matozoarios, pero el área creció de nuevo visiblemente. Siguieron varias series iguales alternadas de cacodilato y de colobiasa con los mismos resultados siempre. Al final no se advirtió un cambio general favorable en la paciente. Casi en el mismo estado en que empezó la observación abandonó el Hospital.

En resumen: de este cortísimo número de hechos se deduce que la quinina coloidal no es superior a las sales de quinina comunes en el tratamiento del paludismo, en las dosis medias en que se usan una y otras.

Que la vía venosa puede emplearse con una y con otras sin perjuicio casi nunca, pues los accidentes provocados por dosis de un gramo de cloruro de quinina son excepcionales.

México, 11 de abril de 1917.

Algo sobre el tratamiento quirúrgico de los derrames de la pleura.

DR. J. RAMÓN ICAZA.

A fines del año último de 1916 tuve ocasión de asistir a un enfermo de treinta y tantos años de edad que vino a esta capital, procedente de uno de los Estados de nuestra República, con un gran derrame en la pleura izquierda, el que había sido punzado dos veces con un intervalo de quince días, sin que se consiguiera el menor alivio.

El diagnóstico puede decirse que estaba ya hecho, pues se me dijo que había salido pus en dichas punciones; además, los síntomas de amplitud de la caja torácica en el lado izquierdo, la dilatación de los espacios intercostales, la falta de vibraciones, la obscuridad a la percusión, la ausencia de los ruidos de la respiración, etc., eran bien manifiestos e indicaban, sin dar lugar a duda, la existencia de una gran cantidad de líquido en la pleura, y si a éstos se agregaban los síntomas funcionales de fatiga y tos con alguna expectoración catarral, y el enflaquecimiento, y una calentura periódica de tipo intermitente con bajas en las mañanas de 37° a 37°.5 y subidas en las tardes de 38° a 39°, las que eran seguidas de sudores, seguramente que cualquier médico medianamente instruido comprendía que ese líquido era purulento.

Respecto a la naturaleza del pus, podría temerse que fuera tuberculoso a pesar de que no había antecedentes de esta enfermedad en la familia, ni padecimientos escrofulosos en la niñez y de que, según decía el paciente, el principio de su mal fué una pleuroneumonía que tuvo en el mes de junio, considerada como fibrinosa por los médicos que lo asistieron.

Para aclarar este punto hubiera sido conveniente analizar el líquido extraído; pero esto no se hizo allá en su casa tal vez por falta de elementos científicos, y aquí tampoco se mandó hacer porque consideramos que en todo caso la indicación era la misma: darle franca salida, y también porque

no creí que debía obligar a la familia a hacer un gasto que en esa época era relativamente crecido. Tampoco me pareció necesario hacer una previa punción exploradora, sino ya en el momento de operar y estando anestesiado el enfermo, lo cual siempre debe practicarse, pues ya he visto algún caso en el que un cirujano entendido, creyendo en la existencia de un derrame, hizo una incisión profunda hasta la pleura, y no lo encontró.

La operación, que fué una simple pleurotomía, la practiqué el día 28 de septiembre, ayudándome el Dr. Ruiz Esparza y dando el cloroformo el Dr. Garza Ríos. Después de haber extraído algunas gotas de un líquido purulento con una pequeña jeringa de Pravaz, hice con franqueza una incisión como de ocho centímetros de largo en el séptimo espacio intercostal y sobre la línea axilar, siguiendo el borde superior de la octava costilla hasta llegar a la pleura, y entonces, al dividir esta membrana en una extensión de solo dos o tres centímetros, salió inmediatamente un chorro de pus. Cubriendo la herida con un pedazo grande de algodón, suspendía de cuando en cuando la salida de dicho líquido, con la idea de evitar la descompresión brusca del pulmón y del corazón, y de esa manera fuí dando salida poco a poco a más de dos litros de un pus mal ligado con el que se mezclaban gruesos copos de natas caseosas.

La respiración que era algo difícil al comenzar la cloroformización, se regularizó algún tanto; pero no vino la tos que casi siempre tienen los enfermos cuando se vacían los derrames de la pleura, y es debida a los esfuerzos que hace instintivamente el pulmón para dilatarse y recobrar su posición normal.

Estando mi enfermo muy agotado y por lo mismo sin resistencia para sufrir una mayor intervención, me limité a ampliar la herida de la pleura y a canalizar con dos tubos gruesos de goma y una tira larga de gasa yodoformada. Encima colocamos un grueso apósito de gasa y algodón, y aplicamos un vendaje ligeramente compresivo.

El enfermo se sintió aliviado al despertar del sueño clorofórmico, y la temperatura bajó en la noche a 37°.4.

Al día siguiente se cambió la curación, que estaba materialmente empapada de pus, sin tocar los tubos y la gasa que servían para la canalización capilar. Al tercer día se quitó ésta sustituyéndola por otra, y en los siguientes fué reemplazada con otros tubos de goma que se fijaron con alfileres de seguridad.

Como la calentura, aunque poco elevada, no desaparecía completamente, me pareció indicado, y así lo hice, lavar el foco pleural con agua aséptica y caliente, mezclada con agua oxigenada. El resultado fué muy bueno; la elevación vespéral de la temperatura se quitó, y el enfermo pudo dormir y alimentarse mejor; de manera que después de algunos días le permití que se levantara y saliera de su recámara.

Con el fin de procurar la expansión del pulmón, aconsejé a mi enfermo que procurara hacer inspiraciones profundas y toser; pero poco o nada conseguía; era indudable que se había formado una cavidad necesaria; ni el pulmón, estando aprisionado, podía aproximarse a la pared costal, ni ésta podía unirse a aquél, impidiéndoselo la natural rigidez de las costillas. En-

tretanto la supuración seguía abundante, y pensando en que si no se intervenía, nuestro paciente se iría agotando sin esperanzas de salvarse, decidí practicar la operación de Estlander.

Fué ésta ejecutada el 27 de octubre y consistió en hacer un gran colgajo de base posterosuperior que se levantó para descubrir las costillas, y en la resección de cuatro porciones, la quinta, sexta, séptima y octava, en una longitud de 7 a 8 centímetros.

Entonces pudimos no sólo ver el gran tamaño de la cavidad supurante en la que cabía nuestra mano, sino tocar la gruesa y dura membrana que cubría el pericardio y el pulmón. Tratamos de desprenderla, pero convencidos de que esto no era posible, nos contentamos con frotarla con gasa impregnada de tintura de yodo.

El enfermo resistió bastante bien esta segunda intervención, que fué hecha como la primera, observando las imprescindibles reglas de antisepsia, y lo más rápidamente que fué posible. Las curaciones se siguieron practicando diariamente al principio y después cada tercer día.

El estado general del señor X no era malo, más el pulmón permanecía sin desplegarse y aun cuando se notaba que la pared costal se iba como hundiendo y el diafragma se levantaba, no lograban estos esfuerzos del organismo que se unieran las paredes de aquella cavidad, quedando en su parte más alta un espacio en el que las costillas superiores formaban un arco que no se retraía.

Por otra parte, como habían transcurrido más de dos meses contados desde la primera intervención y la supuración seguía, y las fuerzas de mi enfermo iban disminuyendo, resolví ejecutar una tercera, y auxiliado bondadosamente de los mismos compañeros que dejé mencionados, la hice el 5 de diciembre. En esta vez ampliando hacia arriba y atrás el colgajo trazado en la segunda operación, quité unas porciones de 6 a 7 centímetros de la segunda, tercera y cuarta costillas; pero ya no me limité a resecar la parte huesosa de la pared costal sino que extirpé los espacios intercostales, que antes había dejado, y la pleura parietal que estaba unida a ellos, como lo recomienda Sheder.

Avivamos otra vez la membrana del fondo, raspándola con gasa y tocándola con tintura de yodo, con el objeto de estimular la formación de yemas carnosas; suturé los bordes laterales del colgajo y canalicé por debajo de su borde inferior.

Sin duda por la mayor importancia de la intervención y también, seguramente porque mi operado tenía menor resistencia, el caso fué que su temperatura se elevó a 39°.3 en la noche del día en que lo operamos, y que el choque traumático fué mucho más intenso; pero afortunadamente y gracias al cuidado con que se hacían las curaciones, pronto volvió a reponerse, desapareciendo la calentura y consiguiéndose que el blando colgajo se fuera adhiriendo a la membrana que cubría el pulmón. Este, reducido a la mitad o acaso a la tercera parte de su tamaño, funcionaba regularmente, siendo suplida su deficiencia por su congénere del lado derecho.

Quando ya faltaba poco para que cerrara la herida, me manifestó el señor X, que tenía grandes deseos y necesidad de volver a su casa: no me pa-

reció que había peligro en que así lo hiciera, y salió de esta capital el 29 de diciembre, veinticuatro días después de la última operación.

Como era de esperarse, no hubo más accidentes y en el mes de febrero último tuve la satisfacción de recibir una carta de mi enfermo en la que me decía que su herida había cicatrizado, y que se encontraba muy bien de salud.

*
* *

El caso clínico que acabo de referir tiene en mi concepto una muy gran-
de enseñanza.

Para apreciarla creo conveniente recordar, aun cuando sea en términos generales, algunos principios o reglas prácticas respecto del tratamiento de los derrames de la pleura; procedimientos en los que se ve como en otros muchos el enlace íntimo que hay entre la Medicina y la Cirugía.

Es un hecho, en efecto, el que muchos de esos derrames, ya sean simplemente serosos, suerofibrinosos y aun purulentos, se reabsorben por sólo los esfuerzos de la naturaleza o con el auxilio de los medios médicos; pero muchas veces sucede que no curan de esa manera, y que es enteramente necesaria la intervención quirúrgica.

Esta puede reducirse a una sencilla punción (toracentesis), la que se hace generalmente con alguno de los aspiradores conocidos, o a una incisión de la pleura (pleurotomía), resecao o no alguna costilla, o a operaciones mucho más serias como las de Estlander o Sheder.

Sin detenerme en la conveniencia o mejor dicho necesidad de hacer una punción exploradora con una aguja capilar para cerciorarse de la existencia y calidad de un derrame, señalaré algunas de las indicaciones para intervenir, que me ha enseñado la práctica, y en las que creo casi todos los cirujanos estarán de acuerdo.

Los derrames serosos, suerofibrinosos o hemorrágicos, aun cuando sean moderados, se deben vaciar punzándolos si ocasionan gran dificultad y angustia para respirar.

La misma clase de derrames, si son muy abundantes, también está indicado el punzarlos, aun cuando no causen gran disnea.

Los derrames purulentos, sea cual fuere su agente patógeno, casi siempre es necesario darles salida por medio de una incisión franca, y resecao una o más costillas, pues si algunas veces se reabsorben y en algunas otras, menos raras, como en las de neumococo, suelen curar con una o más punciones, esto no es lo común.

Además de estas indicaciones de la pleurotomía, hay otra en la que deseo fijarme especialmente, y es la de no demorar la intervención operatoria cuando por la exploración atenta y repetida del enfermo, se conoce que el derrame no tiende a disminuir: que permanece estacionario o aumenta.

Si se deja pasar el tiempo, el pulmón se retrae, y se forman adherencias que fijan el pulmón de tal manera, que su expansión se hace muy difícil o imposible.

En el enfermo, a quien tantas veces he hecho referencia, se descuidó el operar, y cuando vino a México ya el pulmón estaba fijo en la parte superior

de la canal vertebral. Así se explica que al dar salida al pus, no tuviera ni tos, ni ansia, ni perturbaciones circulatorias, lo mismo que si se hubiera abierto un absceso de las paredes torácicas, y si esto fué hasta cierto punto favorable en el momento de la operación, el pronóstico se agravó, y tengo la creencia de que la muerte hubiera sido el resultado final, si no se hubiera acudido en auxilio de la naturaleza, movilizandole la pared del pecho por medio de las múltiples resecciones de costillas y de la pleura parietal.

México, mayo 25 de 1917.

¿Cáncer o sifiloma?

DR. RICARDO E. MANUELL.

El señor R., abogado, radicado en Zamora, Mich., de 41 años de edad, de buena constitución, hijo de padres sanos, casado hace nueve años y padre de tres niños sanos y fuertes, tiene, como pueden verlo los señores académicos, el aspecto de los individuos llamados de temperamento sanguíneo, por los viejos médicos; se le ve fuerte, vigoroso, gordo sin llegar a obeso; la actividad circulatoria de una sangre rica en hemoglobina se pone en él de manifiesto inmediatamente, por el color de la piel, sobre todo en el rostro, y por la de la mucosa de la boca. Esta persona se ha considerado siempre a sí mismo como hombre sano, pues aparte de uno que otro trastorno dis péptico durante algún tiempo, no cuenta más antecedente patológico de importancia que un chancro adquirido hace diecisiete años y seguido a los dos o tres meses de placas mucosas faríngeas, palatinas y labiales; diagnosticado todo esto último como de naturaleza sifilítica por el Dr. Miguel Silva, de Morelia, y desaparecido muy pronto con un tratamiento mercurial y yodurado, no muy prolongado.

Hoy hace cabalmente una semana se presentó a consultarme sobre su enfermedad.

Me refirió lo siguiente: a mediados del mes de marzo último se encontró en la oquedad de la axila izquierda un tumorcito indolente, muy movable y de forma y tamaño como un huevo de paloma. Consultó al médico de cabecera de la familia y éste afirmó que se trataba de un ganglio infartado, semejante a los de los sujetos escrofulosos, e instituyó un tratamiento con preparaciones yodadas en pequeñas dosis. El tumorcillo fué creciendo progresivamente y a los dos meses alcanzaba un poco menos de la mitad de las dimensiones que ostenta en la actualidad. En virtud de este desarrollo rápido, de la alarma consiguiente y natural despertada en el enfermo y de las dudas expresadas por el médico acerca de la exactitud del diagnóstico formulado en los comienzos de la dolencia, convinieron, médico y enfermo, en aprovechar