edad de nuestro enfermo, basta la pleurotomía simple, lo operé en compañía del doctor Amor, entonces recién recibido, haciéndole una incisión amplia en el lugar de elección con anestesia local; salió una enorme cantidad de pus con pedazos de falsas membranas fibrinopurulentas, se le pusieron dos tubos gruesos de canalización y se curó asépticamente. Como pasaran más de quince días y me convenciera yo de que el pulmón no se dilataba lo suficiente para llenar el vacío pleural, decidí operarlo nuevamente. Con anestesia clorofórmica hecha por un practicante y en unión del mismo doctor Amor, le hice, aprovechando lo que quedaba de la herida y ampliándola debidamente, una operación de Estlander, resecaando dos pedazos de costilla de más de 10 centímetros en el lugar de elección; se canalizó con dos tubos gruesos y se curó debidamente. Después de la segunda operación, el enfermo empezó a mejorar en todos sentidos, pero en las curaciones tuve que hacer por necesidad lo que nunca hago ni en los empiemas ni en los abscesos de hígado operados y canaliza-

dos; lavados intrapleurales, casi siempre con soluciones ligeras de permanganato de potasio y otras veces con soluciones de yodo yoduradas débiles. La razón de esto, fué que las membranas que se iban desprendiendo poco a poco, no salían bien por los tubos y a más los tapaban, lo que hacía que no canalizaran debidamente. Las curaciones al principio terciadas se fueron haciendo con intervalos muy largos, hasta que por fin a los nueve meses de lucha, se quitaron los tubos y el enfermo curó con una deformación extraordinaria en su tórax; del lado operado las medidas daban una disminución de 7 a 8 centímetros comparando el lado operado con el izquierdo, que era el sano. Naturalmente que todo este tiempo no estuvo el enfermo encerrado, al contrario, como al mes y medio después de la intervención, empezó a salir y después paseaba diariamente varias horas en la Alameda. He consignado este caso, no porque la operación tenga nada de raro ni de notable sino porque es muy instructivo y se presta a muchas deducciones, que son otras tantas enseñanzas prácticas. Antes de entrar en ellas debo decir que este joven, que llegó a reponerse y a trabajar volviendo a su estado normal, murió dos años y meses después, de una albuminuria, sintomática a mi modo de ver, de una degeneración de los riñones, probablemente amiloide; ocho meses antes de morir, se le hicieron dos úlceras simétricas en la parte interna de las piernas en el tercio inferior, del tamaño de una moneda de veinte centavos, y sin que nunca se pudieran cicatrizar. Yo creo que la supuración prolongada y la eliminación por tanto tiempo de las toxinas, fué la causa de ambas complicaciones, produciendo una neuritis que trajo las perturbaciones tróficas que ocasionaron las úlceras simétricas y la lesión renal que mató al enfermo. Hay que recordar que las úlceras vinieron producidas y acompañadas de dolores en las piernas. Otra deducción importante es, que no es cierto que baste en los jóvenes como en los niños la pleurotomía simple, sino que hay que hacer siempre la resección de las costillas, en mayor número, a veces cuatro o cinco, dos costillas cuando menos, pero en estos casos no haciendo el procedimiento de Doyen que deja el tórax casi sin esqueleto del lado operado, sino haciendo una modificación operatoria, al procedimiento de Queuu, de manera que a los fragmentos de costilla que forman el *plastrón*, (1) se les reseque un pequeño trozo en la parte media de un centímetro, con objeto de que el tramo de pared torácica que se va a hundir produzca un hundimiento angular semejante al que se hace en el Doyen, pero no formado únicamente como en éste por las partes blandas, sino además por pedazos de costillas que en estas condiciones sí producen la reducción notable de la cavidad que es el objeto final de todos los métodos de toracoplastia. El Doyen, debe a mi modo de ver, reservarse para aquellos empiemas viejos y fistulizados o no, pero en que se tiene la convicción de que el pulmón no se dilatará ya jamás. Estos casos por regla general no curan nunca.

Aún no ha dicho la Cirugía su última palabra, sobre el asunto, y actualmente los cirujanos buscan el modo de sustituir el derrame con un gas inocente que llene la pleura de modo que se vaya absorbiendo a medida que el pulmón se dilate. La idea no es nueva y en la era preaséptica ya se pensó en esto entre nosotros, pues en la Sociedad Familiar el doctor J. M. Rodríguez propuso inyectar protóxido de ázoe o ácido carbónico con un trócar especial de doble corriente; esta idea no llegó a realizarse, pues con la curación listeriana se empezó, como ya dije, a usar más la pleurotomía.

---

(1) La palabra "plastrón" es un galicismo que debe sustituirse por otra palabra.

Los jóvenes cirujanos entre nosotros, con ese afán de operar, tan propio de la juventud, hacen ahora hasta el método de Doyen, en empiemas agudos, cuando el pulmón aún puede dilatarse; esto no tiene razón de ser, pues el deber del verdadero cirujano es curar al enfermo con las menores mutilaciones, y no debe privarse al tórax de la protección huesosa que le dió la naturaleza, sino en aquellos casos en que sea absolutamente indispensable; y no hay que olvidar que en estos casos, el pulmón acabará por volver a ocupar toda la cavidad del tórax, y entonces quedará muy mal protegido.

Sería un trabajo fuera de los límites del presente decir todo lo importante que hay sobre este asunto; si la honorable Academia me hace el honor de admitirme como uno de sus miembros, tendré la oportunidad de proponer que sea puesto a discusión este interesante ramo de la cirugía del tórax, y a ella será a quien toque resolver cuáles son actualmente los mejores métodos de curación en los casos de empiema en que el cirujano tenga que intervenir: sea que se trate de empiema simple en que el pulmón es dilatable, o de esos derrames purulentos con cavidad necesaria, que siguen siendo hasta el día, la desesperación de los operadores.

México, 29 de mayo de 1916.

