

sup

PLEURESIA PURULENTA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DE GUATEMALA

POR

Joaquín Gutiérrez C.

Ex-practicante interno, por oposición del 3er. servicio de Cirugía y
del 1er. servicio de Medicina del Hospital General;
ex-interno del Hospital Militar;
ex-practicante del Cuerpo de Sanidad de Higiene y ex-Cirujano
Departamental.

EN SU EXAMEN PUBLICO PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO



JULIO DE 1894.



GUATEMALA

"Tipografía Moderna," Octava Avenida, Sur Número 4. (Calle del Cármen.)

PLEURESIA PURULENTA

Conocidas desde la antigüedad las pleuresías purulentas, más que las sero-fibrinosas, han sido descritas bajo el nombre de empiema en los tratados hipocráticos y por los médicos griegos y latinos, quienes con frecuencia las confundieron con las cavernas tuberculosas; es necesario llegar á Bayle para encontrar una demarcación bien neta.

La introducción de la bacteriología en el dominio de la patología interna ha venido á reanimar el interés de su estudio.

La bacteriología, fundándose en el estudio de los diversos micro-organismos encontrados en las diversas supuraciones pleurales y en las diferencias entre estas, las ha dividido en varias clases según el micro-organismo encontrado en cada una de ellas.

La clasificación que voy á exponer es la generalmente admitida y será la que me guíe en mi trabajo.

Se distinguen las variedades siguientes:

1ª Verdaderas pleuresías purulentas causadas por organismos piógenos:

Pleuresía purulenta	por	<i>Streptococcus.</i>
"	"	" <i>Pneumococcus.</i>
"	"	" <i>Organismos menos comunes.</i>
	a	<i>Staphylococcus.</i>
	b	<i>Pneumo-bacilo.</i>
	c	<i>Bacilo-tífico.</i>

2ª Pleuresías purulentas tuberculosas.

3ª Pleuresías purulentas pútridas.

El streptococcus piogeno es el agente patógeno que mas ordinariamente se presenta en las pluresías purulentas. (2)

Es, por lo demás, el microbio que con más frecuencia se encuentra en las inflamaciones supurativas de las membranas serosas y en las sinoviales, y débese así mismo reconocer que es aún relativamente más frecuente en las peritonitis y artritis supuradas que en las pleuresías.

Según lo muestra la estadística de Netter, sobre 92 observaciones de pleuresías purulentas en el adulto, 56 son producidas por streptococcus contra 32 por pneumococcus y 4 por microbios diversos.

Estas cifras dan sobre 100 :

Pleuresías por streptococcus	62, 82.
" " pneumococcus	34, 78.

En los niños las pleuresías por pneumococcus son más frecuentes que las de streptococcus.

(2) Streptococcus piogenus, caracterizado en el campo del microscopio por su forma en cadenas. Está formado por células cuyo volumen varía en una misma cadena; de uno hasta cinco milésimos de milímetro. Sobre la gelatina este microbio no la liquida y da una cultura en forma de película redondeada y blanquecina. Sobre el agar-agar se desarrolla más fácilmente en una capa espesa blanquecina y abombada cuyo borde está tallado en declive al rededor de un disco. El espesor de la cultura alcanza de dos á tres milésimas de milímetro.

El streptococcus sobre 29 casos de pleuresías purulentas solo ha sido encontrado 5 veces y en una de ellas asociado al pneumococcus.

La proporción para 100 es:

Pleurcsía purulenta por pneumococcus...	71
“ “ “ streptococcus...	20.7

La llegada del streptococcus á la cavidad pleural no basta para determinar la pleuresía purulenta, sino es, que el microbio penetre en cantidad suficiente, y sobre todo, que en las vecindades de la serosa exista un pequeño foco al nivel del cual la pululación pueda verificarse durante cierto tiempo y al abrigo de toda influencia nociva.

La patología experimental ha demostrado para la pleura y sobre todo para el peritoneo la necesidad de estas condiciones coadyuvantes. La inyección de débiles dosis de una cultura reciente no determina la inflamación de las serosas. Por otra parte, ciertas enfermedades en las cuales la sangre y todos los humores llevan en abundancia streptococcus pueden determinar la muerte sin que la pleura supure ó aún presente una inflamación cualquiera, y por tanto, en la autopsia de estos enfermos la serosidad contenida en las cavidades puede contener gran número de microbios virulentos.

No insistiré más sobre este asunto por ser del dominio de la patología general. Solamente di-é lo necesario para comprender bien la patogenia de las pleuresías por streptococcus y por consiguiente las otras pleuresías purulentas, que solamente se diferencian de las primeras por el microbio que las determina.

Estas se encuentran casi exclusivamente en los casos en que, en contacto inmediato con la pleura

exista un foco que contenga streptococcus. Ordinariamente este foco es aparente en el momento de la autopsia de los enfermos cuya historia anterior demuestra su existencia y precisa su sitio. Algunas veces este foco puede ser de pequeñas dimensiones y escapar al mas atento examen.

Las pleuresías purulentas pueden ser primitivas ó secundarias.

En estas últimas el microbio tiene muchas vías de entrada; puede llegar por los pulmones, por los órganos del mediastino, por la pared torácica, por la cavidad abdominal y por la sangre. Las afecciones pulmonares á consecuencia de las cuales puede aparecer una pleuresía purulenta por streptococcus son: la bronco-pneumonía, la grippe, la pneumonía, la tuberculosis, el cáncer, la gangrena y los abscesos piohémicos del pulmon. Las afecciones de los órganos del mediastino que pueden dar origen á las pleuresías purulentas son: la pericarditis, la propagación de los abscesos de la región cervical y algunas afecciones del esófago. Las de la pared torácica son: fiegmones, linfangitis, afecciones de las mamas, particularmente el cáncer. Las de la cavidad abdominal son: la peritonitis puerperal, los abscesos sub-frénicos, las supuraciones del hígado y del bazo. En fin, ciertas enfermedades generales, tales como fiebre puerperal, la escarlatina, la erisipela, la difteria y la piohemia.

Y también por la penetración directa del microbio á consecuencia de una herida penetrante del tórax (trócar etc.).

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Cuando se hace la autopsia de una mujer muerta de pleuresía puerperal, se halla la pleura casi normal. La enfermedad ha evolucionado

do tan volozmente, que la serosa no ha tenido tiempo de sufrir la transformación inflamatoria. Todo se limita á una ligera rubicundez y engrosamiento de la serosa. Así se comprende que Cohnheim haya podido decir que en este caso el pus estaba formado por glóbulos blancos de la sangre salidos de los capilares; que Robin haya admitido su desarrollo espontáneo en el líquido; y que Virchow los haya atribuido á una simple proliferación del epitelio. Cuando el empiema no evoluciona con extremada rapidez, la pleura sufre transformaciones profundas.

Las pleuras costal y pulmonar presentan en su superficie depósitos amarillentos, blancos y poco espesos. Si se trata de pleuresías consecutivas á una inflamación de vecindad, los exudados son abundantes, sobre todo al nivel del órgano lesionado. Es común encontrar en estos casos por debajo de las falsas membranas, tramas de un blanco amarillento formadas por vasos linfáticos llenos de pus.

Las alteraciones parenquimatosas que presenta pueden generalizarse ó acantonarse en ciertos puntos (pleuresías enquistadas). La pleuresía purulenta tiene cierta tendencia á enquistarse y este es uno de sus caracteres más salientes.

Hay varias clases de enquistamiento: 1º el enquistamiento interlobular. Aquí el pus se halla en una de las cisuras interlobulares. La bolsa puede tener el volúmen del puño; se asemeja á un absceso incrustado en el parenquima pulmonar. Las paredes del quiste están formadas por un lado por el tejido pulmonar rechazado hacia arriba, abajo y adentro y hacia afuera por adherencias más ó menos fuertes.

2º El enquistamiento mediastinal se halla entre la cara interna del pulmón y el mediastino.

3º El enquistamiento supra-diafragmático, entre la cara superior del diafragma y la base del pulmón.

4º El enquistamiento anterior entre la pared costal y el corazón.

5º El enquistamiento lateral externo, y

6º El enquistamiento de vértice.

Estas tres últimas variedades son muy raras. Las lesiones parenquimatosas pueden no estar limitadas á la pleura; así, en ciertos casos se ve la hoja visceral de ésta hacer cuerpo con el pericardio, siendo muy difícil separarla.

El exudado purulento se halla libre ó enquistado y es de un color y consistencia variables; al principio es opalino, después sero-purulento y por último purulento. Por la opacidad que presenta el pus al principio, ha llegado á creerse por un examen superficial en la existencia de un derrame sero-fibrinoso; son estos sin duda los casos que hacen pensar en la transformación purulenta de los derrames serosos. En estos derrames examinados al microscopio se observa un número considerable de glóbulos blancos y rojos y fibrina. El examen microscópico y las culturas dejan ver muchos *micrococcus* piógenos reunidos en cadenas más ó menos largas.

El exudado opaco se hace más tarde sero-purulento. Abandonado á sí mismo, se divide en dos partes; la serosidad sobrenada y el pus va al fondo, pus amarillo grueso semejando un sedimento fino y poco espeso. Esta separación se hace también en la cavidad pleurítica y de aquí que al hacer la punción con la geringa de Pravaz, se extraiga serosidad transparente, en tanto que por la evacuación completa del contenido pleural se extraiga un líquido netamente purulento.

Cuando los glóbulos de pus aumentan, el suero disminuye, el derrame se vuelve más espeso y toma un tinte grisáceo, verde ó moreno.

No diré gran cosa de los desórdenes consecutivos, que pueden tener por sitio el pulmón ó la caja torácica. Se pueden encontrar en el pulmón: lesiones de compresión, inflamaciones intersticiales y fistulas pleuro-bronquiales. La caja torácica puede sufrir deformaciones bastante marcadas y obsérvanse en sus paredes, abscesos y fistulas en puntos más ó menos lejanos del sitio del derrame.

En ciertos casos las pleuresías pueden dar origen á focos metastásicos cuyo sitio de predilección es la cavidad crancana, pudiendo encontrarse en otros puntos. Ciertos casos de muerte súbita observados en el curso del tratamiento de la pleuresía purulenta encuentran su explicación en los abscesos crancales que se forman.

Las costillas presentan con mucha frecuencia caries y osteófitos.

El hígado, el bazo y los riñones sufren la degeneración amiloidéa.

SÍNTOMAS.—La pleuresía purulenta evoluciona algunas veces con mucha rapidez y se caracteriza por un estado tifóidico más ó menos grave, con postración profunda, temperatura elevada sin remisión, diarrea; terminación frecuentemente funesta al cabo de 15 ó 20 días; otras veces, y es lo más frecuente, se establece lentamente y de una manera insidiosa, sin aumento de temperatura y sin ocasionar gran debilidad en el organismo. A medida que el derrame aumenta, los síntomas se agravan, la fiebre persiste, el enfermo se debilita gradualmente y enflaquece, tiene la

cara abotagada, el tinte amarillo terroso, las extremidades se infiltran y por fin sucumbe con todos los síntomas de la hectiquez. En otros casos, aun presentando todos los síntomas de la pleuresia purulenta, evoluciona sin fiebre, de manera que el enfermo continúa viviendo sin grandes trastornos, hasta que la casualidad hace descubrir su purulencia. Dieulafoy cita tres casos de esta naturaleza.

Hay otros síntomas que deben buscarse con mucho cuidado, y son: apariencia lisa del pecho del lado afecto, signo que se ha atribuido á la parálisis de los músculos; las deformaciones parciales del pecho que tienen su asiento frecuentemente hacia la base y que son debidas á colecciones purulentas aprisionadas por adherencias; el desarrollo de una red venosa complementaria sobre la superficie del pecho; el edema de la pared torácica que resulta como el fenómeno precedente de la compresión de los vasos intrapleurales. Todos estos síntomas como también la vómica, no tienen valor considerados aisladamente y sólo por la reunión de varios de ellos ó por su conjunto puede establecerse una presunción en favor de la purulencia. Cuando el pus ha perforado la pleura costal y que ha hecho eminencia bajo la piel, formando un tumor fluctuante, el estado purulento del exudado no es dudoso; pero estos abscesos aparecen demasiado tarde.

En cuanto á los síntomas físicos suministrados por la percusión, auscultación y mensuración, no ofrecen ningún carácter especial. Las vibraciones torácicas casi siempre nulas en las pleuresias sero-fibrinosas, se perciben algunas veces, pero debilmente, en el empiema. La pectoriloquia áfona se observa lo mismo que en las pleuresias serosas, pero suele faltar con

frecuencia. Los fenómenos pseudo-cavitarios (gorgoteo, soplo anfórico) son bastante comunes.

Otro signo de la pleuresía purulenta es el de las vibraciones torácicas isócronas con el sístole cardiaco. Estas se observan en las pleuresías del lado izquierdo, ya ocupan la parte inferior del tórax en una extensión más ó menos considerable, ya esten limitadas á un tumor cuyo asiento es variable. Estas pulsaciones torácicas son debidas á la trasmisión de los latidos del corazón á travez del pulmón esclerosado, en la capa líquida, y se encuentran solamente en las pleuresías antiguas con retracción definitiva del pulmón y fusión de este órgano con el pericardio.

En suma: aparte de estas pulsaciones que son, por otra parte, muy raras y que pueden aparecer en las pleuresías serosas no hay síntoma local característico del empiema. Por lo demás en los casos dudosos, una punción exploratriz hecha con la geringa de Pravaz salvará las dificultades, pues examinando el líquido extraído, al microscopio, se encontrará el microbio que determina esta enfermedad en caso de ser pleuresía purulenta, streptococcus piogeno, pneumococcus, staphylococcus, bacilo tífico ó pseudo-tífico.

MARCHEA Y TERMINACIÓN.—La marcha de la pleuresía purulenta es siempre crónica; sin embargo se han visto casos en que afecta desde el principio una marcha rápida.

La muerte es la terminación casi constante cuando se abandona á sí misma; resulta frecuentemente de la asfixia causada por el derrame excesivo ó por la irrupción súbita del pus en los gruesos bronquios ó también por los progresos de la fiebre héctica y por la reabsorción purulenta. Puede venir de ciertas complicaciones, tales como la pericarditis y el

pneumo-tórax ó por afecciones que han dado origen á la coleccion.

DIAGNÓSTICO—Los derrames purulentos pueden ser diagnosticados por el conjunto de síntomas generales y locales. La mayor parte de los signos que se han invocado en favor de la purulencia no tienen gran valor: así, el exceso de la fiebre se halla también en los derrames serosos, el aspecto caquético, el edema de la pared torácica no son exclusivos á la enfermedad en cuestión; en fin, los signos físicos del empiema no tienen nada de especial ni de característico. La punción exploratriz es la única que puede sacar de dudas. Sin embargo se puede sospechar con seguridad la existencia del derrame después de la evolución de la enfermedad y según las circunstancias en que se haya declarado: un estado general grave y tifóidico desde el principio, el desarrollo rápido del derrame, el aspecto liso del pecho, los escalofríos repetidos seguidos de sudores profusos, la persistencia de la fiebre apesar del tratamiento, la pérdida del apetito, la diarrea, el edema de las extremidades, el abotagamiento de la cara son síntomas que militan en favor de la purulencia. La presunción se cambia en certeza si el enfermo es caquético, brighitico ó si está en la convalecencia de una fiebre grave (píohemia, fiebre puerperal).

Diagnóstico diferencial: la vómica pneumónica difiere de la vómica pleurítica por ciertos caracteres. La primera es precedida de los signos de la pneumonía y ocupa frecuentemente el lóbulo superior; el pus que existe en pequeña cantidad está fuertemente coloreado por sangre, muy fétido y rico en fibrina, mientras que el pus de la vómica pleurítica es muy abundante, apenas teñido de sangre y poco fétido.

La tuberculosis pulmonar sobre todo en el tercer período, puede ser confundida con la pleuresía purulenta. Las dos afecciones se distinguen fácilmente por el conjunto de síntomas generales y locales.

PRONÓSTICO.—La pleuresía purulenta cualquiera que sea su causa, es esencialmente grave y frecuentemente mortal. Esta gravedad se explica por la septicemia, la debilidad del enfermo, la alteración de la hematosis. Los casos de curación por los esfuerzos de la naturaleza son excepcionales. La gravedad del pronóstico depende de la abundancia del derrame, de la atrofia del pulmón, de la edad, de la constitución del sujeto y del estado general.

En los niños el empiema es menos grave. En los viejos es muy grave, en razón de la debilidad y la falta de reacción.

TRATAMIENTO.—Cuando el médico haya reconocido la existencia de una pleuresía purulenta, la conducta que debe observar parece muy clara; será necesario recurrir á la operación del empiema ó á la toraco-centésis.

Indicaciones y contraindicaciones del empiema.

Se trata de saber en qué momento conviene operar. Unos son partidarios de la intervención rápida; otros prefieren no operar sino después de las punciones é inyecciones intrapleurales. Los dos métodos pueden hallar su explicación según las circunstancias. Así, cuando el empiema reviste desde el principio un carácter agudo con fiebre intensa y adinamia, es prudente antes de operar, esperar la caída ó por lo menos la atenuación de la fibre y otros síntomas graves, salvo que la colección por su extrema abundancia amenace la vida del paciente.

Si la pleuresía purulenta, como es el caso más fre-

cuente, afecta una marcha crónica, ¿deberá operarse tan pronto como por una punción exploratriz se haya reconocido el foco? Esperar sería colocarse en condiciones desfavorables, porque cuanto más se difiere la operación, más se espesan las falsas membranas y más difícil se hará la expansión del pulmón; por otra parte, el contacto prolongado del pus con el pulmón podrá determinar una pneumonía intersticial. El empiema en ausencia de toda comunicación con el aire exterior, puede á la larga hacerse pútrido y determinar una infección general grave. Así, la mayor parte de los autores reconocen hoy día que una intervención demasiado tardía es una causa casi cierta de mal éxito.

Aún cuando la fiebre héctica se haya declarado, la operación está indicada, salvo complicaciones graves de parte del pulmón. La más común de estas es la tuberculosis pulmonar; sin embargo no excluye la operación de una manera absoluta. La pleurotomía está subordinada al grado de la tuberculosis y al estado general del enfermo; sinó cura la tuberculosis alivia por lo menos al paciente, previene la descomposición pútrida de la colección y retarda algunas veces la coagulación del neoplasma. No se debe operar cuando la tuberculosis está muy avanzada y la colección es de mediana abundancia. Si, por el contrario, la colección es intensa y amenaza la vida del paciente muy de cerca, la pleurotomía debe practicarse.

Es inútil operar el empiema ligado á un estado general grave, como la fiebre puerperal y la piohemía.

— OPERACIÓN.—Por varias razones, la operación del empiema debe practicarse en el tercio medio del

quinto ó sexto espacio intercostal, sobre una línea que partiendo de la parte media del hueco axilar baje perpendicularmente por la parte lateral externa del tórax.

Una vez anestesiada la región en que se va á operar ó cloroformizado el enfermo y colocado de lado, el Cirujano arnadado de un bisturí recto, pone tensa la piel con la mano izquierda y la divide paralelamente al espacio intercostal, aproximándose más á la costilla inferior que á la superior, en una extensión de 4 á 5 centímetros. Levanta el borde superior de la herida, divide en la misma dirección el tejido adiposo hasta el primer plano muscular; al llegar á este punto reconoce con el índice la posición exacta de las costillas; y desde entonces sigue incindiendo á igual distancia de una que de otra, pero aplicando á cada golpe de bisturí el dedo en la herida. Al llegar á la pleura, ó bien se percibe fluctuación evidente, y en este caso se la atraviesa con la punta del bisturí, ó bien está cubierta de falsas membranas, á menudo fibrosas y muy gruesas, y en este caso se continúan las incisiones, procediendo siempre con mucha cautela. Si se llegase al tejido pulmonar sin haber encontrado líquido alguno sería preciso explorar en todos sentidos la herida con el índice, en busca de un punto fluctuante al cual poder dirigir la incisión. Si, por el contrario, ninguna fluctuación se nota, convendrá cerrar la herida y practicar otra en donde sea más evidente la existencia del foco. En tal caso antes de hacer la incisión, es siempre bueno practicar una punción exploratriz. Concluida la operación se lava la cavidad pleural con una solución antiséptica, solución boricada ó fenicada, bastante débil; después de esto se introducen en la herida uno ó mas tubos de drena-

je ó en flauta de Pan. Estos tubos permiten la salida del pus y hacer el lavado por cada una de sus aberturas. Sobre estos tubos se coloca una curación anti-séptica.

El líquido que se debe emplear para los lavados tiene cierta importancia. Así, la tintura de iodo debe emplearse, ó bien bastante diluida ó bien haciendo uso de tubos de caucho no vulcanizado, porque en estos últimos altera su consistencia, los vuelve muy frágiles, á tal punto que pueden romperse y quedar en la cavidad pleural y determinar accidentes graves. Se aconsejan las soluciones boricadas, las soluciones fenicadas débiles, porque las fuertes determinan algunas veces síntomas de intoxicación y aun la muerte.

Cualquiera que sea el cuidado que se tenga para hacer estas curas, y sea cual fuere la energía de las soluciones empleadas, no se impide la producción de la putridéz del pus, pero va atenuándose cada día y acaba por desaparecer completamente.

A beneficio de las buenas curas y cuidados se verifica la cicatrización, se debilita cada día más la formación del pus y la cantidad del líquido que se puede inyectar sigue también una disminución progresiva. Llega por fin el momento en que los líquidos inyectados sólo penetran en la cavidad en pequeña proporción y que los tubos son rechazados por los botones carnosos; se debe entonces quitar estos tubos y suspender las inyecciones: la herida se cierra paulatinamente y el enfermo se cura. En otros casos la herida cicatriza incompletamente y da lugar en ciertos momentos á un derrame intermitente de pus.

Después de la operación del empiema, es posible que el pulmón, que se hallaba repelido hacia su pe-

dículo, recobre poco á poco su sitio y llegue á ponerse en contacto con la pared torácica, lo cual constituye la curación. Pero también puede suceder que el pulmón retenido en su sitio por adherencias ó por modificaciones de textura que le hayan hecho perder su retractilidad, no pueda ir á ponerse en contacto con la pared costal; y si por otra parte esta última tampoco puede aproximarse para llenar el vacío, la enfermedad se hace incurable por los solos esfuerzos de la naturaleza; la cavidad pleural continúa supurando y las fistulas son inagotables hasta que acaban con la vida del enfermo.

¿Qué indicación surge en este estado de cosas?

La indicación consiste en llenar la cavidad, haciendo que el pulmón y la pared torácica se pongan en contacto; pero como no se cuenta con ningún medio de acción potente sobre el pulmón, se deben dirigir todos los recursos sobre la pared. Pues bien, esta pared es rígida; llega un momento en que las costillas llegan á tocarse por sus bordes, en cuyo caso ha de cesar forzosamente todo trabajo de retracción.

Si las costillas no existiesen la pared continuaría retrayéndose, y al fin llegaría sin duda á ponerse en contacto con la cara externa del pulmón, condición indispensable para la curación. Este razonamiento bastante lógico ha conducido á la operación conocida con el nombre d'Estlander.

¿La operación d'Estlander es en realidad un progreso de la cirugía moderna? Su origen es tan reciente que sería prematuro formar sobre este punto juicio definitivo. De todos modos la operación es perfectamente racional, pero las relaciones recíprocas de las partes enfermas son tales que la curación á veces

es imposible, aún después de una resección costal intensa.

Se ha dicho que el objeto de la operación es movilizar la pared torácica para que pueda aproximarse al pulmón, que queda fijo. ¿Pero la pared puede hacerse en toda su extensión movilizable? Desgraciadamente nó. Será posible buscar la parte media y la parte anterior de las costillas, pero ¿cómo reseca la parte posterior? En este punto á causa de la articulación de las costillas con las apófisis trasversas, aquellas son absolutamente inflexibles, por lo cual, cuando la cavidad purulenta ocupa la parte posterior, el fracaso de la operación es inevitable.

Al contrario, el éxito será muy probable cuando la cavidad ocupe la parte media y se prolongue hacia adelante.

Las indicaciones de la operación se deducen, pues, del estado del pulmón y del sitio de la cavidad supurante.

Del estado del pulmón: es necesario tener la certeza de que el pulmón está definitivamente retraído y que no hay que esperar que pueda volver á llenar el vacío.

Del sitio en la cavidad en supuración: esta cavidad debe corresponder con la porción de las costillas que sea posible reseca. Si se encuentra muy atrás, será inútil la operación.

Si está indicada la operación, por no existir ninguna contraindicación, se procede inmediatamente á ella.

Después de haberse formado cabal idea acerca de la disposición de la cavidad purulenta; conociendo

bien su altura y amplitud, en la cara externa del tórax y en el punto donde las capas musculares se hallan mas delgadas, practíquese una incisión en forma de U, comprendiendo todas las partes blandas hasta las costillas. Diséquese el colgajo y levántese hasta su base. Con una legra aislense sucesivamente las costillas que deben ser resecaadas; pásese por detrás de ellas una sonda de Blandin y secciónense con las tenazas de Liston. No se tema en quitar hacia adelante, si es necesario, la porción de costilla que se crea indispensable; pero evitando en lo que sea posible la herida del pericardio ó del diafragma.

No es necesario practicar la resección por el método sub-perióstico, al contrario, es conveniente que la pared torácica quede blanda y flexible.

El número de costillas que convenga resecaar está en relación con la altura de la cavidad.

Se produce una abundante hemorragia capilar, pero como no se encuentran aquí vasos importantes no hay que preocuparse.

La operación es laboriosa, hasta penosa, pero facilita notablemente el engrosamiento de la pleura, que presta en cierto modo punto de apoyo á los instrumentos de sección. Así se puede quitar casi la totalidad de la caja torácica de un lado.

Terminada la operación, lávese la herida con una solución fenicada, y dilátese si es necesario el orificio fistuloso para introducir por él en la cavidad pleurítica un grueso tubo de *drenaje*. Sutúrese la herida de los tegumentos; aplíquese el drenaje conveniente y luego una cura antiséptica. En lo sucesivo si se consideran necesarios los lavados, háganse

por el tubo; este se irá recortando á medida que la pared se retraiga, quitándolo cuando se juzgue necesario.

Tratamiento general.—Tónicos y reconstituyentes.

La operación de Estlander se ha practicado con buen éxito por los Doctores don Juan J. Ortega y don Mariano F. Padilla.

Publíquese,

JUAN J. ORTEGA.

Vº Bº

D. GONZÁLEZ.

PROPOSICIONES

- Anatomía.* Aparato genital de la mujer.
Física Médica. Máquina Volta farádica de Gaiffe.
Zoología " Cantharida vesicatoria.
Botánica " Café.
Química Inorgánica. Ioduro de plomo.
" *Orgánica.* Cloroformo.
Fisiología. Funciones del nervio de Cyon.
Patología General. Causas de la muerte.
" *Externa.* Heridas penetrantes del abdomen.
" *Interna.* Angina de pecho.
Medicina Operatoria. Talla perineal lateralizada.
Higiene. Alimentos.
Obstetricia. Placenta previa.
Terapéutica. Acción de la estrofantina.
Materia Médica. Dextrina.
Toxicología. Envenenamiento por los ácidos minerales.
Medicina Legal. Estupro.
Histología. De los nervios.
Historia de la Medicina. Historia de la vacuna en Guatemala.
Moral Médica. Conducta del Médico para con sus colegas.