

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Estudio de la intervención operatoria en las afecciones
médicas del pulmón : memoria del doctorado, Madrid 1903**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Víctor F. Herrero Diez de Ulzurum

Madrid, 2015

81-2-C-5

Ca 2435

876

1644

Estudio

de la intervención operatoria
en las afecciones médicas del pulmón

Memoria del Doctorado

por

D. Victor F. Herrero y Dier de Utrurrun

Exalumno interno por oposición de las Clínicas
de la Facultad de Medicina de Madrid.

Varias veces premiado por oposición en la citada
Médico por oposición del Cuerpo de Sanidad Militar

Madrid 1903.



Ilustre Tribunal:

La legítima aspiración de tocar el límite que la eusebia oficial ofrece, uniendo el último grado académico a mi historia literaria, y el precepto reglamentario, existente para ello, justifican la presentación de esta memoria.

En este momento, para mí solemne, cumplo me enviar cordial saludo a mis queridos maestros en esta Facultad. Su benevolencia, me otorgó distinciones, que constituyeron para mí, el galardón más estimado, y sus sabias eusebias, educaron mi inteligencia, y apartaron de mi camino las dificultades, habiéndome pasado inmen-

-25-

siblemente los largos años de la carrera. Reciban todos desde este sitio, la expresión de mi sincera gratitud y afecto.

El poder elegirse libremente el asunto, en los trabajos de esta índole, me obliga a manifestar el porqué de la elección. En esta, han influido, la afición que profeso a las enfermedades de los órganos torácicos, adquirida durante mi permanencia, como alumno interno y como discípulo, al lado de mi querido maestro el Doctor D. Arturo de Redondo, y el haberme convencido, en mi corta práctica, de la rebel-
dia que ofrecen muchos de estos padecimientos al tra-
tamiento médico. Estas circunstancias, hicieron que es-
tudiara con algun detenimiento, el tratamiento quir-
úrgico, de las referidas afecciones y de la ampliación
de este estudio, ha nacido la presente memoria. Conocer
una parte de lo mucho que se ha escrito sobre cirugía del
pulmón; ordenarlo con arreglo a un plan propio;

reunir el mayor número de observaciones sobre este asunto, que me ha sido posible encontrar en diversas monografías y periódicos profesionales, nacionales y extranjeros, para estudiarlas detenidamente, y fundado de este modo, en hechos prácticos, deducir algunas consecuencias útiles; tal ha sido la labor que me he impuesto y en este concepto, me honro en someter a este ilustre tribunal, este modesto trabajo sobre el

Estudio de la intervención operatoria en las afecciones médicas del pulmón.

He dividido en tres partes el presente estudio:

La primera de carácter general se subdivide en cuatro secciones.

- 1ª. Consideraciones históricas generales
- 2ª. Datos relativos al diagnóstico.
- 3ª. Técnica operatoria
- 4ª. Complicaciones de la intervención



La segunda parte o especial, comprende el

~2~
resultado de la operación, en las diversas afecciones bron-
co-pulmonares, en que ha sido empleada, en el orden
siguiente:

1.º Bronquitis crónicas.

2.º Abscesos.

3.º Gangrena.

4.º Quistes hidatídicos.

5.º Actinomicosis.

6.º Cavernas tuberculosas.

7.º Infiltraciones ó nódulos tuberculosos.

8.º Neoplasias.

Finalmente en la tercera parte, comprende las
conclusiones.



I. Parte general.

I.

Consideraciones históricas y generales.

La idea de intervenir operatoriamente en los pulmones, es sin duda alguna muy antigua, pero la práctica de las operaciones metódicas en estos órganos, es de fecha relativamente moderna.

Hipócrates, aconsejó ya la abertura de los abscesos pleuro-pulmonares y a él se atribuye la primera pneumotomía, pero no obstante estos preceptos del Padre de la Medicina, el tratamiento quirúrgico fué abandonado hasta fines del siglo XVII, en que Pirman recomienda de nuevo la incisión en los derrames sanguíneos, heñidas y colecciones purulentas intratorácicas. Cuatro años después, en 1696 Baglivo indica

claramente la posibilidad de abrir los focos purulentos del pulmón. Barry desde 1726 preconiza la incisión de las cavernas pulmonares. Boerhaave, Sharpe, Pouteau, y otros cirujanos del último Tercio del siglo XVIII, se muestran ardientes partidarios de la abertura de las colecciones purulentas intratorácicas, y Richter en 1800, expresa la misma opinión. Pero la mayor parte de estos cirujanos, confundían las lesiones pulmonares con las pleuríticas, y se limitaban á aconsejar la intervención sin realizarla, ó practicándola solamente en casos de extrema necesidad, cuando el pus manifestaba tendencia á perforar la piel, abriéndose al exterior, como ocurrió en el de Pouteau. Esta conducta, más de extrañar si se considera, que en aquella época se desconocía la exploración física de los pulmones, y faltaba por lo tanto el diagnóstico de localización, imprescindible para toda intervención operatoria.

Es preciso llegar á Dell en 1805, para encontrar la

primera pneumotomía, practicada con deliberado intento en un absceso pulmonar. Durante la primera mitad del siglo XIX, solo se encuentran algunos trabajos y observaciones aisladas de Richerand, Lang, Krimmer, Breschet, Macleod, Claessens, Hastings y Stokes, Strickland etc. hasta llegar a 1873, en que fundada en la asepsia y antisepsia, empiezan la era verdaderamente científica de la cirugía pulmonar.

En esta época, se inaugura en Greiswald y Dorpat, iniciandola, las inyecciones intrapulmonares e incisiones practicadas por Mosler, Koch y Hüter. Gluck, Schmidt, Diondi y otros en 1881, indican la incoercencia de la ligadura y extirpación parcial o total de un pulmón y emprenden con este motivo numerosas experiencias en los animales. Desde esta fecha hasta 1884, publica Bull, numerosos trabajos que adquieren gran resonancia, y que resume en su tesis de 1885, en todos los trabajos y observaciones publicadas hasta esa fecha.

- 8 -

De entonces acá, Nochielt, Israël, Prengueber, Quinke, Sonnemburg en Alemania, Munchberg en Dinamarca, Godlee, Powell, Davies y otros en Inglaterra; Norwell Park en América; Lopez en Portugal, Nicherolle, Neclis, Melageniere, Dary, Buffier, Barrier, Quenu y otros en Francia; y Flores, Izquierdo, Nibera, Cervera y algunos más en España, han contribuido eficazmente al progreso de la cirugía pulmonar.

Pero no obstante estos numerosos trabajos, es preciso reconocer que la cirugía del pulmón, no ha alcanzado todavía, el adelanto y generalización que se advierte en la cirugía de otras cavidades esplácnicas, abdomen y cráneo.

En cirugía abdominal, desde que la asepsia y antisepsia dejaron el peligro de las infecciones postoperatorias, la laparotomía exploradora, fué universalmente aceptada, por su gran benignidad, como un procedimiento, para aclarar las dudas en la cavidad

dad de los casos en que ⁹ estas existieran, y cuando los demás medios de exploración hubieran fallado.

En cirugía craneo-cerebral, conociendo las localizaciones cerebrales, el atento estudio de los fenómenos físico-patológicos permitirá en muchos casos, hacer antes de la operación un diagnóstico topográfico preciso del punto afecto. Aparte de esto, la idea de una trepanación exploradora, fué ya defendida en España por Argumosa⁽¹⁾ a mitad del siglo pasado, y aunque su práctica, menos expedita que la de la incisión abdominal, y la pequenez del campo operatono, la pérdida de sustancia ósea, sean inconvenientes de este procedimiento, siempre quedó demostrada, la posibilidad del mismo y su relativa benignidad. El procedimiento de Dojow, ha ampliado de un modo notable las indicaciones de la craneotomía exploradora.

(1). Citado por Ribera. De algunas afecciones pleuro-pulmonares y de las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Rev. de Med. y Cirugía prácticas - 1898. tomo XLIII, pag. 281.

hoy unanimente admitida con un fin diagnóstico.

En la cavidad torácica, las cosas ocurren de distinto modo. La percusión, auscultación y demás procedimientos de exploración médica, solo permiten diagnosticar con exactitud, un tanto por ciento de las afecciones pulmonares y la toracotomía exploradora, único medio que en algunos casos resuelve las dudas, ni es por todos aceptada, ni está exenta de peligros, no obstante, el atrevimiento y el orgullo, que algunos cirujanos, como De la gencière, Ruffier y Dary han empleado en este sentido.

Dada la especial disposición anatómica del aparato pleuro-pulmonar, no puede compararse lo que ocurre al abrir el tórax, con lo que sucede al abrir el abdomen o el mismo cráneo. En el vientre, la incisión solo comprende partes blandas y muy superficial, permite reconocer con relativa facilidad los órganos en el contenido. En el cráneo, si bien la abertura, es con mucho, más difícil que en el abdo-

men, consiguiente de que se practica, el cráneo del cerebro y sus cubiertas, mediante la vista, el tacto o la punción exploradora. En el tórax la actuación sobre la pared costal, es mas sencilla, que la del cráneo, y mas complicada que la del abdomen, pero aquí acaba la comparación, porque una vez abierta la pleura, se equilibra la presión negativa intrapleurales, con la positiva intrapulmonar, y retrayendose en virtud de su elasticidad los pulmones, se desarrolla un pneumotórax, siempre peligroso, a veces mortal, y que dificulta o imposibilita la exploración o intervención quirúrgica sobre el pulmón.

En resumen: insuficiencias de diagnóstico y dificultades técnicas, derivadas de la especial constitución anatómica del tórax, son las causas del relativo atraso de la cirugía pulmonar.

Diagnóstico.

Antes de toda intervención quirúrgica en los pulmones, el cirujano debe dejar resueltos en lo posible, los siguientes problemas diagnósticos.

- ¿ Existe lesión y esta es realmente pulmonar?
- ¿ Cual es su localización precisa?
- ¿ De que naturaleza es?
- ¿ En que estado se halla la pleura al nivel del sitio afecto?
- ¿ Cual es el estado del tejido pulmonar restante y el general del organismo?

La existencia de una lesión pulmonar, susceptible de ser operada, puede pasar completamente desapercibida. Este período de existencia latente, posible en los abscesos, los eos gangrenosos etc. es muy frecuente en las neoplasias y quistes hidatídicos, cuya presencia

suele ser ignorada muchas veces, sobre todo en los primeros tiempos de su desarrollo. Por el contrario, en otros casos, la falacia de los signos físicos y funcionales, puede, como veremos mas adelante, hacer pensar en una afección que en realidad no existe.

Conocida o sospechada la existencia de un foco morbozo, no siempre es fácil determinar, si radica en el pulmón o en alguno de los órganos vecinos. La confusión mas frecuente, es con afecciones infradiaphragmáticas, del hígado sobre todo, mediastínicas y pleurales. El diagnóstico diferencial entre lesiones supra e infradiaphragmáticas es á veces muy difícil. En una enferma de Píbera, un quiste intratorácico, simulaba un tumor abdominal, una laparotomía exploradora no aclaró las dudas; muerta la niña accidentalmente, la autopsia demostró el error. Los abscesos subfrenicos y los quistes hidatídicos y alveolos del hígado

han sido confundidas a veces, con afecciones intrato-
 rácicas, pleuritis principalmente. La forma y di-
 reccion de la linea de macicer; las modificaciones
 o invariabilidades de esta linea, con las escursiones
 respiratorias del diafragma o cambio de decubito,
 la elevacion de las costillas falsas y estrechamiento
 de los espacios intercostales, o por el contrario el abom-
 bamiento y amplitud de los mismos; la presencia o fal-
 ta de dolor escapular que suele acompañar a' de ter-
 minadas enfermedades del higado; los sintomas
 anteriores o coexistentes, vomitos, dispepsia, ictericia,
 o bien, de quies, tos, expectoracion, estertores etc. son da-
 tos que en muchos casos podran aclarar las dudas,
 pero ninguno de estos signos, señalados como distin-
 tivos tienen un valor absoluto. Todos ellos son muy
 variables y ademas equivocos, euanto como a' veces
 ocurre, la lesion hepática, propaga a los diaframa
 ca, a caba por invadir la pleura o el pulmón.

La misma frecuencia exploradora de que luego trataremos, no siempre resuelve las dudas.

Limitándonos ya a la cavidad torácica, ofrecen a veces, dudas diagnósticas, entre lesiones pulmonares y mediastínicas. Los tumores intratorácicos, neoplasias y quistes, son los que con mas frecuencia originan esta confusión. Se ha indicado como característicos de los tumores del mediastino, la disnea excesiva, accional, a veces; el ruido respiratorio estriduloso muy marcado (por compresión de algun grueso bronquio), la parálisis de una ó ambas cuerdas vocales, por lesión de los recurrentes, la disfagia, la desigualdad pupilar, el circuncrito de los síntomas de percusión, esternal; fenómenos de compresión vascular (edema de la cara, cuello ó brazo); los latidos con expansión en todos los sentidos, cuando se trate de aneurismas; la demostración de sombras a lo largo de los bordes esternales, mediante la radiografía, en caso de,

Tumores adenopáticos, la falta de síntomas pulmonares etc. Pero muchos de estos signos, pueden también observarse en quistes o neoplasmas del pulmón, cuando por su crecimiento e invasión progresiva, comprimen los órganos del mediastino, y así se comprende que sean muy frecuentes los casos de tumores intratorácicos, que solo se diagnosticaron en la autopsia.

Mas á menudo todavía, se han confundido lesiones pleuríticas y pulmonares. Es muy común, tomar pleuresias purulentas, interlobulares o enquistadas, por abscesos o quistes pulmonares. Los datos anamnésticos; los signos físicos del derrame pleural; la localización de estos signos, siguiendo la topografía de la cisura interlobular etc. pueden utilizarse para la diferenciación. Sin embargo, no siempre esta es posible, y quiza muchos de los casos descritos como bronquiostasias y abscesos pulmonares, no sean más que pleuresias enquistadas o interlobulares, abier-

tas en los bronquios. En algunas ¹⁴ ocasiones, se ha considerado como derrame pleural, lo que era un tumor intratorácico, reblandecido en su centro. En estas circunstancias, la misma punción exploradora, no es bastante a resolver el problema (Senator).

El diagnóstico de sitio o localización del foco enfermo, es sin duda el más importante bajo el punto de vista quirúrgico, porque una vez determinado, puede darse la intervención con el mejor resultado. Para la localización de las lesiones pulmonares, debemos valer nos principalmente de los signos físicos (Fernet) porque los funcionales, disnea, tos, etc, son comunes a las diversas localizaciones. Cuando se trata de focos superficiales, bien circunscritos y con determinadas dimensiones (más de 6 centímetros de diámetro y dos de espesor, según Richhorst) el diagnóstico es sencillo y está al alcance de cualquiera, por poco habilidad que se esté a esta clase de exploraciones, pero en

Otros casos, suele presentar muy serias dificultades.

De un modo general, puede decirse, que tres son los problemas que se suelen ofrecer: diagnosticar una lesión sólida (neoplasia, induración) o una coleción líquida (absceso, quiste, neo abiertos etc.) o una coleción gaseosa (cauemas diversas). La insonoridad percutoria, el aumento de vibraciones vocales, la debilidad o ausencia del murmullo vesicular en la zona afecta, el soplo tubario y la broncofonía son, con algunos otros menos importantes, los signos de una induración pulmonar localizada. Los mismos signos, excepto la broncofonía y el aumento de vibraciones torácicas vocales, que en este caso se encuentran abolidas, indican colección líquida, y el ruidito timpánico o la percusión, el ruido de olla cascada, el soplo cavernoso, el gorgoleo, la pectorilografía etc., perceptibles en determinadas condiciones constituyen los llamados síntomas cavitarios. En algunos casos en abultamiento

to circunscrito (quistes, actinomicosis) o depresiones inspiratorias localizadas, pueden manifestar con claridad, cual es el sitio afecto, y otro tanto ocurre con la persistencia de roros o estertores en un punto dado del tórax. La respiración normal en los alrededores del foco enfermo, puede utilizarse para determinar los límites y extensión de este.

Mas no obstante estas reglas, es preciso confesar, que el diagnóstico de localización, es á menudo muy difícil, porque existen numerosas circunstancias que contribuyen á complicar el problema. La profundidad de la lesión y el hallarse esta rodeada, de una espesa capa de tejido pulmonar sano, ha imposibilitado algunas veces el diagnóstico. En otras, la interposición de una zona pulmonar inclinada, ha hecho pensar, como superficial, una lesión que en realidad era profunda. Ciertas adenopatías traqueo-bronquiales, son susceptibles de originar soplos de timbre cavernoso que pueden hacer su

poner erroneamente existencia de una caverna. Algunos derrames pleuréticos, serosos ó purulentos, ocasionan así mismo síntomas semejantes, produciendo soplos parecidos al cavitario y llamados por esto pseudocavitarios. En cambio pueden coexistir pleuresias y bronquitis, con una extensa lesión pulmonar, quedando esta oscurecida por aquéllas. La presencia de gruesas costeras pleurales, puede conducir al mismo resultado, ocultando, por ejemplo, el sonido timpánico de una caverna. Las condensaciones pulmonares que á veces rodean la lesión, inducen fácilmente á error, respecto al sitio ó dimensiones de la misma. Cuando el mal se localiza en los lóbulos inferiores, el diagnóstico de sitio es más difícil de establecer, porque en estos, faltan muchas veces los síntomas cavitarios, ya por el adelgazamiento de sus paredes, ya por el acumulo de secreciones, favorecido por la posición de él. En los lóbulos superiores, suele ocurrir lo contrario. La rigidez costal, tiene constantemente separadas las

paredes de la caverna, y la facilidad natural para el desagüe, las mantiene vacías. Añadase a esto, que el mejor espejo del pulmón en este punto, permite apreciar más claramente los síntomas cavitarios. La auscultación practicada antes y después de expectorar, puede suministrar datos que sirven de comprobación al diagnóstico. Este es también más sencillo en los casos agudos, ó cuando la lesión ha sido precedida de una fase de agudera, la cual permite reconocer el asiento del mal. La actuación del foco sobre la pleura, determinando síntomas irritativos de esta serosa, como dolor y roce localizados, puede facilitar así mismo el diagnóstico de localización.

Relacionado con el diagnóstico de sitio y tamaño, está el de la unidad ó multiplicidad de las lesiones. Varios focos pequeños reunidos pueden hacer la misma impresión que uno grande. Mas frecuentemente tiene el error de diagnosticar un foco solo, diciendo

por su profundidad o por otra causa, sin descubrir otros u otros mayores cuya presencia se descubre en la autopsia. Este error, se ha cometido con relativa frecuencia; es mas de temer en determinadas afecciones, como las bronquiectasias, cavernas tuberculosas y gangrenas, y á él hay que atribuir gran número de fracasos.

La determinacion de la naturalera del padecimiento, no es quizá tan importante, bajo el punto de vista quirúrgico, como el diagnóstico de sitio, conviene sin embargo establecerla, porque como más adelante se verá, las indicaciones y los resultados de la intervencion operatoria, no son iguales en cada una de las afecciones pulmonares, en que ha sido empleada.

La minima nocion de sitio, una vez establecida, puede servir de dato para la de la naturalera; tambien es, por ejemplo, que los quistes hidatidicos suelen localizarse en las bases, de preferencia en la

denuncia, así como los focos tuberculosos aientan casi siempre en los lóbulos superiores.

La expectoración, es un sintoma que debe tenerse muy en cuenta, y en tanto que la cantidad excesiva y el especial modo de expulsar los esputos, puede hacer sospechar la existencia de una excavación del pulmón, la calidad del producto expectorado, es un dato de mucho valor para juzgar de la clase de lesión. Para esto como fácilmente se comprende, es necesario, que el foco enfermo comuniqué con los bronquios, pues mientras esto no sucediera, y la lesión continúe cerrada, la expectoración, caso de existir, será puramente catarral y sin valor diagnóstico alguno. En los esputos, debería observarse, su naturaleza, aspecto, olor, análisis microscópico etc.

Los datos anamnésicos, la herencia y curso de la enfermedad, la edad del enfermo, sus hábitos esterior, la mono ó bilateralidad de la lesión, faci-

litau en algunas ocasiones el conocimiento de la índole del mal.

La punción exploradora, es un medio diagnóstico, que puede revelar la presencia de una colección líquida, indicando al mismo tiempo su localización y naturaleza. Ser práctica, previas las necesarias condiciones de asepsia, con una cámara del gasola, unida a un cuerpo de bomba aspirante. La punción exploradora, no da, como dice Buffier, el máximo de certeza, con el mínimo de peligros, porque en muchos casos, resulta negativa y en algunos complicada, aun en algunos de los casos en que es positiva, los datos con ella obtenidos, pueden inducir a error; el pus puede proceder de una dilatación bronquial insignificante, como ocurre en un enfriamiento de Link, o de un derrame pleurético, o de un foco pequeño; dejando sin reconocer otros mayores. El resultado negativo, no significa, en modo

alguno, que no haya colecciones, aunque en algunas ocasiones, sea debido a esta causa. Con más frecuencia es debido, a que la aguja no haya penetrado en sitio conveniente; pasando al lado del foco, ó no alcanzándole por su excesiva profundidad, ó a oclusión de la cámara por partículas sólidas ó masas fibrinosas, ó coágulos flotantes en el interior de la excavación. Si el enfermo ha expectorado con abundancia y la cavema está vacía, la punción puede también dar resultado negativo. En todos estos casos, se aconseja repetir las punciones.

La punción exploradora puede determinar algunos accidentes, derivados de la especial estructura del pulmón, de la profundidad del foco, ó de la disposición anatómica de la lesión. La hemorragia es una complicación frecuente sobre la cual no parece haberse fijado la atención de los cirujanos, hasta que Niberg insistió sobre ella con motivo de una

observacion muy (Cuadro VI. ob. 31). La sangre puede apa-
 recer al exterior, aspirada en la jeringa, o en forma de he-
 moptisis, o de ambas maneras. La septicidad del foco, pue-
 de ser causa, si no hay adherencias, de infeccion pleural.
 Se ha mencionado tambien la posibilidad, de que la
 aguja despues de atravesar una zona septica, infecte otras
 regiones pulmonares. En los quistes hidatidicos la
 exploradora es temible; por los peligros de intorcion hi-
 datidica o rotura de la bolsa.

De las observaciones reunidas en esta memoria, en 1807 en las que se
 refiere haber empleado la puncion exploradora, los resultados fueron:

Enfermedad	Resultado			Complicada con					
	Posi- tivo	Nega- tivo	Descono- cido	Hemo- rragia	Pneumo- torax	Pl. puru- lenta	Infeccion gangr. en pleura	Vomica hidat.	Urti- caria
Dronquiectasias...	19	11	4	1	"	"	"	"	"
Abceso - - - - -	26	9	5	1	"	"	"	"	"
Gangrena - - - - -	22	18	2	4	"	"	"	"	"
Quistes hidat. - - -	27	4	2	"	2	"	"	3	2
Actinomicosis - - -	3	"	"	1	"	"	"	"	"
Cavernas tuberculosas...	3	4	1	2	"	"	"	"	"

De los 170 casos en que la punción fue positiva, en 29, fueron necesarias varias punciones para descubrir el foco, y de las 116 observaciones de resultado negativo, en 28 se practicaron punciones múltiples.

En estas últimos tiempos se aconseja por todos los cirujanos, practicar la punción, no prematuramente y como simple curiosidad diagnóstica, sino en el mismo acto quirúrgico, como preliminar de una intervención mayor, con lo cual parece evitarse en parte sus peligros, porque se observa mejor lo que se hace. Además, en estas condiciones el trocar colocado, puede servir de guía al bisturí.

La radiografía, ha sido también empleada como medio de diagnóstico en las afecciones pulmonares. La transparencia de los pulmones, da en condiciones particularmente favorables para el examen radiográfico. La exploración por los rayos X, proporciona en la cavidad torácica datos muy

semeyantes a' loi de la percusion el aire que se deja
atravesar por los rayos X, sirve de refuerzo al sonido
percutorio; pero si el aire es sustituido por un liquido
o tejido infiltrado, en vez de claridad, se obtiene una
sombra que corresponde a' la macicer o' submacicer,
Esta es la formula, que segun Bronchard, sintetiza
la semeyologia, radioscopica del Forax.

La radiografia, proporciona al principio de la
tuberculosis pulmonar, y cuando la percusion y la
auscultacion no harian sospechar nada, datos de
mucho valor, en cuyo estudio, no podemos detenernos.
En el periodo cavitario, las escavaciones tuberculosas,
aparecen como espacios claros, brillantes, de fon-
ma más o' menos regular, casi siempre redonde-
ada y rodeada por una zona mas obscura, produ-
cida por engresamientos pleuríticos o' por consen-
saciones pericavitarias. Pero los resultados del exa-
men radiografico, no son siempre tan sencillos

y exactos. La excesiva profundidad de la caverna y la interposición entre esta y las paredes torácicas, de una esbelta capa de tejido pulmonar sano; el estado de plenitud o vacuidad de la escavación y la existencia alrededor de la misma de gruesas zonas de tejido pulmonar condensado, impiden muchas veces, que la caverna se presente con su claridad habitual.

En la gangrena, supuraciones y neoplasias pulmonares, los detalles suministrados por los rayos X, son por lo general poco demostrativos. La radiografía, produce sombras más o menos difusas e indeterminadas, que a veces, simulan un derrame pleurítico (Porrolo, Nibera) y que, si bien suministran datos de bastante utilidad para la localización del foco, no dicen nada, acerca de su naturaleza. Por el contrario, en los quistes hidatídicos, la precisión y linquencia de los bordes, de la sombra, en tiempo de forma redonda

deada y circunscrita, hace imposible toda confusión. Las paquipleuritis y adherencias pleurales, se revelan á veces según Decliere, como bandas oscuras de forma permanente, apreciables con facilidad, teniendo cierto hábito.

Pero en un crecido número de casos, la radiografía fracasa. Buffier⁽¹⁾ en 8 observaciones personales, obtuvo resultado positivo en cinco y negativo en tres; de aquellas cinco, concordió con el estetoscopio y en otra un, pues la auscultación localiza el foco, como á veces hace, un poco más abajo de donde en realidad estaba. Aun en los casos positivos, la radiografía no indicó nada, sobre la naturaleza y complejidad de las lesiones. En los mismos quistes hidatídicos, en los que también se manifiesta la sombra radiográfica, puede el resultado de este examen, ser completamente negativo, como

(1) Buffier: de la radiog. en chir. pulmonaire Rev. arch. 1901. n.º 8, pag. 121.

ocurrió en una de las observaciones del mismo Suffer.
Kadek y Levy Dorn⁽¹⁾ refieren de un enfermo en el que, el
diagnóstico de quiste pulmonar doble, hecho mediante
la radiografía, solo adquirió certidumbre, después
de invitar al paciente a verificar una inspiración for-
zada, conteniendo después la respiración; Delageniere
habla de otro enfermo, en el cual, el examen por los rayos
X hizo pensar en un quiste hidatídico de la base del pul-
món, ó del lóbulo izquierdo del hígado, cuando en reali-
dad se trataba de un estómago dilatado bilocular.

De todo lo expuesto, se deduce, que, pese al entusiasmo, de
los primeros años que siguieron al descubrimiento de Raet-
gen, la radiografía, aplicada a la exploración de los órga-
nos torácicos, no es por hoy otra cosa, que un medio diag-
nóstico más, con sus éxitos y sus fracasos, como los hechen
la auscultación, la percusión, y demás procedimientos de
antes conocidos: los focos pequeños y centrales, que esca-

(1). Revista de Med. y Cir. práct. 1899. 1er trimestre, pag. 551.

gran del examen por la percusión y auscultación, también son revelados siempre por la radiografía; y casi las mismas causas que inducen a error al auscultar o percudir, son origen de resultados erróneos en el examen radiográfico.

Hecho con la exactitud posible el diagnóstico, de localización y naturaleza de la lesión, es de mucho interés, conocer el estado de la pleura al nivel del sitio afecto. La importancia que las adherencias pleuríticas tienen en el acto operatorio, justifica, los esfuerzos hechos para diagnosticarlas antes de operar. La evolución clínica del padecimiento, puede proporcionar algunos datos que hagan sospechar la adherencia de las pleuras, y así, la agudeza de la afeción, su largo curso, el dolor localizado en un punto, el hundimiento de los espacios intercostales durante la inspiración, así como la retracción de la base del tórax, hablan en pro de las adherencias, pero sin ofrecer suficientes garantías, sobre

la existencia de las mismas. Un procedimiento antiguo y sencillo, para investigar el estado de adhesión ó no de las hojas pleurales es el de la aguja, indicado por Reuger, Quindinger y Neelis. Consiste en clavar una aguja en el parénquima pulmonar, atravesando la pared torácica; si existen adherencias, la aguja quedará inmóvil; en el caso contrario, oscilará á compás de los movimientos respiratorios. Pero esta indicación, no es infalible, ni mucho menos. Rochard en sus experiencias de respiración cadavérica, ha hecho notar, que las cisuras pulmonares, no parecen cambiar de posición, en su relación con las costillas, y Quinke, indica también, los errores á que se ha conducido este método. Ghislar por su parte, afirma, que en ciertos casos, le vió la pleura parietal intimamente unida á la visceral, apesar de lo que, oscilaba la aguja con los movimientos respiratorios. El ruido de roce pleural, que se sigue á una de estas punciones con la aguja, sirvió á Sajewko para conocer la falta de adherencias en dicho nivel.

Este último cirujano, ⁽¹⁾ ha ³⁴⁻propuesto, para el diagnóstico de las adherencias pleurales, un método fundado en la presión negativa que normalmente existe en la cavidad pleurítica. Tomando como manómetro un tubo de vidrio de doble acodadura, lleno de una disolución fisiológica esterilizada, hace comunicar una de sus extremidades con la pleura, mediante una aguja tubular hueca, de grosor mediano y provista de una ó dos aberturas laterales. La presión negativa intrapleural, atrae al líquido del manómetro hacia el interior de la serosa y el nivel desciende en la otra extremidad, si las hojas de la pleura, se mantienen libres; pero si existen adherencias al nivel de la juncción, el líquido permanece inmóvil. Sapiejko, refiere haber empleado con éxito su aparato en varios casos operados por él y que mas adelante, mencionará. Puede este procedimiento inducir a error,

(1). Sapiejko; Diagnostic des adhérs. pleur. en chir. pulm. Rev. med. 1897. n.º 75. pag. 316. y Rev. de chir 1899. n.º 7. pag. 15.

si por ser muy fina la aguja⁰³, su abertura, se obstruye, en cuyo caso, aconseja el autor, repetir el ensayo, después de limpiar la aguja, ó cambiar esta, por otra mas gruesa.

Cervera⁽¹¹⁾ refiere haber hecho una exploración parecida á la de Sapiejko, varios años antes, que este presentase su aparatito, sin observar oscilación alguna en el nivel del líquido, apesar de no existir adherencias, segun demostró luego, el curso de la operación. Lo doloroso del procedimiento, la posibilidad de la infección, lo incierto de los resultados etc. son objeciones formuladas contra el método de Sapiejko.

No existe como se ve medio diagnóstico alguno, que permita precisar con certeza, la existencia de adherencias pleuríticas, antes de emprender la operación.

Como último problema diagnóstico, que el cirujano debe resolver antes de operar, está el conocimiento del

(11). Cervera: Evolución de la cir. pleuro-pulm. en el siglo XIX. Discurso de ingreso en la Acad. de Med. Madrid 1900. pag. 72.

estado en que se halla el ²³⁶tejido pulmonar restante, así como el estado general del organismo. La necesidad de este diagnóstico previo, se halla justificada, por el considerable número de fracasos, acaecidos á consecuencia de estensas lesiones tuberculosas, escleróticas ó degenerativas, existentes en los pulmones, ó en las demás vísceras, con anterioridad á la operación.

Como final de esta sección de diagnóstico, estudiaremos la
Toracotomía exploradora.

La precisión diagnóstica que el tratamiento quirúrgico exige, y que la percusión, auscultación etc, no suministran sino en determinados casos; conocidas por otra parte los éxitos, de la trepanación y la parotomía exploradoras, era lógico se pensase en practicar la abertura del tórax, con un fin diagnóstico; pero la especial disposición anatómica de la cavidad torácica, presenta á la abertura exploradora, dificultades y peligros, no existentes en el abdomen y en el cráneo; de

aquí que, el ingenio de los cirujanos, puesto en juego, ha ya dado origen a los tres procedimientos de toracotomía explorativa hoy empleados. Estos procedimientos son; el de Buffier, el de Dary y el de Delageniere.

El método de Buffier, "ó toracotomía extrapleural", consiste en desprender la hoja parietal de la pleura, explorando a través de ella el pulmón. Este proceder lo empleó primeramente Buffier, operando una hernia pulmonar del vértice. Después, ha generalizado y descrito su método. Necesita uno ó varios centímetros de una ó dos costillas, y por la abertura resultante, desprende con prudencia la hoja parietal de la pleura, en una extensión mayor ó igual que la de la palma de la mano. Si se produjera alguna pequeña laceración, la misma pleura parietal, adaptándose a modo de válvula sobre la hoja visceral, impediría casi siempre la entrada del aire. La pleura no se deja desprender con igual fa-

ilidad en todas sus partes; el despegamiento es menos fácil por la parte posterior del tórax que por la anterior, y resulta particularmente difícil al nivel del ángulo de las costillas. En el borde superior e inferior de cada costilla, la pleura es muy adherente, pero una vez desprendida de estos puntos, se deja fácilmente separar de los músculos intercostales internos, y de la cara posterior la costilla. En el vértice, la presencia de los ligamentos de Sebileau, no aumenta las dificultades del desprendimiento. Despujando la hoja parietal, se ve a través de ella, el pulmón con sus aréolas y color grisáceo, oscilar a compás de los movimientos respiratorios, pudiendo explorarse con la vista o con el tacto, en busca de una adherencia, induración, o cambio de color, que pueda servir de guía al bisturí.

Dary, "practica la exploración pulmonar del siguiente modo. A través de una pequeña incisión hecha en la

(1). Dary: De l'incision exploratrice de la pleure. *Congrésus de Chir.* 1895, pag. 179.

pleura, introduce el indice, con bastante rapidez, para impedir la entrada del aire. Involucra en seguida el dedo, en una compresa aseptica, con lo cual, rellena y cierra perfectamente la herida, impidiendo la entrada del aire. De este modo explora la pleura, con el dedo, en todos sentidos en busca del sitio de la lesion o de las adherencias si existen, en cuyo caso, cierra la abertura exploradora, y transporta el campo operatorio al sitio correspondiente, a aquel en que habia reconocido la indicacion pulmonar o adherencia pleural.

Mucho más abreviado es Delageniere, (1) que coloca la pleurotomia exploradora en la misma categoria que la Trepanacion o la parotomia explorativa. Apoyandose en la incision declive que él aconseja para el desague pleural, amplia dicha abertura e introduce por ella la mano. Tres casos pueden presentarse: la cavidad pleural comunica con el tejido pulmonar; el pulmon y la

(1). Delageniere). Arch. prov. de chir. 1894, Enero - pag. 27.

pleura adhieren sin comunicarse; el pulmón está libre por completo en la cavidad pleural. Si existen en la pleura, detritus pulmonares y hay adherencias, debe pensarse en una cavidad pulmonar abierta en la pleura. La ausencia de derrame coincidiendo con adherencias, localizadas y sólidas, será indicio de una lesión pulmonar periférica, y situada al nivel mismo de las adherencias. Finalmente, las lesiones centrales o no inflamatorias, pueden dejar que el pulmón permanezca libre en la cavidad pleural. La exploración del pulmón se hace mediante una especie de amasamiento efectuado con la mano. No da importancia a las adherencias.

Defendidos con calor por sus respectivos autores, cada uno de estos métodos tiene sus ventajas e inconvenientes. La Toracotomía extrapleural de Fuffar es un procedimiento muy ingenioso y reducido en teoría, que ha proporcionado datos útiles en algunos casos, y que bien

practicado, evita con regularidad, los peligros de pneumotoxax e infección pleural. Pero al lado de estas ventajas, presenta numerosos inconvenientes. Es un proceder lento, de una lentitud, incompatible a veces, con la rapidez necesaria en las intervenciones pulmonares; es difícil y laborioso de ejecutar, exponiendo con suma facilidad al desgano de la pleura, accidente ocurrido a varios cirujanos, entre ellos al mismo Kuffier; y que Delorme, Nary, Presard y otros, casi nunca pudieron evitar en sus numerosas experiencias cadavéricas; es finalmente, como bien hecho notar Poirier, Sonligoux, Presard etc. un medio inseguro, que en muchos casos, no proporciona más que noticias muy vagas o nulas, acerca de la lesión pulmonar que se busca. Ricard, Monod, Poirier y otros cirujanos, entre ellos, el mismo autor del procedimiento, después de derrendida la pleura, tuvieron que recurrir a la pleurotomía para completar el diagnóstico, en algunas observaciones.

Puede sin embargo, emplearse en determinados casos, cuando

la operaci6n no es muy urgente, o se sospecha una lesi6n superficial. Si la exploraci6n no diera resultado, o la pleu-
ra se desgarrase, tampoco habia, como dice Delorme, de recurrir
a la pleurotomia.

La incisi6n explorativa de Dary, es un proceder rapido
sencillo, y que, bien practicado no expone al pneumotorax
y accidentalmente resultante. Segun Quenn, es la mejor de las
toracotomias exploradoras. Se ha dicho que solo servia para
el diagnostico de lesiones superficiales, pero ocurre que en
las lesiones profundas, la exploraci6n por los demas me-
dios, suele tambien fracasar. Es en opini6n de Fuffier pe-
ligrosa porque expone al pneumotorax, sobre todo si
no hay adherencias, e insuficiente porque desde el
momento en que el pulm6n se retrae, se pierde el
paralelismo entre el y la pared torácica, resultando
de poco valor los datos obtenidos por la exploraci6n
digital.

La sencillez y brevedad del procedimiento, parece in-

dicarlo más particularmente en los casos de urgencia, ó en enfermos caquéticos ó debilitados, que quinas, no pudiéran resistir, exploraciones más minuciosas y extensas, como las de Ruffier y Delagenière.

La pleurotómia exploradora á campo abierto, de Delagenière, ha sido y continúa siendo la más discutida. Defendióla con gran constancia por su autor, desde 1874, constituyéndola el procedimiento más completo y perfecto, si los peligros del pneumotorax, no lo hicieran temible. No todos los cirujanos conceden la misma importancia al pneumotorax; en tanto que Ruffier, Nibera y un gran número de operados ves se temen, otros, como Delagenière, Nicard, Mary, Corvera etc, la consideran como de poco peligro. La gravedad y consecuencias de este accidente varían mucho, según diversas circunstancias que más adelante estudiaremos, pero no puede negarse, que en muchos casos, sobre todo cuando es total, provoca con rapidez un conjunto de síntomas alarmantes, seguidos con bastante frecuencia

de muerte. En los ocho enfermos estudiados por Ruffier,⁽¹¹⁾ los resultados fueron deplorables, cinco sucumbieron por el pneumotorax o por la infeccion pleural, en otro, no se encontro el foco, y solo en dos la operacion se termino felizmente. De las observaciones mencionadas en esta memoria, 16 terminaron mortalmente, y en 7 de ellas, la muerte fue causada por el pneumotorax. Quern, observo 12 veces la muerte por asfixia en 18 casos de pneumotorax provocado experimentalmente en los perros. Se deduce de todo esto, que no es el pneumotorax, accidente poco importante.

Comprendiendo los peligros del pneumotorax rapido, recientemente, ha modificado Delageniere⁽¹²⁾ su procedimiento, en el sentido de provocarlo con lentitud. El pneumotorax prudente y "sabiamente" producido de

(11) Ruffier - Chir du poumon. Paris 1897. pag. 10.
 (12) Delageniere - Du pneumot. chir. les dangers et sa valeur au point de vue de la chir. pl. pulmonaire d'apres six observations. Arch. prov. de chir. 18. 1. p. 17. pag. 109.

esta manera, parece segun Delageniere de toda clase de
viengos, puede detenerse a voluntad si sobrevinieran ac-
cidentes graves, atrayendo el pulmón hacia la pleura y
saturándolo; constituye un medio eficaz, para contener
ciertas hemorragias pulmonares internas, y no solo parece
de peligro durante la exploración, sino que aun después de
terminada esta, no ocasiona síntoma alguno desagradable,
a condición de extraer, mediante un aparato aspirador,
el aire contenido en la pleura, por cuyo medio, el pulmón
recobra su volumen normal. Resulta por lo tanto lógico,
segun el citado cirujano, en los casos de diagnóstico dudoso
y pleura sana, provocar lentamente un pneumotorax,
abrir en seguida ampliamente la serosa, explorar, exte-
riorizar la parte del pulmón, sobre que se haya de intervenir,
cerrar la pleura, y por fin, suprimir el pneumotorax. Es-
tas conclusiones se apoyan en varios hechos por él obser-
vados, relativos a sus enfermos, en los que se produjo el
pneumotorax de ese modo, sin consecuencia alguna.

desagradable. Este número ^{~46~} de observaciones, es todavía escaso, para formular conclusiones definitivas acerca de la pleurotomía exploradora, que quisiéramos con el tiempo vea por generalizarse.

III.

Técnica operatoria

Como preliminares de toda intervención, además de la asepsia de rigor, están la anestesia y la posición del enfermo.

Para la anestesia se emplea por lo común el de preferencia al éter, por la acción que este ejerce sobre el aparato respiratorio. Las estensas lesiones viscerales abdominales, existentes en algunos enfermos con supuraciones pulmonares crónicas, incluyen en la anestesia por el éter. (Guinard). La anestesia local, es aplicable a los enfermos caquéticos, en los que el cloroformo

~47~
puediera ser peligroso (Buffier). Bonilly, aconseja, practicar una inyección de morfina, antes de la operación, con el fin de hacer más sossegados, los movimientos respiratorios.

La posición que se hace adoptar al enfermo para la operación es variable; debe sin embargo tenerse en cuenta, el desagüe natural de la cavema, para evitar los accidentes peligrosos de la obstrucción bronquial. El decúbito sobre el lado sano, durante la operación, ha ocasionado al parecer, en algunos casos, lesiones en el pulmón de este lado, producidas por el paso de líquidos ó partículas sépticas desde el sitio enfermo. Esta complicación originó la muerte á un enfermo de Senz y á otro de Delageniere (Cuadro 2.º observ. 27 y 68).

A pes pueden reducirse las operaciones practicadas hasta ahora sobre los pulmones.

1.º Punción.

2.º Incisión ó pneumotomía.

3.º Estirpación parcial ó ⁴⁸pneumectomia

Al lado de ellas se puede mencionar la simple toraco-plastia, operación con la cual, si bien no se actúa directamente sobre el tejido pulmonar, se obra indirectamente sobre el mismo, movilizándolo la pared torácica, y favoreciendo por este medio, el adosamiento y cicatrización de las paredes de las cavernas pulmonares.

1.º Punción.

Puede ser simple ó aspiradora, y seguida ó no de inyecciones antisépticas, balsámicas ó modificadoras. Se practica con un Trocar ó con la aguja de un aparato aspirador, que se hunden durante la inspiración en un espacio intercostal; primero perpendicularmente á la pared torácica y después oblicuamente al pulmón, alejándose en lo posible del hilio (Fruet). Debe hacerse aproximando se al borde superior de la costilla que está debajo.

Acogida con entusiasmo y practicada repetidas veces, durante algun tiempo, la punción como medio de trata-

miento de las afecciones pulmonares, ha caído en un merecido olvido. Es una operación ciega, que dada la incertidumbre de nuestros medios diagnósticos, hay que verificar muchas veces al arar. Lejos de ser tan benigna, como en un principio se creyó, lleva consigo numerosos peligros, hemorragia, hemoptisis, infección pleural, enfisema e infección musculocutánea, acceros de tos, dolor vivo etc. accidentes que en algunas ocasiones han ocasionado la muerte. La inyección misma, da lugar, como ha dicho Strick, a un verdadero traumatismo, que queda, disminuyendo la resistencia del tejido, activar la difusión del proceso infeccioso. Si a estos numerosos inconvenientes, se agrega, la poca eficacia de los resultados, se comprenderá que la punción se halla hoy justamente abandonada.

2.º Pneumotomía

Es la incisión metódica del tejido pulmonar, con un fin terapéutico. La más antigua en el orden histórico, es también de las intervenciones pulmonares, la más ge-

neralviada), y á la que unas numerosos y verdaderos éxitos debe la cirugía pulmonar. Aunque su manual operatorio varia algo segun los casos, aqui lo estudiaremos de un modo general.

La primera cuestion que en muchos casos se ofrece, dada la incertidumbre diagnóstica, es la eleccion del campo operatorio. De la manera opina, que casi siempre será ventajoso, empujar por serrecar, la 6.^a 7.^a 8.^a y á veces 9.^a costillas, con lo cual, se asegura por adelantado el desagüe de la pleura, y se crea una brecha por donde se puede explorar el pulmon. Esta incision tendria ademas la ventaja, de caer en muchos casos cerca del foco enfermo, que como es sabido, suele situarse con mucha frecuencia en las lobullos inferiores del pulmon. Rochard, aconseja tomar por guia la cirura oblicua, e introducir en ella, por á por á la mano, para darse cuenta del asiento de la lesion. He, propone atacar la pared costal por la parte pos-

terior e inferior, debajo del ángulo del omoplato, como punto de elección, siempre que haya dudas acerca del sitio enfermo. Los métodos particulares, solo tendrían aplicación en muy contados casos. La elección del campo operatorio, deberá siempre estar indicada, por un diagnóstico topográfico exacto, y a resolver este problema, se dirigirán todos los esfuerzos.

Dispuesta la intervención, esta, comprende tres tiempos distintos:

1.º Operación en la pared del tórax.

2.º Actuación sobre la pleura.

3.º Incisión pulmonar.

Las dos primeras son preparatorias de la tercera que es la principal. En caso de existir sólidas adherencias, pleuríticas, el segundo tiempo puede decirse que desaparece, y se confunde con la incisión pulmonar.

1.º La incisión de las partes blandas, varará con la extensión y profundidad del foco, así como con la rese-

cion costal que se crea necesario hacer. La incision sencilla a lo largo de un espacio intercostal, suficiente en la operacion del empiema, no es bastante para evacuar una cavidad pulmonar, solo sera aplicable a los casos de lesion perfectamente localizada, pequena superficial y adherida a la parte toracica (Koenig). Si como por lo general ocurre, se desea reseca una ó varias costillas, se practica un corte formando colgajo en HTLV etc. la forma en U de convexidad inferior, rebasando la parte más declive del foco, suele bastar, segun Doyen y Buffier, para todos los casos. La reseccion costal, se practica como de ordinario; desprendimiento del periostio de las dos caras de la costilla, seccion distal, mediante el costotomo ó la sierra de cadena, y ligadura si fuera precisa de los vasos intercostales.

Se ha invertido repetidas veces, sobre la necesidad y conveniencia de las estensas resecciones costales, cuya cuantia debe ser proporcionada a la rigidez costal, á

la extensión de la lesión y a su antigüedad. La extensa resección de costillas, abriendo una anchura, favorable a la exploración y desagüe del foco, disminuye la rigidez de la pared, y favorece por este medio la cicatrización de la caverna, acortando la duración del padecimiento. En contraposición a estas ventajas, Ollier, ha llamado la atención, acerca de las desviaciones del raquis, consecutivas a extensas resecciones de costillas. Berger, ha citado dos casos de muerte, que le parecían debidos a cambios respiratorios ocasionados por costotomías demasiado amplias y Cereville y Eschmann hablan de hechos análogos.

Sin embargo, la escasez de estos accidentes comparada con el excesivo número de resecciones costales extensas, que no determinaron complicación alguna, quita importancia a aquéllas. (1)

(1). Solo como recuerdo merece citarse la idea de Molliens, quien pretendió substituir la resección por la osteoclastia costal, pero como dice muy bien Brue, este procedimiento, resulta

2º Puesta al descubierto la porción de pleura que se cree relacionada con la parte enferma, la conducta del cirujano varía segun este u' no adheridas ambas hojas de la tenosa.

Se ha concedido tanta importancia a esto, que durante mucho tiempo se ha considerado, como contra-indicacion a la pneumotomia, la falta de adherencias pleurales, y aun hoy constituye este uno de los puntos mas discutidos de la cirugía pulmonar.

La existencia de estas indicada por los cambios de consistencia y color del tejido pulmonar, presenta numerosas ventajas en el acto quirúrgico. Sirve de comprobación al diagnóstico de sitio, indicando que la lesion está subyacente, evita los peligros de un pneumotorax inmediato o de una infección pleural insuficiente y peligrosa, insuficiente porque no mantendria más que temporalmente la pared torácica; peligroso, por lo difícil de localizar el sitio de las fracturas y la posibilidad de producir esquivras capaces de herir el pulmón. No se ha empleado.

consecutiva; simplifica⁵⁵ la incisión del pulmón alyan-
do la posibilidad de hemorragia, ya que las adheren-
cias para formarse han tenido que modificar profun-
damente el tejido pulmonar existente entre la lesión
y la pleura transformandole en fibroso. Comprobada
su presencia no hay mas que incidir francamente
el bloque pleuro-pulmonar, quedando la operación
de este modo reducida casi a una simple toracotomía.

Si las adherencias faltan, como se conoce por la
delgadez de la pleura, su transparencia y la percep-
ción a través de la misma de los movimientos de
la superficie pulmonar, la conducta del ciru-
jano varia; puede buscarlas, crearlas, o hacer caso
omiso de ellas (Buffier). Para buscarlas puede ha-
cerse uso, de alguno de los procedimientos de toraco-
tomía exploradora antes descritos. Si esta investiga-
ción no ha dado resultado, se las puede crear, me-
diante varios procedimientos, que en su mayor

tienden a producir una pleuritis adhesiva).

Los medios ensayados para favorecer la union de ambas hojas pleurales, pueden clasificarse de la siguiente manera:

Irritantes	Mecánicos ..	Acupuntura	} Obligado a operar en dos tiempos.
	Físicos ..	Trayonamiento	
		Termo-cauterio	
Químicos ..	Electricidad		
	Vintura de iodo		
Mecánicos ..	Cloruro de zinc etc.	} Permite operar en un tiempo	
	Sutura		
	Adhesivos (gelatina, la case, etc.)		
	Harponado		

No todos estos procedimientos tienen el mismo valor y resultados, algunos de ellos, como, la electricidad, los adhesivos, (cola enfria, la case, gelatina, hiel, etc) y el harponado subcutaneo, fueron experimentalmente ensayados por Guenu, (1) que no obtuvo de ellos beneficio alguno, por lo cual fueron abandonados.

(1). Guenu. Chir. du p. ou mon. Soc. de chir. 1897. Rev. de chir. 1897, vol. pag. 77.

La introducción de agujas o Trocars en la cavidad torácica a través de la pleura, es un método arriesgado, doloroso y de resultado incierto. Fueron emplacadas por Godlee en uno de sus enfermos (C. 2.º obs 76) en el cual al cabo de algunos días, no habían producido efecto alguno, por lo que fue preciso suspender la operación, quedando el enfermo en el mismo estado.

El taponamiento, (Krause) practicado con gasa aseptica o iodoformada, es un proceder sencillo, aunque largo e incierto. Sin embargo en los enfermos en que se ha empleado, no produjo accidente alguno de desagradables. Mas incierta todavía, resulta la aplicación de algunas cauterizaciones con el terno.

Los caústicos empleados por Krimer y Walter desde 1870, y modernamente por Giuntke, no han dado resultados satisfactorios, es un método, lento, doloroso e incierto. Su acción es además muy difícil de limitar, pueden determinar perforaciones de la pleura, y pleuritis serosa.

pusulenta y hemorrágica (Quene); en la pleura normal, delgada y flexible, sobrepasan fácilmente los límites de acción deseada, y cuando la pleura está engrosada su acción no es suficiente (König. En dos casos, la inseguridad de las adherencias formadas, obligó al cabo de muchos días a practicar la sutura (C. 2.º obs. 81 y 90), ambos enfermos murieron y la autopsia, demostró en uno de ellos, la existencia de una pleuresia pusulenta y hemorrágica, y en el otro, de una pleuresia sero-pusulenta enguistada. En ambos casos, se había usado la pasta de cloruro de zinc. La Tuntura de iodo es también de resultado incierto y muy peligroso. Empleada por Herbert Hawkins en uno de sus enfermos, provocó una pleuresia pusulenta, que requirió la operación del empiema. (C. 2.º obs. 46).

La sutura practicada por primera vez por Beau en 1864 para evitar el pneumotorax, durante la extirpación de una neoplasia pulmonar, preconizada después por Roux, Guiffier, Köesig y otros muchos cirujanos, constituye en la

actualidad del procedimiento de elección, inaplicable totalmente en contadas ocasiones, como por ejemplo, cuando el diagnóstico de sitio no está bien determinado, o cuando las capas superficiales del pulmón están infiltradas, en cuyo caso, aconseja Köenig, practicar el taponamiento. El modo de hacer la sutura varía. Se ha dicho que la sutura entrecortada, dejaba en la pleura hiatus ó espacios por los cuales podía penetrar el aire, pero no obstante esto, Köenig la cree preferible á las demás, y aconseja la sutura entrecortada, con catgut, haciendo los puntos muy próximos unos á otros, hasta circundar con ellos en la pleura, la extensión necesaria para operar. Un procedimiento muy empleado, es el de Roux ó sutura á perpetuo, con el cual parece evitarse mejor que con cualquiera otro, la entrada del aire en la pleura. A practicarla emplea Roux, una aguja provista de hilo de catgut, que procura que el doble

para que de esta manera, obtiene mejor el orificio hecho en la pleura con la aguja; en cada punto, comprende, ambas hojas pleurales, y la parte de pulmón subyacente.

De sus experiencias deduce Quenu, que la sutura pleuro-pulmonar primitiva, ó sea la practicada antes de abrir la cavidad, solo es posible cuando las hojas pleurales, están espesadas, y que la sutura secundaria da malos resultados. Dicho autor ha tratado en vista de esto, de practicar un procedimiento de sutura, al cual llama corto-pneumopexia, que consiste en comprender con la aguja ambas hojas pleuréticas provistas de sus partes adyacentes; misculos intercostales para la hoja parietal y cierta cantidad de pulmón para la visceral. De este modo, se consigue fijar el pulmón contra la pared torácica, pero sin que se obtengan, según dicho cirujano, adherencias.

-61-

Quenu, Louget y Huffer, han demostrado experimentalmente, que las suturas asepticas, no provocan adherencias. Es preciso para esto, que sean antisépticas, pues solo la imitación o la infección atenuada de la pleura, produciera la adhesión de sus hojas. En vista de esto, el primero de los citados cirujanos, opina que es preciso renunciar a esta suerte de adherencias, quedando solo el recurso de mantener una diferencia de presión entre el aire pulmonar y el ambiente, para lo cual puede, disminuirse la presión intra-pleural ó aumentarse la pulmonar. Pero la cuestión no está todavía averiguada si la sutura provoca la formación de adherencias, como saber, si el contacto que ella determina entre las dos hojas de la serosa, basta para librar de los riesgos del pneumotorax e infección pleural. Quenu, opina que no, y cree que en los diversos procedimientos de sutura, siempre quedan agujeros por donde puede penetrar el aire, e infec-

62

tame la serosa. Para ⁶²Ñux y otros muchos, la sutura es suficiente para proteger la pleura y continuar acto seguido la operación. El examen imparcial de los hechos, parece dar la razón á estos últimos: de 22 observaciones, suficientemente detalladas, en que se empleó la sutura, en 18. no sobrevino complicación alguna pleural, y en las cuatro restantes complicadas con pneumotorax parcial ó pleuresia purulenta, la sutura habia sido secundaria, y hecha por lo tanto, después de abierta la serosa. Esto demuestra, la eficacia y falta de riesgos de la sutura primitiva bien practicada.

La sutura, tiene además la ventaja, de permitir operar en una sola sesión, al contrario de los demás procedimientos de formación de adherencias, que en la intervención de dos tiempos. Estos métodos leu-
tos que tan mal se armonizan con ciertas compli-
caciones rápidamente amenazadas. de las su-

puraciones pulmonares, van siendo abandonadas por casi todos los cirujanos.

Puede finalmente prescindirse de las adherencias y de provocar su formación. La conducta seguida por los operadores es variable en estos casos.

Macewen, no teme abrir la pleura, confiando, en que la cohesión molecular ejercida entre las dos hojas lisas y húmedas de la serosa, puestas en contacto, basta para evitar la entrada del aire. Esto es cierto en algunas ocasiones, pero en otras muchas, a pesar de esta cohesión molecular invocada por Macewen, el pneumotorax se produce.

Poirier y Delorme preconizaron un medio, que ya antes habia empleado Inäel y que consiste, en mantener fijo el pulmón, por dos hilos, pasados en anchas asas a través del espesor del órgano, oponiéndose de este modo a la retracción del mismo. Terminada la operación, los hilos eran separados.

Triæl, practicó en algunos casos, la incisión de la pleura, lentamente y durante la espiración. A pequeños corte, aplicaba sobre la herida una gasa para evitar la entrada del aire. Cuando el corte era suficiente, un ayudante, se paraba en la espiración los bordes de la herida, e introducía una torunda de gasa para comprimir la abertura pleural y el pulmón. Pero como dice Köenig, en el tiempo que esto requiere, puede practicarse una sutura, lo cual es más cómodo y expedito.

Autoria, determina en el paciente quintas dedos, que bastan según él para mantener el pulmón dilatado. Otros, finalmente, aconsejan, después de abrir debidamente la pleura, atacar el pulmón teniendo lo sujeto con pinzas largas de Museux, para impedir que se retraiga demasiado.

Cualquiera que sea el valor de estos métodos, resulta desde luego inferior, al de los diversos proce-

diminutos de formación de adherencias, según puede verse en el siguiente cuadro, resumen de 7 observaciones de Talladas, en las cuales no existían adherencias sólidas espontáneas en el acto de operar. (1)

		Con complicación pleural						Sin complicación pleural	
		Pneumotorax Parcial		Pneumotorax Total		Pleuritis purulenta		Pleuritis fibrinosa	
		Curados	Muertos	Curados	Muertos	Curados	Muertos	Curados	Muertos
Adherencias	Provocadas								
	Punturas	"	"	"	"	"	"	1	"
	Esponamiento	"	"	"	"	"	"	3	"
	Bernocauterio	"	"	"	"	"	"	1	"
	Futura de iodo	"	"	"	"	1	"	"	"
	Pasta de cl. de zinc	"	"	"	"	"	2	10	2
Sutura	1	1	"	"	1	1	16	2	
	Insuficientes o nulas.	10	"	5	7	"	4	5	1

2º Después de la intervención en el tórax pulmonar, si el foco no se ve ni se toca, es conveniente, para asegurar el diagnóstico, practicar una punción exploratoria.

(1). En este cuadro nos referimos solo a la curación operatoria, no a la definitiva.

dora ó introducir como aconseja Höenig, un bisturí de punta aguda, que segun dicto cirujano, puede penetrar a poca profundidad, sin peligro alguno. Si con estos medios no se obtuviera resultado, puede incidirse el tejido pulmonar y explorarlo con el dedo, ó introduciendo una soneta de boton, ó acanalada es Puelha. Si esta exploracion, no fuera seguida de éxito inmediato, puede colocarse en la incision hecha, un desagüe y esperar; la experiencia demuestra que en algunos de estos casos el foco, proximo a la abertura practicada, concluyó al cabo de algunos dias por abrirse en ella. Cuando la puncion explorada da resultado positiva, el trocar, puede servir de guia al bisturí.

Para incidir el tejido pulmonar, se emplean que valmente el bisturí, el termo-cauterio. En general parece preferible el bisturí, que se ha ido empleando más, a medida que se ha perdido el miedo a la he

hemorragia pulmonar, cuyo peligro es más teórico que real. Este instrumento de sección, se halla más particularmente indicado, cuando el tejido que se ha de incidir, es resistente, fibroso y poco vascular. La herida puede ampliarse por desgarramiento, con el dedo ó con la sonda, ó introducirse tijeras ó pinzas cerradas, que se extraen abiertas (Koch). El termo-cauterio es aplicado, por temor á las pérdidas de sangre, parece impotente cuando la hemorragia es grave (C. 2.º ob. 107. C. 2.º ob. 112) y las levas se cohiben fácilmente por el tamponamiento. Se ha hecho al termo-cauterio la objeción, de producir una escara, cuya eliminación puede ser larga, y de que al cauterizar las paredes de la herida, impide orientarse en ella, lo cual es muy importante, porque á veces, una insignificante estrofia de pus ó una pequeña inclinación pulmonar, pueden poner en camino del foco. Habiendo, en un operado (C. 2.º ob. 114) tampoco quiso emplear el termo-

cauterio por temor a destruir con él, el cuerpo extraño que buscaba, (brinca de hierba) causa del absceso pulmonar. Sin embargo, el termo-cauterio, aplicado al rojo oscuro, parece indicado en las siguientes condiciones: 1^a En casos de gran virencia o septicidad de la lesión (Huffer); 2^a Cuando el tejido pulmonar se presenta elástico, vascular o con una congestión pasiva, que a veces rodea a los focos patológicos (Femier); 3^a Cuando el foco es muy profundo, por ser entonces las hemorragias más difíciles de cohibir a dicha profundidad y más en un tejido tan movable como es el pulmonar (Esquerdo); 4^a En los estados de extrema gravedad o caquexia, en los cuales conviene evitar cualquier pérdida de sangre (Neclús).

La pneumotomía por el método lento, que consistía en aplicar al pulmón pastas caústicas, que iban disminuyendo poco a poco, fue pronto abandonado a causa de sus numerosos inconvenientes. Tampoco han

sido sancionadas por el uso, las punciones seguidas de dilatación con tallos de laminaria, esponja preparada etc. cuyas indicaciones son muy limitadas.

Ampliamente abierto el foco, se le explorará con minuciosidad mediante la vista y el tacto teniendo en cuenta la anfractuosidad de algunas lesiones y la posibilidad de que sean múltiples.

El contenido de la caverna, que espontáneamente no ha salido, se evacua, teniendo cuidado de no herir los vasos, con torundas de gasa esterilizada, las cuales arrastran porciones de tejido, que difícilmente saldrían con solo el desague. El raspado del foco, no parece ventajoso, no se puede pensar en esterpar con él; todos los tejidos enfermos, y en cambio tiene el peligro de provocar hemorragias y de exponer a la infección de las porciones sanas.

Algunas veces, atravesará la cavidad, bridas en cuyo interior suelen existir vasos, unas veces obliterados y

Otras no. Estas bridas, pueden reputarse como se hizo en la observacion de Lauestein, o seccionarse entre las ligaduras, como en el enfermo de Fraentzel y Korte.

Las paredes del foco pueden tratarse por diversos agentes antisépticos, causticos etc; iodoformo, cloruro de zinc mas tal alcauforada, Fermo-cauterio etc.

Finalmente se resecuran los tegumentos en los extremos de la incision practicada, cuidando de dejar un amplio acceso al foco.

Los lavados no son aconsejables. Empleados en los primeros tiempos de la cirujia pulmonar, la experiencia ha demostrado sus peligros. Con frecuencia provocan penosos accesos de tos, y fenomenos asfíticos. Proclujeron la muerte, por bronco-pneumonia, en un enfermo de la estadística de Habreant y por asfixia; en un operado por Berger de quiste bicládico.

El desazúe, favorecido por una amplia abertura

del foco, es de un gran valor en cirugía pulmonar. Se practica por lo general con tiras de gasa, ó con tubos de goma flexibles. Se ha acusado á los tubos de producir hemorragias graves, á veces mortales, por erosión vascular, determinadas por el rozamiento del tubo en las paredes cavitarias (obs de Walsham, Franzen, Stewart, Sutherland); de aquí la necesidad de modificar de tiempo en tiempo la situación del desagüe. En las cavernas muy amplias, deberá fijarse el tubo con un hilo, á la pared torácica, con objeto de evitar su caída en la cavidad pulmonar, como á veces ha ocurrido. El taponamiento con tiras de gasa, presenta sobre el desagüe con tubos las siguientes ventajas; puede evitar la posibilidad de hemorragias, permite conservar una vía mas amplia para examinar el fondo de la cavidad, euterrandolo si hiciera falta etc; estimula las paredes cavitarias, provocando su granulación, que se utilizará para poner por su

intóxicos, en contacto con las paredes del foco, de-
 veras sustancias antiépticas, ya que los lavados no
 son practicables, obstruye los orificios bronquiales que
 quedaron abiertos en la caverna, con lo cual, permite
 al enfermo, hacer esfuerzos de tos y expectoración, á
 la vez que impide al aire exterior, penetrar en el foco.
 Puede sustituirse el sellado de gasa por el tubo, en un
 periodo avanzado de la curación, cuando la cavi-
 dad se halla notablemente reducida y sus paredes
 vegetan bien, ó introducir como aconseja Sonnen-
 burg, un tubo de desagüe envuelto en la misma gasa.
 La supresión prematura del desagüe, ha sido en al-
 gunos casos seguida, de síntomas graves de reten-
 ción. En otras ocasiones, ha sido preciso practicar con-
 tra-aberturas en la pared torácica, para favorecer
 la salida de los productos morbosos.

Una cura antiéptica amplia, espesa y ligeramen-
 te compresiva, completará el tratamiento.

3º. Pneumectomia

La resección parcial del pulmón, es posterior en bastan-
tes años, a la incisión de este órgano, y sus observaciones
clínicas, son todavía muy poco numerosas.

La pneumectomia, comprende dos ordenes de hechos,
experimentales y clínicas.

Los primeros son iniciados en 1881 por Gluck, quien li-
gó pedículos pulmonares en seis perros y catorce conejos,
seccionando después la parte ligada. Solo en dos de
estos animales sobrevino la muerte. Animado por
estos resultados, practicó con éxito la esterpección to-
tal de un pulmón en otros animales. De estas experien-
cias deduce que los animales soportan bien la liga-
dura o esterpección pulmonar con tal que la operación
se realice en condiciones asepticas. Los dos casos mor-
tales, fueron debidos a pericarditis y pleuresia puru-
lenta.

Mareus refiere, en el mismo año, haber obtenido, éxitos semejantes á los precedentes.

Block en 1882, emprendió experiencias análogas á las de Gluck, operando en animales sanos ó tuberculosos, y llega á las conclusiones siguientes: los animales soportan muy bien y sin anestesia, la operación; las partes no estirpadas del pulmón, sufren una expansión compensatoria, capaz de suplir las necesidades de la hematosis, al mismo tiempo que desaparece el pneumotorax operatorio.

Schmidt y Dionoli, publican en 1884, interesantes trabajos. El primero pone en práctica un ingenioso procedimiento para la pneumectomia parcial. Después de reseca una ó más costillas, hunde una aguja, provista de doble hilo, por detrás de la porción que se ha de estirpar, ligánelo en seguida por arriba y por debajo, para producir la isquemia; de esta suerte, opera sin hemorragia: liga de un modo aislado los

-15-

vasos y los bronquios y sutura exactamente con catgut, los bordes de la herida pulmonar; los hilos constrictores son aseo seguido separados y el pulmón vuelto a su sitio normal.

Diondi, repite las experiencias de Gluck y Block, presentando, como consecuencia de las mismas, un estudio muy interesante, realizado en gatos, conejos y perros, y basado en 62 casos. De esa estadística, deduce que la extirpación total de un pulmón, es soportada por los animales, en más de la mitad de los casos, y que la neumectomía parcial va siempre seguida de éxito, con tal, que se observen las necesarias precauciones asepticas. Han llevado Diondi más adelante sus trabajos, y hizo neumectomías en animales experimentalmente tuberculosos, obteniendo éxitos, si bien no tan numerosos y positivos, como en la estadística anterior. Mas, no obstante, los favorables resultados que la neumectomía ofrece en los animales, esta operación

no ha podido hasta ahora generalizarse en el hombre, siendo todavía muy contados los hechos clínicos de pneumotomía humana, y poco satisfactorios, por lo general los resultados.

La escasez de estos hechos, la variabilidad de los casos en que fué empleada, impiden hacer una descripción general de la técnica operatoria de la pneumotomía.

El peligro mayor de esta operación, está en el pneumotorax que casi forzosamente se produce al tener que incindir un tejido pulmonar sano, y por fuerza de las adherencias, cuando estas existen. Y como quiera que la operación, larga y minuciosa, debe prolongarse largo tiempo, la penetración del aire en la pleura constituye un accidente siempre serio. (Buffier).

Para prevenirlo, combatirlo ó atenuar sus efectos, se valen los operadores de diversos medios. Buffier en su enfermo operado por tuberculosis del vértice, recurrió al

49-
del hundimiento de la hoja parietal de la pleura por cuyo medio provocó un pneumotorax extrapleurar que haciendo disminuir de volumen al vértice, permitió a este pasar a través de una pequeña incisión de la pleura, la cual aplicada de a manera de anillo, alrededor de dicho vértice impidió la formación de un pneumotorax verdadero o intrapleurar. Sanson, en un caso semejante, prefirió provocar voluntaria y lentamente el pneumotorax, con aire esterilizado. Beau, en su enfermo de neoplasia pulmonar, recurrió a la sutura de la pleura alrededor de la zona afectada. Vallas opina, que su procedimiento de las pinzas fijas, puede evitar el pneumotorax. Jayet en su caso de pneumotorax traumático, obtuvo su supresión, obturando a cada movimiento inspiratorio, la herida, con lo cual, la pleura, se vació sin que se hiciera, pero este proceder aplicable en el caso de Jayet, es, como dice Vallas, difícil de emplear en las operaciones del pulmón que necesitan cierta rapidez y amplio

campo de exploración. -78-

Si el pneumotorax se produjera, acompañado de síntomas graves, la mejor conducta es, según Buffier, agarrar rápidamente el pulmón, a través, hacia la herida torácica y fijarlo. Esta fijación, tiene numerosas ventajas; atenúa casi instantáneamente los fenómenos amenazados de asfixia, permitiendo al pulmón fijado seguir los movimientos respiratorios; hace desaparecer los accidentes de excitación de las extremidades del vago, que, tan gran papel juegan en los cambios respiratorios; levanta la tensión arterial; regulariza el pulso, y constituye en fin un punto de apoyo, para la ulterior expansión pulmonar. La prueba de esta eficacia, la encontramos en el hecho, de que si el pulmón se escapa de nuevo, los accidentes se reproducen en seguida.

Mencionaremos finalmente los trabajos experimentales de Buffier y Ballion, Luenn y Longuet, encaminados a regular la técnica de la pneumectomia, comba-

tiendo el pneumotorax. -79-

El método de Buffier Hallion, consiste, en practicar la insuflación traqueal y respiración artificial bajo presión, mediante una cánula introducida en la laringe. El aire empleado, dicen dichos cirujanos, debe ser lo más puro posible, para impedir, que con su movimiento incessante, deje abandonadas en las paredes bronquiales húmedas, la gran cantidad de gérmenes que a veces suelen contener. Por este medio, han podido practicar Buffier y Hallion, pneumotomías largas en los animales.

Guerra y Longuet, trataron de combatir la retracción pulmonar, aumentando la presión intrabronquial, mediante la respiración en aire comprimido. En sus experiencias, vieron al pulmón aplicarse exactamente, contra la pared torácica, con tendencia a formar hernia.

Estos procedimientos no han podido todavía genera

liviane a' la clínica. - 80 -

La escisión del tejido pulmonar puede realizarse de distintas maneras: extirpación con el termo-cauterio y hemostasia con pinza, (Beau); doble ligadura por detrás de la parte alterada y extirpación de esta con las tijeras o el bisturí (Kröenlein, Müller, Weinlechner); escisión de la rama enferma por encima de una ligadura en cada una, (Fuffier); ligadura por detrás de los agujas pasadas en cruz a través del tejido pulmonar (Lanson), pediculación de la parte que se ha de extirpar, mediante pinzas curvas dejadas de un modo permanente (Vallas).

La sutura pulmonar, constituye un tiempo particularmente largo y minucioso, por tener que verificarse en un órgano muy friable y movable. Debe ser hermética y perfecta, para evitar el peligro de un pneumotorax por causa interna, como ocurrió en el enfermo de Köenig (C. 7.º obs. 2.).

El practicar la extirpación cortando un tejido sano,

hace posible la reunión por primera intención.

IV.

Complicaciones operatorias.

La intervención pulmonar, puede ir acompañada de varias complicaciones dependientes de la especial disposición anatómica del aparato pleuro-pulmonar, de la septicidad del foco, naturalra de la lesión etc. Mencionaremos las principales.

No encontrar el foco, es según Buffier, la primera complicación que se puede encontrar. Puede, como antes se dijo, colocarse un desagüe y respirar; si la colección está cerca se le abre, durante los días siguientes en la abertura hecía. Algunas veces, ha sido necesario, volver a cerrar la herida operatoria, sin haber encontrado la lesión.

La hemorragia, en cantidad abundante, para constituir una complicación, no es tan frecuente y grave, como había suponer, la estructura estremadamente vascular del pul-

-82-

món. Puede ser primitiva o secundaria. Las inmediatas, provienen de la pared Torácica, o se originan al seccionar el pulmón; las parietales, se cohiben, con las ligaduras ó las pinzas; para las paruquimatosas, el medio preferible es el taponamiento. Mas peligrosas, son las hemorragias secundarias; suelen ser ocasionadas por el roce del desagüe, caída de escaras, etc; y pueden aparecer, al verificar el enfermo un esfuerzo, al cambiarle de cura etc. Son más de temer durante la primera semana que sigue, á la operación; de aquí el precepto, de no renovar el Taponamiento en el mayor tiempo posible (Villiers). Si el desagüe es con tubo, se procurará, que éste no esté mucho tiempo, colocado en la misma forma, para evitar erosiones vasculares.

La hemorragia y entrada del aire en las venas pulmonares, determinó la muerte en un operado (ve C. C. 1.º obs. 41)

El pneumotorax operatorio, considerado por algunos, como

83-

uno de los tiempos del acto quirúrgico, constituye para otros, una terrible complicación. Puede ser causado por entrada del aire á través de la pared torácica, ó por abertura en la pleura, durante el curso de la operación ó después de ella, de algunas ramas bronquiales, por las que se introduce el aire. Hoy se le considera como menos peligroso que en otro tiempo: su gravedad, sin embargo, varia mucho, según diversas circunstancias. Es mas de temer en el niño que en el adulto (Doyle), porque en aquél, la mayor movilidad de los órganos torácicos, favorece la penetración del aire y las dislocaciones viscerales. Provocado rápidamente, presenta un conjunto de síntomas alarmantes, mas amenazadores, que cuando se le provoca con lentitud. Si es total, ocasiona accidentes mas graves que cuando es parcial.

El pneumoto, en operación, sobrevenido en las intervenciones por lesión pulmonar, no parece por lo general, tan grave, como el espontáneo, por causa interna y sin co-

84
municación exterior a través de la pared torácica, y como
el mismo pneumotorax quirúrgico, acaecido, a veces, en
las intervenciones sobre la pared del tórax (extirpación de
tumores costales, operaciones sobre la mama) etc. Quizás
dependa esta diferencia, de que las lesiones pulmona-
res que requieren la operación, han provocado casi
siempre algunas adherencias que impiden la total
retracción pulmonar, o de que la lesión misma, por
su naturaleza o por las induraciones o esclerosis que
suelen rodearla, disminuye la retractibilidad del
pulmón, haciendo menores los peligros de un pneumo-
torax total. La facilidad para producirse el pneumato-
rax, varia también, según el sitio por donde se abra la te-
lora: según Juenne, si la abertura practicada es en el vé-
rtice, y no hay adherencias, sobreviene casi fatalmen-
te esta complicación: la abertura practicada en las ba-
ses o en las regiones posteriores del tórax, no lleva for-
zosamente consigo la entrada de aire en la pleura,

85

a' causa de la mayor intimidad con que el pulmón se aplica a' la pared torácica en estos sitios.

Los medios de prevenir o' combatir este accidente, ya quedamos antes expuestos.

La infección pleural, posible si las adherencias faltan, y el foco contiene microbios sépticos, puede prevenirse mediante la sutura o' el desagüe del fondo de saco pleural. Este desagüe previo de la serosa, perfectamente indicado, cuando haya motivo fundado para suponer que la pleura está infectada, no parece necesario en circunstancias opuestas, y no debe por lo tanto exigirse un método general de tratamiento, como quiere Delageniere. "Es superfluo, y peligroso, exponer a' enfermos, por lo común debilitados, a' una operación de tanta importancia, como es la de resecar tres o' cuatro costillas, y abrir la pleura, al nivel de ellas. La poca frecuencia con que la pleura se infecta,

(11). Delageniere = Necessité du drainage du sinus costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions, sur le poumon. Cong.

86

no obstante tratarse casi siempre de lesiones sépticas, parece contraindicar el empleo sistemático, del desage pleural preventivo, que por lo demás, pocas veces ha sido practicado por los operadores. Si se infecta la serosa, siempre se estará a tiempo de practicar la pleurotomía.

La abertura accidental del peritoneo, es una rarísima complicación, cuya gravedad parece al pronto, excesiva, sobre todo si la pleura contiene pus. Berrier, que es quien menciona este accidente, y que ha tenido ocasión de observarle, no le da importancia, si se procede sin pérdida de tiempo a cerrar la serosa abdominal, mediante algunos puntos de sutura.

La irrupción de un trozo de tejido facellado en las vías aéreas, ocasionó en un enfermo de Andrews, C. C.º ob. 1) síntomas graves de asfixia, que terminaron, es de color de dedos, un estemo trombus de 2 centímetros de extensión, que se había alojado en la laringe,

Accidentes embólicos cerebrales. Han ocurrido alguna
 vez. In uno de los enfermos de Malbot (ob. 58. E. 2º) al tra-
 rar, varios días después de la operación, de movilizar
 y extraer un gran trozo de tejido esclerado, sobrevino
 un síncope, seguido a los pocos momentos de hemiple-
 gia derecha y afasia. Malbot, explica estos accidentes,
 por desprendimiento, durante las tracciones hechas
 para extraer el tejido esclerado, de algun trombo
 existente en las venas pulmonares. Movilizado el trom-
 bo, hizo irrupcion en el corazón, donde quirió se detu-
 vo entre los pilares valvulares, y de aqui el soplo y an-
 tolia súbitos, manifestados por el síncope. El em-
 bolo acabo al fin por desprenderse del corazón y fué
 al cerebro, donde obturó la silviana, produciendo
 la hemiplejia derecha y afasia, observadas inme-
 diatamente después del síncope. La poca duracion
 de los síntomas cerebrales se explica segun Malbot,
 por disgregacion del coágulo, debido al embate de

-88-

de la honda sanguínea. Algunos otros casos de hemiplegia parálgica, consecutiva á la pneumotomía deben reconocer el mismo origen.

El absceso cerebral, observado después de algunas intervenciones en el pulmón, tiene igualmente un origen embólico. Señalada esta complicación por Bresard, Villiere y otros la viéguen sin motivo justificado. Fue el absceso cerebral puede presentarse como complicación de afecciones pulmonares no operadas, no excluye la posibilidad de su formación como accidente de la pneumotomía. Las observaciones de Pir y Marshall, Godlee y Villiams (C. 1º obs. 4. 16. 56), la de Montignoor, Hof (C. 2º obs. 72); las de Bastianelli, Fayle y Raffray, etc. (C. 3º obs. 4. 48. 119) en todas las cuales, los síntomas del absceso pulmonar, fueron precedidos en algunos días ó semanas, por la pneumotomía, indican claramente la relación de causa ó efecto, existente entre esta y aquellos. Comprenderse además fácilmente, que la infección

895

y manipulaciones en un foco septicó, fraguado en el espesor de un órgano tan movable y vascular como el pulmón, faciliten la producción de embolias, causa del absceso pulmonar.

La dyspnea esciiva, puede ser causada por una influencia nerviosa, una toracoplastia muy extensa, un pneumotórax operatario, lavados intempestivos, congestión pulmonar etc. Conociendo sus causas, queda indicado el tratamiento.

La persistencia de una fiebre, excepto en algunos casos poco frecuentes, en que se la busca como tratamiento paliativo, debe considerarse como una complicación, ó como un resultado incompleto del acto quirúrgico. Es accidente muy frecuente. La antigüedad de las lesiones, la poca extensión de la toracotomía, lo augusto de la incisión pulmonar: la desembocadura de algun grueso bronquio, en el foco enfermo etc. son sus causas mas comunes. Si la fistula no manifiesta tendencia á cerrar, y el enfermo se debilita, debe intervenir nuevamente y sin mas espera (Femier). Una extensa toracoplastia secundaria, bastó para cerrar la fistula en la

operada de Walther. Si ⁹⁰ la secreción es tan abundante que la fístula se ocluya, puede ensayarse despegar la piel alrededor de la abertura, y reunirla con la herida que se ha formado (Köenig, Krause). Para los casos de fístula con secreción persistente, aconsejan Köenig y Guincke, el uso de pequeños receptáculos aplicados a la pared foránea, conteniendo una pequeña cantidad de disolución fenicada, destinados a recoger las secreciones.

Las demás complicaciones, infección, colapso etc. no las mencionaremos aquí por ser comunes a otras muchas operaciones quirúrgicas.



II. Parte especial.

En esta segunda parte, estudiaremos los resultados de la intervención operatoria, en las afecciones pulmonares en que ha sido empleada, excepción hecha de las llamadas quirúrgicas, como la hernia, Traumatismos, hemorragias etc. Buffier, divide las lesiones pulmonares operables, en sépticas y a sépticas, clasificación muy aceptable bajo el aspecto quirúrgico, pero que obligaria á dividir el estudio de la tuberculosis pulmonar, según se trate de cavernas ó de nódulos tuberculosos, y el de los quistes hidatídicos, según fueran ó no supurados. Quincke, los clasifica atendiendo á la antigüedad del padecimiento y á su naturaleza. Reclus, establece los tres grupos siguientes: hemorragias, Tumores, y soluciones cavitarias. Delageniere acepta una clasificación parecida á la de Reclus y divide las lesiones susceptibles de ser tratadas por la cirugía, en Trau-

máticas, neoplásicas e infecciosas. Fundada en su práctica Beau, clasifica las enfermedades pulmonares operables en tumores líquidos y tumores sólidos, incluyendo en los primeros, las supuraciones francas y específicas, los abscesos tuberculosos, los quistes hidatídicos etc., los segundos muy raros, son de naturaleza neoplásica.

Aquí los estudiaremos siguiendo este orden

- 1.º Bronquiectasias.
- 2.º Abscesos.
- 3.º Gangrena.
- 4.º Quistes hidatídicos
- 5.º Actinomicosis
- 6.º Cavernas tuberculosas
- 7.º Nódulos e infiltraciones tuberculosas
- 8.º Tumores.



Este orden, si diferencia poco, del que suele seguirse para el estudio de estas afecciones en Patolo-

gia médica. En él se presentaban además agrupadas, en los seis primeros grupos, las lesiones que adoptan la forma cavitaria, y en los dos últimos, las de forma neoplásica. Las primeras requieren por lo general como tratamiento la pneumotomía, las segundas la pneumectomía.

No hemos dedicado sección especial a los cuerpos extraños intrapulmonares porque, como dice Neelke, o son tolerados por el pulmón y se enquistan, en cuyo caso la operación resulta inútil, o provocan la formación de una caverna purulenta, gangrenosa o bronquiectásica, y en tales casos quedan comprendidos, en alguno de los grupos antes señalados.

I.

Bronquiectasias



Las dilataciones bronquiales, son lesiones secundarias

desarrolladas en el curso de la bronquitis crónica, neumonía crónica e intersticial, reblandecimiento de masas caseosas, enfisema, bronco-ectasia, cuerpos extraños bronquiales, pleuritis del hemo etc.

Por su forma anatómica pueden ser cilíndricas, fusiformes y saquiiformes; la intervención quirúrgica, solo en las de últimas etapas indicada. Las cilíndricas suelen preceder en formación a las otras dos. Su tamaño es variable, como una avellana, como un huevo o mayores, invadiendo en ocasiones, todo un lóbulo pulmonar, o una extensión todavía mayor. Localizarse con mas frecuencia en la base que en el vértice y rara vez se presentan aisladas, pues por lo común se extienden varias de ellas a uno o a los dos pulmones.

Su curso esencialmente crónico, y de frecuente adopción peligrosa por sus numerosas complicaciones y enfermedades consecutivas, tales como bronquitis purulenta, absceso y gangrena pulmonares, hemoptias, piopneumotorax

pleuresia purulenta, síntomas piohemicos caracterizados por flegmasias articulares y abscesos metastasicos en el cerebro, médula y otros órganos, degeneraciones amiloides viscerales, tuberculosis pulmonar etc.

La curación espontánea es muy difícil. Se ha discutido la posibilidad de esta curación, y si negan que alguna vez haya podido ocurrir, por formación de adherencias en la cavidad y obliteración de la misma, o por transformación quística de la bronquiectasia, debida a la obstrucción de los bronquios aferentes, sin embargo el hecho es tan excepcional, que no merece tenerse en cuenta, y por lo común, después de un largo tiempo de relativo bienestar, estas enfermas acaban por sucumbir, por marasmo, septicemia, insuficiencia cardiaca, o por alguna de las complicaciones o enfermedades consecutivas que se mencionan.

El diagnóstico directo se funda principalmente en la cantidad, calidad y modo de expulsar los productos de expectoración, y en la existencia de síntomas cavitarios.

El diferencial debe establecerse con la Tuberculosis pulmonar, la bronquitis fétida, los abscesos y gangrena pulmonares, y la tisis de origen pleural. La falta o presencia de bacilos en el exputo, los datos de herencia, cuando existan y la diversa localización, bastará para diferenciarla de la tisis pulmonar. La presencia de signos cavitarios, la distinguirá de la bronquitis fétida. La falta de trozos de parénquima pulmonar en los exputos podrá utilizarse para la distinción de la gangrena y absceso pulmonares, y el distinto curso, la separará de la tisis pleural. No obstante estos datos, el diagnóstico queda a veces dudoso.

El tratamiento médico en esta enfermedad, se propone:
1.º Favorecer la evacuación de las secreciones: 2.º Cohibirlas: 3.º Evitar su descomposición: 4.º Sostener las fuerzas del enfermo.

La primera indicación se trata de cumplir, mediante los expectorantes gémicos, las compresas y chorros fríos, y la compresión metódica del tórax, durante la res-

puracion. Para llenar la segunda y tercera indicacion, se han empleado los astringentes y balsamicos y algunos antisepticos, tomados por via gastrica o en inhalaciones. La inyeccion repetida, en la region enferma, haia desaparecer la fetidez de los esputos, segun Dieulafoy. Un buen plan tónico e higiénico, servirá para mantener las fuerzas.

Con estos medios suelen conseguirse, mejoras más o menos considerables tanto del estado general como del local, pero ninguna de ellas, es bastante para determinar la curacion, ya la larga, acaban por resultar casi siempre insuficientes.

No es por tanto de extrañar, se pensara, en una intervencion mas activa, inyectando directamente en el parénquima pulmonar diversos antisepticos o ácidos y desaguan- do las cavidades.

Seiffert, practicaba la inyeccion directa en el sitio enfermo, de una disolucion fenicada al dos por ciento, inyectando dos centímetros cúbicos cada vez, con lo cual refiere haber obtenido algunas alivios. Eschporst, y

Otros, repitieron estas tentativas sin el menor éxito. Dacre, y Mackey, han empleado inyecciones con agua creosotada, aceite creosotado y mentol, sin obtener resultado alguno. Todos estos métodos están actualmente abandonados.

Una intervención mas abreviada, la abertura de las cavidades bronquiostáticas y su desagüe directo, se ha practicado bastantes veces, pero para su ejecución se tropieza desde luego, con grandes dificultades de diagnóstico, y aun que los errores de localización, no sean mas frecuentes en las bronquiectasias, que en las demás afecciones pulmonares, se cometen en cambio facilmente en lo relativo a su extensión y multiplicidad, y en esto estriba quizá la principal causa de los malos resultados operatorios. La misma punción exploradora, parece dar aquí resultados menos demostrativos que en otras lesiones pulmonares.

La indicación del acto quirúrgico, suponiendo favorables las demás circunstancias, se funda principalmente en la cantidad y sobre todo en la fidedigna pro-

decretos expeditivos, porque de esta fétida parece depender la mayoría de las complicaciones que acompañan a las bronquitis, aparte de obligar a los enfermos a retirarse de la sociedad, haciéndolo una vida aislada. Pero los resultados no parecen animar a seguir por el camino emprendido, según puede verse en las siguientes estadísticas.

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos</u>	<u>Result. desconocido.</u>
Noswell Park	14	"	"	9	"
Lopes	2	"	"	8	"
Foubert	4	"	"	12	"
Richesotte	6	"	"	9	2
Reclus	7	1	"	1	"
Schwalbe	1	8	"	6	"
Dresard	1	1	1	2	"
Cuffier	12	9	2	2	"
Reunidos por mí	16	12	2	29	"

Se ve pues que de los 89 casos, estudiados en este trabajo, se obtuvo la curación en 16; 12 de aliviarlos; 2 continua-

ron en el mismo estado y 29 murieron. Ditos resultados, y a
por sí, muy poco satisfactorios, resultan todavía peores, cuando,
como mas adelante veremos, se analicen las supuestas curacio-
nes y mejorías.

En el pronóstico operatorio, influyen diversas circunstancias.
Las condiciones individuales de edad y sexo, tienen poco valor.
Los resultados parecen algo mejores, en las edades medias de
la vida y muy desfavorables en los viejos. Las degeneraciones y
esclerosis viscerales en el corazón, hígado, riñón etc. en esta edad,
han contribuido en algunos casos a ocasionar la muerte.
En el sexo femenino, parece la operación resultar más fa-
vorable que en el masculino.

Una mayor importancia, tiene la forma anatómica
y el número de las bronquiectasias. Su multiplicidad, es uno
de los mayores obstáculos con que tropiezan el tratamiento
quirúrgico de esta afección, y el diagnóstico previo de
esta multiplicidad es muy difícil. En la mayoría de
las observaciones la bilateralidad fue descubierta

en la autopsia. Como es fácil suponer, la operación da mejores resultados en las formas circunscrita y saquiiforme, que en general, tanto menos malos, en cuanto mas limitadas son. Las observaciones publicadas, no se expresan con la suficiente claridad en este punto, sin embargo, el atento estudio de las mismas permite formar el siguiente cuadro:

	<u>Curados</u>	<u>Olvidados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos</u>
Circunscritas ..	Saquiiformes 6	1	"	5
	Otras formas 7	"	"	2
Múltiples ..	Unilaterales 3	8	1	11
	Bilaterales "	2	"	8
De forma ignorada ..	"	1	1	2

Las adherencias pleurales, existieron en la mayor parte de los casos (40); en siete se practicaron mediante los cáusticos, y en dos por la sutura. En cinco enfermos, resultaron en el acto de operar, insuficientes ó nulas.

El beneficioso efecto de las adherencias, queda bien comprobado en esta ocasión. En los 49 enfermos, en que espontáneas, ó provocadas existían adherencias, no se presentó complicación alguna pleural. Los cinco en quienes no existían ninguno; uno el de Ottonelli (ob. 2.) sucumbió á los dos dias, de pleuresia purulenta, ocasionada por irrupción del pus en la cavidad pleural; otro el de Godlee, (ob. 16) despues de una pneumotomia, que solo pudo hacerse de un modo incompleto, á causa de un pneumotorax parcial, murió á las pocas semanas; en el enfermo de Krectke (ob. 22) sobrevino un pneumotorax que hizo imposible la abertura de la caverna, falleciendo á las pocas horas; en uno de los casos de Sonnemburg (ob. 43) la cavidad se habia abierto en la pleura, y el enfermo, cuya expectoracion era muy trabajosa, falleció al cabo de algunos dias; en fin, uno de los enfermos de Quinette (obs 28) murió de colapso, antes de abrir la caverna. En cinco casos, se ignora si habia adherencias

ó no.

Una incisión costal extensa, es quizá más necesaria en las bronquiectasias que en otras afecciones pulmonares operables. La multiplicidad de focos, precisa un campo de exploración más extenso, y la antigüedad y especial textura de las bronquiectasias, exige, para que estas se colapsen fácilmente, una mayor movilidad de la pared torácica. Los resultados parecen mejores en los casos en que se practicó una amplia resección costal.

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos</u>
Sin resección costal	2	"	"	13
Resección de una costilla	6	5	"	2
Resección de dos ó más costillas	6	6	1	2

En seis observaciones, no se menciona, si se practicó resección de costillas.

El procedimiento operatorio, preferible, es la pneumotomía, que mediante la incisión, destrucción de tabiques cuando existen y amplió de espacio, permite.

la completa evacuación ~~evacuación~~ de las cavidades bronquiestáticas, se han empleado también, la punción, la pneumotomía etc. Los resultados son:

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos.</u>
Punción - - - - -	1	1	"	6
Pneumotomía - - - -	14	10	1	19
Pneumectomía - - - -	"	1	"	1
Mobilización de la pared } torácica por resección costal. }	1	"	1	"
Inyec. antisept. balsm. - - - -	"	"	"	1
Operación suspendida - - - -	"	"	"	2

La punción con un Trocar grueso, seguida o no, de dilatación digital, con tallos de laminaria, pinzas etc, ha dado malos resultados. De 8 enfermos así operados, seis murieron, y uno de ellos, la muerte por causa debida a retención de productos morbosos, por un eficiente desage; traqueo bronquitis generalizada (ob. 9); pleuro-pneumonia del

lado opuesto (ob. 24).

La pneumotomía entre 44 observaciones, solo cuenta veinte fracasos. Varios enfermos requirieron dos y hasta tres pneumotomías, lo cual se concibe bien, dada la multiplicidad de las lesiones. Los lavados, son aquí son menos aconsejables, que en otras cavidades pulmonares, á causa de la casi constante comunicacion bronquial.

La pneumectomia ha sido empleada dos veces, uno de estos enfermos murió de pleuresia purulenta (ob. 21), en el otro (ob. 17) después de haber extirpado casi por entero el lóbulo pulmonar inferior izquierdo, solo se obtuvo una ligera y poco durable mejoría.

Una sencilla movilización de la pared torácica, mediante resección costal fue practicada en dos enfermos. El de Leubardt (ob. 26) curó, uno de Quinte (ob. 40) quedó en el mismo estado, la operada de Walther, no obtuvo la curación completa, sino después de una extensa toracoplastia secundaria

La escasez de estas observaciones, no permite formar juicio definitivo, pero el procedimiento merece ensayarse, y que su inocencia bondad y sencillez, hablan en su favor. La acción, sería semejante, aunque más acentuada, a la que se ejerce mediante la compresión metódica del tórax, favoreciendo la evacuación de la cavidad, con el subsiguiente colapso y curación de la misma. En casos desfavorables siempre podría utilizarse como primer tiempo de una intervención mayor.

Las inyecciones antiúpticas y balsámicas, empleada en una enferma de Sonnenburg (ob. 50) cuyo estado general era muy malo, se toleraban bien, pero no fueron bastante a impedir la muerte.

Un síncope cloroformico mortal al principio de la operación, y una violenta hemoptisis accedida al hacer una punción exploradora, obligaron en dos casos a suspender la operación (obs. 12 y 19).

-101-

Los resultados operativos son como antes dijimos, 16 curaciones, 12 mejoras, 2 estados estacionarios y 29 muertes. Analizaremos cada uno de estos resultados.

Entre los diez y seis casos considerados como curaciones no hay casi ninguno en que la curación, por su comprobada duración, pueda considerarse como definitiva. Los resultados operativos lejanos en 6 enfermas que fueron suficientemente observados, son:

Numero de la observación	Tiempo de observación post. operatoria	Resultado.
7	Muchos meses	Curación mantenida
29	2 años	Muerte por hemoptisis
30	15 meses	Muerte por degeneración amiloidea y tuberculosis generalizada.
47	Varios meses.	Volvía al hospital a someterse a tratamiento
53	11 meses	Se mantenía la curación
84	1 año	Muerte por síncope cardíaco

Se ve pues, que de los seis enfermos observados despues de la operacion, solo en dos, se mantuvo el buen estado, y aun en estos, no duró la observacion lo bastante, para considerar el éxito como definitivo. Hay que hacer notar ademas, que en uno de ellos, el de Walther, parece dudoso, que se tratara realmente de una bronquitis, y ya al discutirse el caso en el Congreso francés de Cirujia, hubo de manifestar Doyen sus dudas, acerca de ello.

En las diez observaciones restantes, enuncian solamente la palabra "curacion", sin indicar nada, sobre la suerte futura de estos enfermos, pero lo que es satisfactorio, del éxito, en los enfermos observados despues de la operacion, autoriza a desconfiar del éxito, en los no observados.

Las mejorias, han consistido, en la remision de una fistula (2 casos) o en una mayor o menor remision de los sintomas, (10 casos). Han sido en su mayor

parte, transitorias, y un detenido exámen de las mismas, resulta todavía más defavorable que el de las curaciones.

De 9 enfermas cuya observación pudo seguirse, los resultados fueron:

Número de la observación	Tiempo de observación post-operativa	Resultado.
11	20 meses	Muerte por absceso cerebral
12	4 meses	Muerte. Había bronquiectasias múltiples
15	8 meses	Muerte por tuberculosis pulmonar
17	5 meses	Muerte.
24	9 meses	Muerte por meningitis y absceso cerebral
27	6 meses	Recida, con accidentes más tolerables
26	" "	El enfermo se hace tuberculosa
27	2 años	Muerte - no se hizo autopsia
46	2 años	Continuaba el alivio

De donde se deduce, que de todos los enfermos observados, solo en uno, fue el alivio positivo. Tres enfermos, no fueron objeto de observación consecutiva.

Las causas de la muerte, en los veintinueve enfermos en que sobrevino este desenlace, así como la duración post-operatoria, se hallan comprendidas en el siguiente cuadro:

Número de la observación	Duración post-operatoria	Causas de la muerte	Autopsia
1	?	?	?
2	1 día	Degeneración cardíaca	Dilatac. mult. del lóbulo inferior (cqd): Degener. cardíaca etc.
3	2 días	Pleurisia purulenta	Pleurisia purulenta. Bronquias múltiples
4	13 días	Accidentes cerebrales	Bronquias múltiples etc. 2 abscesos cerebrales

Número de la observación	Duración de la operación	Causas de la muerte	Autopsia
6	28 días	Eaqueria-Colapso	Bronquies múltiples. Pneu- monia intersticial
8	2 meses	Mania. Nechazo de la alimentación	Adherencias pleurales. Es cle- rosis pericavitaria
9	9 semanas	Braguas. bronquitis aguda generalizada	Hígado, riñones esclerosados
10	"	Síncope cloroformico	Dilataciones múltiples
12	"	Síncope cloroformico	Bronquiectasia mult.
16	5s	Absceso cerebral	Absceso cerebral. Absceso fragmático
22	Pocas	Pneumotorax	Bronquies mult. - Gran ca- vidad base izquierda
23	3 días	?	?
27	7 días	Consignos de gangrena pulmonar	Cavidades mult. en la base Vértice endurecido

Número de la observación	Duración en días u otros	Causas de la muerte	Autopsia
28	"	Durante la anestesia	?
29	3 meses	Caquexia	Amiloides renal y esplénica. Tuberc. pulmonar
31	7 días	?	?
32	4 meses	Letiquia	Bronquiectasias mult. Eide. rosis pulmonar
34	50 días	leuro-pneumonia izquierda	Cavidades mult. en el vertice. dno. Pleuro pneumonia y de me. en el otro lado
38	"	colapso antes de terminar la operación	Degeneración amiloidea visceral
39	4 días	Colapso	Cavidades múltiples. Antigua eideosis pulmonar.
41	"	hemorragia y entrada de las venas pulmonares	No se hizo
42	1 mes	Hemorragia	Insuficiencia y atelectasia pulmonar. Derivame sanguineo pleural. rot. ligumens arteriales

Número de la observación	Duración post-operatoria	Causas de la muerte	Autopsia
44	"	Durante la anestesia	Varias bronquiectasias
48	Pocos días	?	numerosas bronq. una perforada en la pleura
49	?	?	neumonía caseosa dra. tub. difusa en el pulmón izquierdo
50	?	?	Abs. pleurales. Cingulae vid. Deg. amiloidea visceral
56	?	Accidentes cerebrales	Abs. pleurales. Cavidades mult. Absceso cerebral.
57	11 días	?	Bronquiectasias cilíndricas mult. unilaterales
59	1 semana	Colapso	Abs. de la porta. Bron. co. neumonía izquierda. Degeneración grasa visceral.

-114-

Llama la atención en el precedente cuadro, la exceiva mor-
talidad, por la anestesia clorofórmica, colapso, eaguexia y acciden-
tes cerebrales, lo que demuestra, los peligros de la intervención,
en enfermos de pauperados, que llegan a la mesa de ope-
raciones, en deplorable estado general, con extensas lesiones
degenerativas viscerales, e importantes lesiones metastási-
cas, que hacen inútil dicha operación, cuando no es ella
mismo, la causante de alguno de esos accidentes, como el
absceso cerebral.

Los resultados de la autopsia, sinu de comprobación a
todo lo dicho, poniendo de manifiesto la existencia de las le-
siones degenerativas y metastásicas indicadas, pneumonia
intersticial crónica, pleuresia crónica, flebitis, bronquitis
siás múltiples etc.

Estos resultados que la práctica suena, no tienen por que
sorprender, mas bien debian esperarse ya a priori si se con-
sidera, las diversas circunstancias desfavorables que concurren
en estos enfermos. Es una de ellas, la multiplicidad de

lesiones, existente en la mayoría de los casos, y fácilmente explicable por la naturaleza de la causa: bronquitis crónica, neumovía intersticial etc, que obra sobre todo el árbol bronquial. Esta multiplicidad explica, que después de dos y aun de tres ó cuatro pneumotomías, algunos enfermos, solo hayan experimentado un ligero alivio. La forma y textura anatómica de las dilataciones bronquiales: su calidad, de cavidades normales ensanchadas y recubiertas de epitelio pavimentoso ó de protección, en que á veces se transforma el cilíndrico de revestimiento y defensa, con atrofia, en ocasiones, de la musculatura lisa bronquial, son circunstancias que pugnan con la idea de curación, por simple abertura de la cavidad. La necesidad de la intervención que hasta contribuye al éxito en otras afecciones pulmonares, es inaplicable a las bronquiectasias. Las dilataciones bronquiales, recientes, consecutivas, por ejemplo, a la coqueluche, bronquitis aguda infantil etc. retrogradan por sí mismas, y cuando son persistentes ó crónicas, pueden existir latentes, ó permitir disfrutas

416
durante mucho tiempo, de un bienestar relativo, con buen estado de fuerza, hasta un periodo en cierto modo terminal, en el que los remedios internos, suelen resultar ineficaces. Entonces, es cuando se piensa en un tratamiento operatorio, que como se comprende, no puede dar resultados brillantes, porque a ello se oponen, la multiplicidad de las lesiones, esclerosis pericavitarias, degeneraciones amiloides extensas, y demás circunstancias antes enumeradas.

¿Debe renunciarse en vista de lo expuesto a toda intervención quirúrgica en las bronquiectasias? No. Pero ya que los resultados son tan poco halagüeños; ya que las curaciones excepcionales y los fracasos positivos y numerosos, no autorizan a continuar por el camino seguido, la cirugía debe moderar sus aspiraciones. No pretenda curar, lo que en realidad no cura, sino rara vez, y esto a costa de numerosos peligros. Se limitará por lo tanto, a un fin paliativo, y en casos graves, cuando los síntomas de septicemia, determinados por retención de productos con subsecuen-

putridos, dominan el cuadro morboso, exponiendo a los enfermos a las complicaciones mas peligrosas de las bronquitis, y hasta obligándoles por la fetidez de su aliento a hacer una vida retirada y aislada, entonces, unicamente, si las condiciones no son muy desfavorables, es cuando debe intervenir, pero no para curar, sino para aliviar, estableciendo un trayecto fistuloso, que haga más fácil el escape de las cavidades y evite de este modo los peligrosos síntomas de la retención putrida. König, que sostiene esta opinion, refiere de dos enfermos suyos, a los que, con este sencillo proceder alivio, y estuvieron muy contentos, puesto que les permitio volver a la sociedad, y trato comun de las gentes, de donde les habia aislado, la fetidez de su aliento. En otros casos, se ha observado, que la occlusion de la fistula, ha sido seguida del retorno de la expectoracion fetida y accesos febriles.

La movilizacion de la pared torácica, recomendada por Quinke y Leubartz, para determinados casos

cuando las cavidades son pequeñas merece ensayarse, ya que a ello conducirán los resultados obtenidos.

Entre tanto, experimentos, como hace Dieulafoy, á que el ponente abra mas amplios horizontes en el tratamiento quirúrgico de las bronquectasias.

Relacion de las observaciones mencionadas en el presente capítulo II.

Cuadro 1.º

N.º	Operador	Resultado	N.º	Operador	Resultado
1	Albert.*	Muerte	6	Dull	Muerte
2	Denson	Muerte	7	Capetchkov	Curacion
3	Diondi	Muerte	8	Cerenille	Muerte
4	Diss y Marshall	Muerte	9	Cerenille	Muerte
5	Droca	Estado igual	10	Compland	Muerte

(1) Al final de cada capítulo colocaremos una relacion de los casos observados y a los cuales se haga referencia en los mismos. Con objeto de no dar demasiada extension a esta memoria, en lugar de historias clinicas abreviadas, nos limitaremos a indicar solamente el nombre del operador y el resultado final, indicando a lo último, en una nota bibliográfica, las monografías, periódicos etc. de donde estan tomadas las observaciones.

Los casos señalados con asterisco, se recen de detalles en el sitio de donde estan tomados.

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
11	Delbet	Mejoria	20	Mosler y Hüter	Curacion
12	Gerard Merchant	Mejoria	21	Mosler y Vogt	Muerte
13	Godlee y Povvel	Muerte	22	Nelaton	Muerte
14	Godlee	Curacion	23	Nelaton	Mejoria
15	Godlee	Mejoria	24	Povvel y Lyell	Muerte
16	Godlee	Muerte	25	Quinke	Curacion
17	Heidenhain	Mejoria	26	Quinke	Mejoria
18	Hofmotel	Curacion	27	Quinke	Mejoria
19	Hofmotel	Curacion	28	Quinke	Muerte
20	Kaczunski	Curacion	29	Quinke	Muerte
21	Körte	Curacion	40	Quinke	Estado igual
22	Kreche	Muerte	41	Quinke	Muerte
23	Krosenlein	Muerte	42	Quinke	Muerte
24	Laache	Mejoria	43	Quinke	Mejoria
25	Lanestein	Curacion	44	Reelis	Muerte
26	Lerhartz	Curacion	45	Roehelt	Curacion
27	Markey	Muerte	46	Sapieko	Mejoria
28	Morton	Muerte	47	Sonnenburg	Curacion
29	Mosler y Hüter	Muerte	48	Sonnenburg	Muerte

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
49	Sonnenburg	Muerte	55	Williams y Godlee	Mejoría
50	Sonnenburg	Muerte	56	Williams y Marshall	Muerte
51	Stewart	Curación	57	Nills	Muerte
52	Rouffier*	Curación?	58	W. Koch	Mejoría
53	Walther	Curación	59	W. Koch	Muerte
54	Williams y Godlee	Curación			

Bibliografía - Las observaciones precedentes, se hallan detalladas en uno o en varios de los trabajos siguientes.

- Bresard --- *Etudes de chirurgie pulmonaire* - Thèse de Paris 1897 p. 54 et s.
- Lichhorst --- *Traité de pathologie interne* - Tomo 1.º pag. 797.
- Heidenthain *Resection du p^{ou}mon pour dilatation bronchique*
vue de chirurgie - 1901 - vol. 11. pag. 602.
- Köhler --- *Die neueren Arbeiten über Lungenchirurgie*, Berlin
klinische Wochenschrift, 1898, vol. 15, pag. 210
- Loyes *et moderna cirugia pulmonar*, Lisboa 1888, pag. 11
- Quincke - *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, *Ueber Pneumotomie*, pag. 154 et s.

Neelis. --- Congrès de chirurgie. 1895 - pages 487 & 62.

Richerolle. Chirurgie du poulmon. Thèse de Paris 1892 p. 80 à 86.

Susiejko { Contrib. à l'étude de la cher pulmonaire. Revue de chi-
 rurgie. 1899 n° 7 pag. 25

Sonnemburg { Prat. chirurg. de las enferm. de pulmou y de las bron-
 quias, en el tratado de Terapeutica de Bierboldt y
 Stintzing. Tomo III. pag. 512 à 515.

Bruc --- { Essai sur la chirurgie du poulmon. Thèse de Lyon
 1885, pages 48 à 66.

Buffier --- Chirurgie du poulmon - Paris 1897 - pages 84 à 103

Buffier { Pneumotomie pour bronchiectasies multiples.
 Revue de Chirurgie. 1900 - n° 4 - pag. 449.

Walther { Pneumotomie pour dilatation bronchique -
 Congrès de chirurgie. 1895 pag. 101.



II.

Abscesos.

La destrucción del tejido pulmonar, por la acción de un proceso supuratorio, casi siempre agudo, constituye el absceso del pulmón. (Eichhorst).

Las neumonías en determinadas circunstancias, los cuerpos extraños las embolias sépticas, los traumatismos e imitaciones químicar y la propagación de puntos próximos, son sus causas más frecuentes.

Anatómicamente, se halla constituido el absceso por una cavidad más o menos llena de pus, de tamaño variable, de forma irregular, esférica, multilocular o anfractuosa, de superficie interna vellosa y desigual, rodeada muchas veces de una zona de tejido conectivo. Su localización más frecuente es la base; de 89 casos, cuya localización exacta era conocida, 68 veces radicaba en las bases, 10, en los vértices y 5 en el lóbulo medio. En ocasiones

422-

son múltiples y policulares, pudiendo comunicarse entre sí, por trayectos sinuosos.

Las manifestaciones sintomáticas son: expectoración purulenta, a bocanadas alguna vez y signos cavitarios, cuando el absceso comunica con los bronquios, síntomas de supuración, escafofrío, fiebre remitente, sudores, demacración etc. y algunos síntomas vagos de afección respiratoria, tos, dispnea. A veces permanecen latentes, sobre todo cuando son pequeños, profundos y sin comunicación bronquial.

El diagnóstico directo, se funda en los síntomas precedentes, sobre todo en la expectoración y síntomas cavitarios. El diferencial debe establecerse con supuraciones de órganos próximos, abiertos en el pulmón, con tuberculosis y con gangrena pulmonares. De las primeras se distingue por la evolución, la comprobación o no, de alteraciones en los órganos primitivamente invadidos y la existencia de trozos de parénquima pulmonar en el esputo (1). La presencia de estos colgajos, la falta de bacilos (1). No obstante esto, quisiéramos en algunos de los casos publicados, se trate,

en el exputo, los antecedentes, diversa localizacion etc. que se diferencian al absceso, de la tuberculosis pulmonar. La fétida y caracteres del exputo, le distinguirán de la gangrena.

El curso generalmente es agudo, pero puede ser crónico (Bramble y Geydel) constituyendo en un proceso de ulceración pulmonar, con exacerbaciones variables.

Abandonado a si mismo, el absceso pulmonar, puede curar, permanecer más o menos tiempo estacionario, u ocasionar la muerte.

Los casos de curacion espontanea, no son raros; muchos abscesos pequeños terminan de este modo. El mecanismo de la curacion varia. Unas veces, después de evacuados al exterior por los bronquios o con mucha menos frecuencia por la pared torácica, se desarrolla en las paredes cavitarias, un tejido de granulacion que puede convertirse en cicatrizia.

mas bien que de abscesos del pulmón, de pleuritis supuradas enquistadas e interlobulares, pero en la imposibilidad de discernir claramente unos casos de otros, tomaremos como abscesos del pulmón, todos los publicados con este nombre por los autores.

Otro medio de curación espontánea, es la absorción: después de modificado el pus, mediante la regresión granulo-granosa, se absorbe en todo ó en parte; en el primer caso, en lugar del absceso, queda una cicatriz; en el segundo, la parte restante constituye una masa semisólida ó caseosa que puede ser enquistada en una bolsa fibrosa y calcificable. Estas terminaciones, aunque posibles, no son muy frecuentes.

La común localización de los abscesos, en la base, es un obstáculo para la perfecta evacuación de los mismos. En el foco cavitario, continúan vegetando los microorganismos y de aquí una supuración continua é inagotable que continúa á los enfermos. El tránsito al estado crónico es difícil, ya á que la destrucción pulmonar es muy considerable, ya á diversas circunstancias locales, que impiden la unión de las paredes granulantes, como sucede, cuando adherencias pleuréticas fuertes, fijan el pulmón á las paredes costales, poco flexibles.

La muerte puede sobrevenir por agotamiento, septicemia

ria, pase á gangrena ó por las complicaciones, de las cuales las mas frecuentes son ocasionadas por la abertura del absceso en algun organo vecino, ó por propagacion en el mismo pulmon ó ganando terreno. La misma abertura en los bronquios, que es un mecanismo curativo, puede ocasionar la muerte por asfixia ó síncope.

El tratamiento médico tiende: 1.º á sostener las fuerzas mediante una buena alimentacion, alcohólicas, tónicas, etc; 2.º á contener la supuracion y evitar la descomposicion del pus, con el aire puro y los antisépticos y balsámicos, por via digestiva en inhalaciones.

Con estos medios, se han obtenido algunas curaciones, y aunque no sean muy frecuentes, si las ha observado lo bastante para que queda decir que el tratamiento médico, deba ensayarse el primero. Pero si pasado algun tiempo, el estado general y local no mejoran ó se agravan, si la expectoracion no disminuye y siguen recibiendo los honores de macider, si la fiebre y demás

Si los síntomas septicémicos continúan agravando el estado general, entonces, queda el tratamiento médico relegado al papel de auxiliar, y surge formal, la indicación del acto operatorio. Como contraindicaciones al mismo, se han mencionado, por Neelis, la pequeñez del absceso, su evacuación bronquial fácil y rápida y el excesivo número o extensión de los focos.

¿Cuál es el momento más oportuno para operar? Quinke, recomienda no operar, hasta estar convencido de que el absceso no tiene tendencia a reducirse. Leubartz, también opta por esperar algún tiempo, pero la mayoría de los cirujanos, se inclina a la intervención precoz. Claro es, que no debe operarse en el período inflamatorio agudo, porque entonces el pulmón está congestionado, y las lesiones, no se hallan todavía bien limitadas, pero pasado este período, si la normalidad no se restablece, y las indicaciones están bien establecidas, debe intervenir rápidamente. Esta intervención

precoz, tiene la ventaja de verificarse, antes que se hayan formado esclerosis pericavitarias y dilataciones bronquiales; acorta la duración del padecimiento y puede evitar una porción de complicaciones propias de la enfermedad, actúa por fin sobre un organismo todavía lo bastante vigoroso para resistir la operación.

El diagnóstico previo a la operación, pudo hacerse en la mayoría de las observaciones. La punción exploradora falló en la cuarta parte de los casos en que fué empleada. La radiografía, dio, en uno de los enfermos de Ribera (ob. 95) en que el absceso era profundo, nociones bastante aproximadas de la localización, pero erróneas, en cuanto a la naturaleza, pues la imagen radiográfica, simulaba un derrame pleurético. Dos veces (obs. 197 y 104) se exploró el pulmón por el proceder de Dary, con resultado positivo. El despegamiento pleural de Buffier

(ob. 104) no dió resultado en un enfermo, y hubo de renunciar a la exploración digital. Delageniere (ob. 23) exploró el pulmón después de provocar un pneumotorax lento y obtuvo nociones exactas, sin presentar en el acto operatorio complicación alguna. En 14 enfermas, se cometieron errores diagnósticos en la forma siguiente: de ritmo y profundidad (obs. 77, 93, 92, y 119) de dimensiones (ob. 81) el número (obs. 10, 14, y 91). De estos 14 enfermos, 11 murieron, de modo que la mortalidad, que en el total de los casos operados, apenas llega al 24 por ciento, se alivia a más del 78 por cien, en los casos de diagnósticos inexactos ó incompletos.

Los procederes operatorios empleados, han sido la punción y la incisión

La punción, ha dado malos resultados. De 10 enfermos así operados, solo en tres obtuvo la curación, y en uno de ellos, la punción tuvo que ser

repetida. Otro (ob. 41) después de numerosas punciones queas en el mismo estado. Los 3 enfermos restantes operados por este medio, murieron; y uno de hemorragia y hemoptisis en el acto de la punción (ob. 51); Otro, en el cual no había adherencias pleurales, sobrevino una pleuresia purulenta que ocasionó la muerte (ob. 631); dos fallecieron repentinamente a los pocos días de la punción (obs 87, 119) poniendo en uno de ellos la autopsia de manifiesto, la existencia de una pleuresia purulenta, causada por el derrame de pus en la pleura; el enfermo de Sutherland, murió de hemoptisis a los pocos días. Las punciones, seguidas de inyección antiséptica, empleadas en un caso por Spillmann y Hauskaltter, no produjeron efecto alguno, y el enfermo, cuyo estado general era muy malo, sucumbió. Como véase, la punción es un medio, insuficiente, incierto y peligroso.

La pneumotomía, ¹⁹⁰⁻ es el método de elección. En la mayoría de casos, se trata de una pneumotomía sencilla y corriente, tal como se describió en la parte general. En algunos casos, muy poco frecuentes, resulta la operación sumamente simplificada, por manifestar el pus, tendencia a abrirse al exterior (obs 82, 91).

He aquí en resumen los resultados obtenidos:

	<u>Curados</u>	<u>Muertos</u>	<u>Resultado igual</u>	<u>Muertos</u>
Punción	4	"	1	5
Pneumotomía	64	12	"	18
Inyecc. antiseps.	"	"	"	1
Operación supda	1	"	1	"

En 24 observaciones, se ignora el método operatório de quida

Lo limitadas y recientes, que por lo general son las lesiones, excluye en los abscesos pulmonares, la necesidad de estas punciones costales. Una sencilla in-

cision de las partes blancas, a lo largo de un espacio intercostal, ha bastado en muchos casos. La reseccion de una costilla, ha sido suficiente en otros muchos, para obtener un campo operatorio de la necesaria amplitud. Solo en contados casos fue preciso reseccionar mas de dos costillas. Las resecciones costales extensas, se hallan mas indicadas en los casos cronicos, y asi parece haberse efectuado por algunos operadores. Guincke, aconseja reseccionar varias costillas, para facilitar el colapso de la cavidad y conseguir la curacion, y Lenhartr, refiere haber conseguido por este medio la curacion, de un enfermo, en el que no pudo abrir el absceso por estar muy profundo. Las resecciones costales, aun no siendo extensas parecen influir favorablemente en los resultados

Curados Abundados Estado igual Muertos

Sin reseccion costal	17	2	11	12
Reseccion de 5 costillas	40	7	1	12

Las adherencias pleurales, existían en gran parte de los casos. De ninguno de estos enfermos, se refiere como complicación alguna por parte de la pleura, en el acto operatorio. En varios enfermos, fueron provocadas mediante los causticos, las punturas, el taponamiento o la sutura. En algunas observaciones, se hizo caso omiso de que existieran adherencias o no, resultando insuficiente o nulas en 9 operados. En gran parte de estos enfermos, sobrevinieron complicaciones pleuréticas en esta forma: (1)

	Con complicación pleural				Pleurisia purulenta		Sin complicación pleural				
	Pneumotorax				Curados	Muertos	Curados	Muertos			
	Parcial	Total	Curados	Muertos							
Adhe- rencias	Provocadas	Causticos... Punturas... Taponamientos... Sutura...	3	"	"	"	1	"	6	"	
		Insuficientes o nulas	"	"	"	"	1	"	2	2	
			"	"	"	"	"	1	"	3	1
			"	"	"	"	"	"	"	"	"
			"	"	"	"	"	"	"	"	"

(1). En este cuadro, nos referimos solo a la curación operatoria, no a la definitiva.

La tintura de iodo, empleada por Herbert Hawkins, para obtener adherencias pleurales en uno de sus enfermos, provocó una pleuresía purulenta que necesitó la operación del empiema. Los enfermos de Quinke tratados por la pasta de cloruro de zinc, curaron sin complicación pleural. Las punturas múltiples, no dieron resultado, en uno de los operados de Godlee; la operación hubo de ser suspendida, y el enfermo curó del traumatismo operatorio, pero quedó en igual estado. De los cuatro enfermos en quienes se empleó la sutura, solo en uno sobrevino un pneumotorax parcial, sin consecuencias al parecer, pero el enfermo murió algunos días después, de hemorragia, al practicarse una punción. El pneumotorax parcial, sobrevenido en tres casos, de adherencias insuficientes o nulas, solo presentó síntomas graves en uno de ellos (ob. 78) en el que obligó á obturar la herida cutánea. Los dos casos de pneumotorax total tuvieron como se ve por resultado,

así como el de pleuresia purulenta. De las 7 enfermas curadas sin complicación pleural, en dos (obs. 71 y 72) se hizo el lavado y desage pleural, y en el tercero (ob. 6) aunque no se tomó precaución alguna, no se retrajo el pulmón, ni se infectó la pleura; en este caso, quizás se mantuvieron en contacto ambas hojas pleurales por la adhesión molecular de la ligera capa líquida entre ellas interpuesta, según ha tratado de explicar Macervey.

En seis enfermas, ya estaba la pleura infectada al ir a operar, en cinco de ellos, se hizo la limpieza y desage pleural y solo murió uno. Otro (ob. 87), en el cual no se intervino para nada en la pleura, no obstante, se está infectada, sucesivamente también.

En las observaciones 19, 23 y 24, en que tampoco existen adhesiones, se exploró a través de la pleura el pulmón, sin consecuencias desagradables.

Es digno de notarse el hecho, de que, en los únicos en-

femos muertos de hemorragia), no existieran adhe-
rencias pleurales espontaneas, y es, que, las adhe-
rencias, aparte de otros efectos benéficos, poseen, el de mo-
dificar profundamente, el tejido pulmonar inter-
puesto entre la lesión y la pleura, alejando el peli-
gro de hemorragia.

Las condiciones individuales de edad y sexo, influyen
muy poco en los resultados operatorios. Según Fabri-
cast, los jóvenes curan mejor que los viejos, y los hom-
bres, mejor que las mujeres, pero el examen de las obser-
vaciones aquí reunidas, no permiten sostener esta con-
clusión.

La antigüedad del padecimiento, es un factor de im-
portancia. En general la operación ofrece un pro-
nóstico tanto más favorable, cuanto más que-
cora

496-

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos</u>
Hasta 1 mes --	18	1	"	2
" 2 meses --	12	2	"	2
" 6 meses --	5	1	"	1
" 1 año --	1	2	"	1
Más del año --	2	5	"	5

En la mitad de las observaciones, no se menciona el principio del mal.

En los casos antiguos, de varios meses ó años, el agotamiento, la formación de bronquiectasias ó esclerosis pulmonares, con viejas cicatrices callosas, etc, son causa de fracasos, ó de que en estas condiciones, solo se obtengan mejorías, con remisi de los síntomas ó persistencia de fistula. En estos casos cronicos el tratamiento operatorio, resulta por lo tanto, mas bien paliativo que curativo.

La etiología del padecimiento, es de mucho valor para el pronóstico operatorio. Bajo este punto de vista, dividi-
mos los abscesos pulmonares, en primitivos y secundarios,

incluyendo entre los primeros, los traumáticos y los pneumónicos, y entre los segundos, los ocasionados por cuerpos extraños y cálculos bronquiales, los propagados de órganos vecinos y los metastásicos.

En los Traumáticos, la operación ha sido muy beneficiosa, de 12 enfermos operados por esta causa, solo dos murieron, en ambos el absceso era de muy antigua fecha; y en uno de ellos, se hallaba además complicado, con la presencia en el interior del pulmón de varios fragmentos de costilla.

Son muy comunes los abscesos consecutivos a pneumonías o pleuro-pneumonías. No parecen muy frecuentes después de la fibrinosa, pero sí después de la gripal. De 81 casos cuya etiología era conocida, 48 se hallan en este grupo. De ellos, solo en 7 sobrevivió la muerte. Los buenos efectos de la operación en los abscesos traumáticos y pneumónicos se explican, por tratarse de abscesos o procesos agudos, que sobrecegan al indi-

viduo, por lo general en estado de perfecta salud; por tener una accion y efectos, por lo comun bien localizados, y por ser en ellos la intervencion precoz y favorecida por el exacto conocimiento del sitio afecto, cuyo diagnostico de localizacion hallare facilitado, por la nocion del punto en que actuó el agente traumático, ó por la existencia anterior de los signos físicos, en la zona, de donde radicaba el foco pneumónico.

En las pneumonias por aspiracion, la pneumotomia ha dado muy malos resultados. Dos enfermos operados por esta causa, murieron. En uno (ob. 87) la aspiracion habia sido de cieno; en otro (ob. 15) de gases venenosos. La autopsia practicada en el primero, puso de manifesto, estas lesiones bilaterales, explicables, por la indole y modo de obrar de la causa.

Tampoco merece buen pronostico, los abscesos consecutivos a cuerpos extraños; de 6 enfermos solo en uno (ob. 44) que en él la enfermedad contaba tres semanas de fecha)

se obtuvo la curacion; otro murió, y cuatro se aliviaron. En estos cinco casos, la afeccion, contaba, muchos meses ó varios años de fecha, además en cuatro de ellos, coexistian bronquicitas. En uno, no fue hallado el cuerpo extraño (ob. 72). Semijante á estos, es el caso de Neuber. El absceso, era debido á cálculos bronquiales. Después de la operacion persistió una fístula.

Entre los abscesos por propagacion los más frecuentes son los originados por afecciones hepáticas. El pronóstico es en ellos benigno: de 9 casos de esta especie, 8 curaron. En los abscesos propagados, la intervención debe dirigirse, según Sonnemburg, á buscar en primer término el foco primitivo y así lo verificó Leubartz en uno de sus enfermos (ob. 65) abriendo el quiste supurado del hígado y desaguardo por allí el absceso del pulmón, pero no siempre basta esta sencilla conducta, ejemplo, el enfermo de Prichin Reale (ob. 82) que sucumbió á las dos semanas, de septicemia, atribuida por el operador, á no haber desaguardo directamente.

la cavidad pulmonar. ~140~

El último grupo, comprende los abscesos metastásicos y pihémicos. De 10 enfermos de esta naturaleza, 6 curaron, 1 experimentó un ligero alivio, persistiendo síntomas cavitarios y 3 murieron. De los de estos enfermos, los abscesos, parecían múltiples, y en uno de ellos hubo de practicar dos pneumotomías.

He aquí resumido, cuanto llevamos dicho, respecto a la etiología

		Curados	Aliviados	Estado igual	Muertos
Primitivos (Mortalidad 17,7%)	Traumatismos - - -	10	"	"	2
	Pneumonías - - -	35	6	"	7
	Pneumonía por aspiración	"	"	"	2
Secundarios (Mortalidad 19,2%)	Cuerpos extraños - - -	1	1	"	1
	Cálculos bronquiales -	"	1	"	"
	Propagados de lesiones hepáticas	8	"	"	1
	Abscesos pihémicos - -	6	1	"	3

Sabido es, que en muchas afecciones purulentas, la pleuresia,

por ejemplo, el pronóstico varia, segun la especie bacteriana causante de la supuración, pneumococo, estreptococo, bacilo de Eberth, bacilo tuberculoso, gripal etc. En los abscesos pulmonares, seguramente esta noición etiológica, haria variar el pronóstico del mismo modo que en la pleuresia purulenta, pero los operadores, no parecen haberse preocupado de este extremo, y excepto una o dos observaciones aisladas, en lo demás, no se menciona este dato:

Los resultados finales del tratamiento operatorio, son bastante favorables. He aqui algunas estadísticas:

	<u>Curados</u>	<u>Abandados</u>	<u>Estado igual</u>	<u>Muertos</u>
Torue	7	1	1	4
Brunberg . . .	4	"	"	3
Lopez	13	"	"	1
Seitz	8	"	"	3
Fabricant . . .	29	"	"	9
Neelis	20	"	"	3
Buffier	30	5	1	13
Monillon . . .	20	10	"	13
En la memoria	32	16	2	31

Las curaciones, han sido por lo general rápidas, completas y duraderas, obteniéndose en un espacio de tiempo muy variable, desde varios días (ob. 40) a algunos meses. La observación post-operatoria en muchos casos en que pudo seguirse, proporciona datos sumamente favorables. Quince enfermos, observados, de varios meses a muchos años después de la operación, se mantuvieron en buen estado de salud. En tres casos, quedó una ligera retracción de la pared torácica.

Las mejorías, han consistido en la persistencia de un trayecto fistuloso; o en una mayor o menor remisión de los síntomas. En los 11 enfermos en quienes persistió fístula, tratábase por lo general de enfermos crónicos, con bronquiectasias en algunos de ellos. Varios, vivieron con su fístula por espacio de muchos años, y en dos o tres casos esta por cerrarse al cabo de uno o dos años, no parece raro, que alguno de estos enfermos, sucumba a inflamaciones pulmonares intercurrentes, como ocurría en un

caso de los operados de Andrews (ob. 5).

Las causas de la muerte en los 11 casos terminados de este modo fueron:

Número de la observación	Curación post-operativa	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones.
4	"	Hemorragia y hemoptisis en el acto de operar	"
10	Algunos días	"	La incisión pasó entre dos abscesos
12	Poco tiempo	Agotamiento	"
15	12 días	Ataques epilépticos	"
23	50 días	Con síntomas de absceso del otro pulmón	Durante la operación se apoyó sobre el lado sano
23	16 días	Septicemia	Absceso del vértice izquierdo - Pneumonia izquierda
24	2 días	Absceso del otro pulmón	Absceso del otro pulmón
57	?	Numerosas complicaciones (ver se menciona en el)	?
62	4 meses	Crisis pulmonar	Al operarle había infiltración en los vértices
63	2 semanas	Pleurisia purulenta	No había alteraciones pleurales No se hizo autopsia
64	5 días	Tuvo una ligera hemoptisis	Tuberculosis reciente en los dos pulmones.

Número de la observación	Duración postoperatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
66	2 meses	Erisipela - - - - -	El absceso estaba curado
68	?	Pneumonia del otro lado - -	El enfermo narcotizado, descausaba sobre el lado sano.
72	2 semanas	Accesos de epilepsia Jacksoniana -	No se hizo autopsia
77	6 días	Síntomas septicémicos - - -	Cavidad pulmonar vasta e irregular. Corazón flácido etc.
80	2 semanas	Septicemia y estiques - - -	?
81	1 semana	Extensión de las lesiones - -	Absceso extendido por detrás del hígado y por el mediastino.
87	10 días	Súbita. Pleuresia purulenta por vaciamiento del absceso en la pleura	Bronquiectasia y otro absceso curado, enciema del anterior - Pneumonia del otro lado
91	2 meses	Septicemia - - - - -	Sin autopsia. El operador dice que había abscesos múltiples
93	29 horas	Pleuresia del lado opuesto - -	Grande absceso del vertice derecho. Pleuresia izquierda reciente.
100	27 días	Síntomas septicémicos - -	No se hizo autopsia
101	8 días	?	El absceso, comunicaba con otros abscesos del hígado

Número de la observación	Duración post operatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones.
117	5 días	Colapso	Abcesos en el pulmón derecho. Focos pneumónicos en el izquierdo
118	19 días	Hemoptisis	
119	21 días	Nequeutis ?	Vasto abceso del lóbulo superior izquierdo.
125	10 horas	Pneumotorax	Pleurisia serosa. Operada en extremis
126	1 año	Pleurisia purulenta	Pleurisia purulenta y abceso no abierto. No había adherencias
127	20 días	Agotamiento	?

En tres observaciones (78, 75, 114) terminadas tan pronto como naturalmente, no se menciona dato alguno relativo a esta terminación.

Exceptuando estas tres enfermas, en los que se ignora la causa de la muerte y el de Senhartz que murió accidentalmente de erisipela, en todas las demás, el desenlace fa-

-146-

Fal es atribuible, como se ve a la operacion misma, ó a insuficiencia del diagnóstico, ó al lastimoso estado de caquexia y agotamiento, en que algunos enfermos estaban al ser operados. Las complicaciones pleurales, por falta de adhesiones, ocasionaron la muerte en cuatro casos, y en otros tres, la causa de la muerte, parece directamente relacionada con el acto quirúrgico. En la tuberculosis pulmonar que coexistia en dos enfermos, hay que achacar la causa del fracaso en los mismos. Varios sucumbieron de Septicemia, lo que demuestra que la operacion, no siempre basta a salvar de este accidente, que es el que en muchos casos indica la intervencion.

Accidentes de la técnica, imperfecciones del diagnóstico, y especiales circunstancias individuales desfavorables, han sido en resumen la causa de los fracasos en el tratamiento quirúrgico de las tuberculosis pulmonares.

Relación de las observaciones á que se hace referencia en esta sección.

Cuadro 2º.

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
1	Andrens	Curado	16	C Beck *	Curación
2	Andrens	Curado	17	C. Beck *	Curación
3	Andrens	Estado igual	18	C Beck *	Curación
4	Andrens	Muerte	19	Christovitch	Curación
5	Andrens	Mejoría	20	Cummins	Mejoría
6	Arpal	Curado	21	Delpratt	Curación
7	Austin	Mejoría	22	Delageniere	Curación
8	Dandimont	Curación	23	Delageniere	Muerte
9	Blarejenski *	Curación	24	Delorme	Curación
10	Berger	Muerte	25	Davies	Mejoría
11	Billington	Curación	26	Esquivels *	Curación
12	Brodent	Muerte	27	Esquerdo	Curación
13	Bushnell	Curación	28	Faurechild	Curación
14	Ekurton Littlewood	Curación	29	Fink	Curación
15	Clarke y Morton	Muerte	30	Finke	Curación

No	Orador	Resultado	No	Orador	Resultado
21	Tinne	Mejoria	50	Huber	Curacion
22	Fouler	Mejoria	51	Hartley	Curacion
23	Freiberg	Muerte	52	Jong	Curacion
24	Godlee	Muerte	53	Johston	Curacion
25	Godlee	Curacion	54	Kasanti	Curacion
26	Godlee	Estado igual	55	Karenski	Curacion
27	Godlee	Mejoria	56	Karenski	Curacion
28	Gardner*	Muerte	57	Karenski	Muerte
29	Grimm	Curacion	58	Korabkins	Curacion
30	Greene	Curacion	59	Kijenski*	Curacion
31	Habart	Curacion	60	Kijenski*	Mejoria
32	Habart	Curacion	61	Kijenski*	Mejoria
33	Habart	Curacion	62	Kijenski*	Muerte
34	Habs	Curacion	63	Lassen	Muerte
35	Hagen Horn	Curacion	64	Lediard	Muerte
36	Herbert Banki	Curacion	65	Lenhardt	Curacion
37	Herbert Bankins	Curacion	66	Lenhardt*	Muerte
38	Hoffmann	Curacion	67	amothé Damsay	Curacion
39	Huber	Curacion	68	Lenn*	Muerte

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
69	Martinson	Curacion	88	Quincke	Curacion
70	Moir *	Curacion	89	Quincke	Mejoria
71	Meakin	Curacion	90	Quincke	Mejoria
72	Meschg Moorhof	Muerte	91	Ramsay	Muerte
73	Monod	Curacion	92	Ramsay	Curacion
74	Nember	Mejoria	93	Radek.	Muerte
75	Nihans	Muerte	94	Rivera	Curacion
76	Opencouski	Curacion	95	Rivera	Curacion
77	Payne	Muerte	96	Ricard	Curacion
78	Pridgin Beale	Curacion	97	Ricard	Curacion
79	Pridgin Beale	Curacion	98	Rocheater	Mejoria
80	Pridgin Beale	Muerte	99	Rocheater	Curacion
81	Pridgin Beale	Muerte	100	Rocheater	Muerte
82	Poubeau	Curado	101	Nochielt	Muerte
83	Quess.	Curacion	102	Ross *	Curacion
84	Quincke	Curacion	103	Routier	Curacion
85	Quincke	Curacion	104	Routier	Mejoria
86	Quincke	Mejoria	105	Wohden	Curacion
87	Quincke	Muerte	106	Runenberg.	Curacion

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
107	San Martin*	Curacion	120	Bemoin	Curacion
108	Sapiejko	Curacion	121	Berrier	Curacion
109	Sapiejko	Curacion	122	Berrier	Curacion
110	Sapiejko	Curacion	123	Bhiviar	Curacion
111	Selby	Curacion	124	Boeld	Curacion
112	Sims*	Curacion	125	Borzchicky	Muerte
113	Sedgewick*	Curacion	126	Buffer	Muerte
114	Sinclair*	Muerte	127	Valton	Muerte
115	Spencer Wells*	Curacion	128	Wangh	Mejoria
116	Squire*	Curacion	129	Webb.*	Curacion
117	Spillmann y Hans-	Muerte	130	Wunge*	Curacion
118	Walter Sutherland	Muerte	131	Willevier*	Curacion
119	Sulton	Muerte	"	"	"

Bibliografía - Estas observaciones pueden encontrarse en los siguientes trabajos
 Alty Fincke - Trombosis otitica del seno de la yugular complicada con absceso metastasico en el pulmon. Rev. de Med. y Cir. pract. 1902 - Tomo LVI - pag. 77.

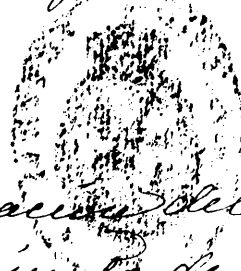
- Bonafonte - - - Una pneumotomia. *Rev. de med. y Ciruj. Práct.* 1900. t. XLVI, p. 41
- Christovitch - - - Pneumot. pour plaie du poulmon par arme à feu. *Rev. de Chir.* 1900 n.º 4, pag. 44
- Delageniere - - - { Du pneumotorax chirurgical; ses dangers et sa valeur du point
de vue de la chir. pl. pulm. d'après ses observations. *Arch. prov. de chir.* 1901
n.º 12, pag. 709.
- Richtorst - - - Tratado de Patologia interna. tomo 1. pag. 526.
- Esquerdo - - - Anuario de med. y cir 1896. 2.º semestre
- Grimm - - - *Rev. de chir* 1894 n.º 10 pag. 875.
- Hebart - - - { Trat. operatorio de lesiones y abscesos del pulmon. *Rev. de Med. y Cir.*
práct. 1899. tomo XLIV, pag. 74. *Sem. med.* 1898. octubre.
- Habs - - - Siglo medico. 1902: 1.º semestre, pag. 765.
- Karuski - - - { *Revista de Sanidad Militar*, 1897, pag. 209. De la chir du poulmon
et de la pleure. *Rev. de chir.* 1898. en.º 10 pag. 976.
- Köhler - - - { Die neuen Arbeiten über Lungenchirurgie. *Berlin Klein. Woch.*
1898; n.º 18 pag. 341.
- Leuhartz - - - { Absces pulmonar. In el *Trat. de medicina clinica de Estein*, t. I,
pag. 469 y 474.
- Monillon - - - Pneumot dans les abces aigus du poulmon. *Blanc de Paris* 1897.
- Bridgin Beale - - - Anuario de Med. y cir. 1889. 1.º trimestre
- Luincke - - - *Mitt aus den Greurgeb. Jena* 1895. pag. 1. a 68. Ueber pneumotomie
- Oechslis - - - *Congres de chir.* 1895. pag. 68 a 71.

- Ribera --- { De algunas afecc. pleuro-pulmonares y de las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Rev. de med. y cir. pract. 1908. t. XL. pag. 281 ob. 4.^a
- Ribera --- { Absces del pulmón, Pneumotomía. Curación. Rev. de med. y cir. pract. 1900. t. XLIX. pag. 5.
- Nichersolle --- Chirurgie du pœumon. Thèse de Paris. 1892. pag. 12 à 20.
- Noutier --- Rev. de chir. 1897 n.º 3 pag. 250
- Sauclart --- { Patogenia y trat. de la pulmonía. Rev. de med. y cir. pract. 1902 t. LVII pag. 57.
- Sapiejko --- Contrib. à l'étude de la chir. pulm. etc. Rev. chir. 1899 n.º 7. pag. 13
- Verrier --- { Rev. de chir. 1899 n.º 1. pag. 76. Chir. de la pleure et pœumon 1897 pag. 72.
- Vernon --- { Cuerpo extraño del pulmón. Rev. de med. y cir. pract. 1900. t. XLVI. pag. 35.
- Cruc --- Essai sur la chir. du pœumon. 1885. pag. 28 à 68.
- Huffier --- Chir. du pœumon. Paris 1897. pag. 61 à 85.

III

Gangrena

Consiste en un proceso de mortificación del tejido pulmonar, acompañado de un conjunto de fenómenos



nos de descomposición ¹⁵²putrida (Lichtorst).

El enfriamiento y los traumatismos, las bronquitis crónicas, bronquitis putrida, cuerpos extraños bronquiales, inflamaciones, abscesos, tubérculos, quistes y neoplasias pulmonares, las trombosos y embolias pulmonares sépticas, la propagación de procesos saniosos próximos (cáncer esofágico, caries vertebral etc) y algunas afecciones gangrenosas o supurativas buco-faríngeas, son sus causas más frecuentes.

Determinadas circunstancias orgánicas de favorable, diabetes alcoholismo, albuminaria, escorbuto, exageración mental, caquexias etc favorecen la aparición de la gangrena pulmonar.

Puede ser difusa y circunscrita. Esta última, única susceptible de ser operada, adopta la forma de focos, eos o múltiples, más frecuentes en el lado derecho y en la base, pocas veces bilaterales. En su evolución, se distingue desde Laennec tres periodos; formación de es-

cara, fusión de la parte gangrenada, formación de caverna por expulsión de la parte licuada. La caverna, es de tamaño variable de forma irregular, superficie desigual, vellosa y corrodida, y está más o menos llena de líquido gris, verdoso y fétido. Los focos, suelen ser más bien periféricos que centrales, y se hallan por lo común envueltos por una capsula conjuntiva; cuando esta capsula falta, la gangrena progresa y puede convertirse en difusa.

Sus síntomas son: fiebre remitente; escalofríos, sudores, adinamia y otras manifestaciones septicémicas; tos y expectoración caracterizada principalmente por la fetidez y cogajos de parénquima pulmonar, y alteraciones locales del tórax, consistentes en signos de infiltración pulmonar, o síntomas cavitarios. A veces permanece latente, sobre todo si es central. Cuando el foco, no comunica con los bronquios, el diagnóstico es muy difícil.

Las complicaciones son ¹⁵⁵numerosas: hemoptisis, pleu-
ritis ó pneumotorax generalmente pútridos; propagación
á órganos próximos, supuraciones metastásicas, en el
cerebro, bazo, hígado etc; tumefacciones dolorosas arti-
culares, trastornos digestivos, por deglución de esputos
etc. A veces sobreviene tuberculosis pulmonar.

La curación, espontánea ó favorecida por un buen
tratamiento médico, es posible, y se verifica por cicatrización
ó por enquistamiento del foco, seguido absor-
ción ó calcificación. Las probabilidades de curación
mayores en individuos jóvenes y robustos, y cuando el
foco es pequeño, reciente y con poca tendencia á la dis-
gregación. En otros casos, la curación es incompleta; des-
aparece la putrida, pero subsiste una caverna con
secreción purulenta, que puede sufrir de vez en cuando,
nuevas alteraciones pútridas. La muerte es la termina-
ción mas frecuente, cuando la gangrena pulmonar
se abandona á sí misma. Reuniendo las estadísticas

-156-

de Lebert, Hutehinson y Donnicé, resulta una mortalidad de 75 por ciento próximamente. El asotamiento, la septicemia, el paso á gangrena difusa, ó alguna de las complicaciones, suelen ser las causas de la muerte.

El tratamiento médico tiende, á sostener las fuerzas, mediante un buen plan tónico e higiénico, y á combatir el proceso de putrefacción, por medio de la antisepsia local. practicaada con diversos desinfectantes, los balsámicos y los astringentes, empleados en inhalaciones ó por vía gástrica.

Algunos han querido llevar directamente al foco gangrenoso, los agentes modificadores. Seifert, ha inyectado sin éxito, una disolución fenicada al 2 por ciento y 76 Ke, mediante una aguja hueca de 6 á 7 centímetros de longitud, practicó en varios enfermos, inyecciones con una disolución amoniacal al 2 por ciento, con cuyo tratamiento, pretendia producir una acción antiséptica en las paredes cavitarias, y más tarde un trabajo

irritativo capaz de provocar ⁻¹⁵⁷⁻ la cicatrización. El tratamiento este es muy doloroso, puede determinar violentos accesos de tos y hemoptisis, se practica muy al arar, y es difícil conseguirlo lo bastante á menudo, para obtener la curación.

Con el tratamiento médico se ha obtenido la curación en bastantes casos; y Leyden refiere, que de 8 enfermos, curó á seis, mediante este tratamiento. Doegen cuenta, que dos enfermos en quienes se disponia á operar, curaron espontáneamente. Buequoy, Da Costa, Lancereaux y otros, hablan también de enfermos curados, mediante el tratamiento higiénico y farmacológico.

Pero desgraciadamente, no siempre se consigue este resultado, y en muchos casos, la enfermedad puede estacionarse ó se agrava. En estos casos, la persistencia de síntomas graves, como fiebre elevada, pérdida gradual de fuerzas, signos de intoxicación pútrida, abundancia de esputo, propagación de los síntomas catarrales y de supuración pulmonar, exigen si las demás condiciones son abona-

das, la intervencion operatoria.

El momento de practicarla, debe ser precoz, porque si bien es cierto, que los bronquios, constituyen los canales naturales para el desagüe de la cavidad, tambien es verdad que esto lo hacen a costa de sus epitelio, y con el constante peligro de que se establezcan nuevos focos gangrenosos. No debe, sin embargo intervenir en el primer periodo o de formacion de escara, porque entonces, el diagnostico de sitio y extension es todavia indeciso y cabe aun, la posibilidad de una curacion espontanea.

Como preliminar de la operacion, debe establecerse un diagnostico preciso, de la localizacion del foco, de su unidada o multiplicidad etc. pero no siempre se consigue este resultado con la exactitud necesaria. En diez observaciones, el diagnostico de localizacion, fue inexacto, atribuyendose unas veces el sitio del foco a un punto algo mas bajo de aquel en que radicaba (ob. 5. 1. 6. 86) abriendo en otras ocasiones, una cavidad acceso-

ria, en tanto que la principal paraba desapercibida (obs. 29, 55, 71, 94) o equivocándose en cuanto a la profundidad de la lesión. El primero de estos errores, y el último, no han traído por lo general consecuencias desagradables; en unas casos el error fue corregido durante la operación; en otros, el foco gangrenoso se abrió espontáneamente al poco tiempo en la incisión hecha. Mas trascendencia han tenido los errores relativos a la multiplicidad de focos. Esta multiplicidad es en la gangrena pulmonar, relativamente frecuente y debida, a la aspiración por las partes sanas, de partículas sépticas, procedentes del foco primitivo, o a lo numeroso de las embolias, en casos piémicos. Conviene fijar mente si el foco es único o múltiple, porque en este último caso el pronóstico operatorio es muy desfavorable. De 15 enfermas operadas en estas condiciones, 14 sucumbieron, y uno de ellas, fué operado dos veces, la muerte sobrevino en casi todas, con gran rapidez, en

pocos días, y la autopsia ¹⁶⁰⁵ puso de manifiesto la multiplicidad de lesiones, cuyo número había escapado al diagnóstico, durante la vida. La existencia de otras alteraciones pulmonares, tuberculosas, focos pneumónicos, o de lesiones degenerativas viscerales, no diagnosticadas o no tenidas en cuenta, antes de operar, han contribuido a la terminación fatal en varios casos. (obs. 10, 12, 74).

Reuniendo el total de observaciones, en las que el diagnóstico fue inexacto o insuficiente, resultan 25 casos con 20 muertes, o sea una mortalidad de 80 por ciento, en tanto que, en el conjunto de los enfermos operados, la mortalidad es solo 77,5 por cien.

La etiología del padecimiento tiene bastante influencia en el pronóstico operatorio, en la gangrena primaria, debida a inflamaciones agudas pulmonares, se casi, un 75 por ciento de curaciones o alivios. Conviene, sin embargo hacer una distinción, en favor de la bronco-pneumonia, en la cual los resultados son peo

461-
res; de cinco operadas, cuatro muertas, demostrando la
autopsia en algunos de estos, focos múltiples, lo que quie-
ra depender de las lesiones anatómicas determinadas,
de la bronco-neumonía. Algunos autores, fundándose en
la forma anatómica de las lesiones bronco-neumonías,
niegan la transformación de la bronco-neumonía en gan-
grena y opinan que lo primitivo es la gangrena, y que es-
ta, puede revestir más tarde la forma bronco-pul-
pero esta opinión es muy discutible. En las pneumonías
por aspiración los resultados son malos; un operado, en
el que las lesiones eran consecutivas a la aspiración de cie-
no, sucumbió. (ob. 128).

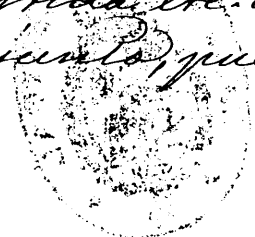
En la gangrena traumática, el pronóstico operatorio,
es aún más favorable. Lo limitado de la lesión y la
certeza del diagnóstico, son quizás los factores de éxito.
En la gangrena secundaria, los éxitos, no son por lo
general tan numerosos. Entre 2 casos consecutivos a
perforación del esófago (ob. 13. § 2. 78) solo en uno se ob-

vo una mejoría muy pasajera. La extensión de las lesiones, las adherencias previamente establecidas, el esófago y órganos importantes, Tráquea, pericardio etc. o la naturaleza de la afección primitiva, cancer, explican el fracaso.

La gangrena de origen piémico o embólico, ofrece muy mal resultado operatorio.

Las fiebres puerperal y tifoidea, las septicemias quirúrgicas etc. ocasionaron la enfermedad en nueve casos, de los cuales siete terminaron mortalmente. Uno de los operados requirió dos pneumotomías y en los fallecidos existían lesiones embólicas del cerebro o de ambos pulmones y otros síntomas piémicos.

Las consecutivas a bronquiectasias, cuerpos extraños, afecciones hepáticas, bronquitis pútrida etc. ofrecen resultados muy varios, cuyo conjunto, puede apreciarse en el siguiente cuadro:



Curados Aliviados Muertos

Primitivos (mortalidad 25%)	{	Traumatismos	2	"	"
		Neumonías ó bronco-neumonías	40	6	15
		Neumonía por aspiración	"	"	1
		Bronquitis purulenta	2	1	"
		Bronquiectasias	1	"	5
Secundarios (mortalidad 61%)	{	Cuerpos extraños	1	1	2
		Kiste hidat. supurado	1	"	"
		Abceso del hígado	1	"	1
		Fiebre tifoidea	1	"	2
		Fiebre puerperal	"	"	2
		Septicemia de origen	1	"	3
		Parálisis general	"	"	1

En muchos casos no se menciona la etiología.

Las demás condiciones individuales, de edad, sexo, etc. no parecen tener influencia en los resultados de la enfermedad, en cambio la tiene y muy grande en el estado de fuerzas del sujeto. Como luego veremos en una gran parte de casos, la muerte es directamente atribuible al estado de agotamiento y marasmo en que muchos enfermos

a la operación.

Los procedimientos operatorios empleados, han sido la punción, la incisión y la extirpación (?) de los focos gangrenosos.

De la punción seguida de inyección modificadora, empleada por Seifert, Fraenkell, Chauffard y Heberle, etc. de que ya se habló anteriormente, y aunque no quedan atribuírle grandes éxitos, pueden sin embargo tener aplicación, en casos benignos o en enfermos con pequeños focos múltiples en los que la pneumotomía está contraindicada.

La punción con un trocar grueso, ha dado malos resultados. Se practicó en seis enfermos, de los cuales cuatro murieron. Es un proceder peligroso, que puede ocasionar diversas complicaciones, e insuficiente, por que con él, no puede vaciarse la caverna, ni evacuar los broncos pulmonares esfacelados.

La pneumotomía es el procedimiento generalmente

165.
empicado). La elección de sitio debe estar directamente relacionada, con el sitio enfermo. En el enfermo de Cervera, el foco gangrenoso, que radicaba en el vértice, fue atacado con éxito por la región supraclavicular. La incisión de la pared torácica y la resección costal, deben ser amplias, para permitir un drenaje fácil de la cavidad, evitando fenómenos de retención. La incisión puede hacerse con el bisturí o el termo cauterio. La septicidad del foco, indica particularmente este último. En varios casos (Obs. 22, 78, 80, 129) la especial disposición de la caverna, o la existencia de otros focos, hizo necesaria la práctica de contra aberturas para facilitar el drenaje, que en algunas de las observaciones indicadas, se estableció atravesando el pulmón de parte a parte. En ocho enfermos fue necesario practicar dos pneumotomías.

La extrema virulencia de la gangrena, y el peligro de infección pleural, dan mucha importancia a la

existencia de adherencias pleurales. Por fortuna, se presentaron espontaneas en mas de las dos terceras partes de los casos. En 24 observaciones fueron insuficientes o nul- las, y en la mayoria de estos casos, hubieron de ser provo- cadas, por los causticos, el Taponamiento o la sutura. Solo en contadas ocasiones, se hizo caso omiso de que exis- tieran o no. Los resultados o complicaciones sobrevenidas en estos enfermos fueron:

Edad	Provocada	Con complicación pleural						Sin compli- caciones pleural	
		Pneumotorax Parcial		Pneumotorax Total		Pleurisia purulenta		eaciones pleural	
		Curados	Muertos	Curados	Muertos	Curados	Muertos	Curados	Muertos
Infancia	Causticos	"	"	"	"	"	1	"	2
	Taponamiento	"	"	"	"	"	"	2	"
	Sutura	1	"	"	"	1	1	5	1
	Insuficientes o nul- las	2	"	2	2	"	1	2	1

El pneumotorax parcial fue siempre leve, el Total, me

seus síntomas graves y obligó en dos enfermos á suspender
operación; en uno de ellos (obs. 75) se absorbió el absceso á los pocos
días y fue operado con éxito; en el otro (obs. 118) el foco no se lle-
gó á abrir, esto no obstante el enfermo curó. Huffer, opina,
que en este caso, que fue operado por él, la retracción del pul-
món por el pneumotorax y el vaciamiento del foco por es-
ta causa, influyeron quizá favorablemente en la cura-
ción.

El desmenuamiento pleural de Huffer, y la pleurotomía
seguida de exploración digital, de Bary, demostraron la
presencia de adherencias pleurales, en varios casos, en los
cuales, no se había caído sobre ellas el principio de la ope-
ración. Delageniere, fiel, á su sistema, abrió amplia-
mente la pleura en sus dos operados; en uno de ellos
(obs. 24) existían al parecer algunas adherencias y curó;
el otro (obs. 25) murió en pocos momentos sobre la mesa
de operaciones.

La extirpación de los focos gangrenosos, no parece,

haberse efectuado en ningún ¹⁶⁸ caso. De Laginiere, con su habitual atrevimiento, estirpó en uno de sus operados (ob. 24) con la pinza y las tijeras toda la parte gangrenada. En el enfermo de Huertas (ob. 17) y en algunos otros, fueron así mismo escindidas las porciones esfaciladas del pulmón; pero estas operaciones, no merecen en realidad, el nombre de pneumectomia. La verdadera pneumectomia, consistiría en extirpar toda la parte enferma, cortando un tejido sano, como se hace, por ejemplo, en la gangrena de un órgano periférico. Este sería el procedimiento ideal, mediante el cual quizá, se evitaría la continuación post-operatoria, de síntomas septicémicos y algunas otras complicaciones que suelen arrebatarnos la vida a los enfermos; pero hoy por hoy, parece impracticable un método tan radical, y la cirugía tiene que contentarse con abrir los focos y limpiarlos del mejor modo posible. Los resultados de la punción y de la incisión han sido:

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Muertos</u>	<u>Resultado desconocido</u>
Punción	2	"	4	"
Pneumotomía	60	9	26	1

Durante la operación o en los días siguientes a ellas, pueden sobrevenir diversas complicaciones, mas variadas y frecuentes en la gangrena que en otras afecciones pulmonares. Además de la pleuresia purulenta y pneumotorax, indicados antes, al tratar de las adherencias pleurales, estas complicaciones han sido: síncope causado por obstrucción laríngea, por un trozo de tejido esfacelado (ob. 1); síncope y en seguida hemiplegia pasajera, por embolia? cardiaca y cerebral (ob. 68); embolia y absceso cerebral (ob. 4, 109, 119, 120); hemorragia secundaria (ob. 9, 45, 71, 74, 85, 96, 96, 120, 121 y 128); propagación del proceso gangrenoso a la pared del torax, (ob. 70). De todos estos accidentes, se habló en la parte general.

Los resultados de la operación, en los 44 casos recordados en esta memoria, han sido 72 curaciones, 11 mejo-

rias, 70 fallecimientos y un resultado desconocido. Estas cifras no difieren mucho, de las consignadas en otras estadísticas.

	<u>Curados</u>	<u>Aliviados</u>	<u>Muertos</u>	<u>Resultado desconocido</u>
Bruc - - -	5	2	6	"
Lopier - - -	10	1	6	"
Nichersolle - -	13	4	14	"
Neclis - - -	12	"	2	"
Duffier - - -	29	5	29	1
Williere - -	23	4	21	"

Las curaciones se han obtenido en un espacio de tiempo muy variable entre 20 dias (ob. 5) y muchos meses. Por lo general, son lentas, si bien parecen algo mas rápidas en la gongrena aguda que en la crónica. En los casos favorables, despues de la operacion, disminuye la fiebre, tos, expectoracion y fétido del aliento. La persistencia de estos síntomas, sobre todo en la temperatura, debe hacer pensar en la existencia de otros focos, ó en la insuficiencia del desagüe. En estos casos, una segunda intervención (ob. 10 7. 170) ó el desagüe y limpieza de la cavidad,

de modo talida a' algun tórax pulmonar esclerado (ob. 21. 22) pueden hacer desaparecer los accidentes. Las curaciones, parecen definitivas y duraderas. Catorce enfermos, observados de varios meses a muchos años despues de la operacion, se conservaron en perfecto estado: solo en dos sobrevino la muerte, y en ellos, esta terminacion fué accidental e independiente de la enfermedad y operacion pulmonares; sífilis cerebral (ob. 21); accidentes epilépticos, padecidos con autonomia al acto operatorio (ob. 5).

Las mejoras, han ocurrido, en casos crónicos, de quistes de cuerpos extraños, y en los que existian bronquiectasias, focos de bronco-pneumonia etc. En varios enfermos aliviados, quizá se obtuviera más tarde la curacion, por que las observaciones fueron comunicadas antes de la curacion completa: en cambio en otros la mejora fué muy poca. En el enfermo de Dehler (ob. 75) al cabo de año y medio se cerró la fistula, apareciendo nuevos síntomas de retencion: en la observacion n.º 12, persistió el trayecto fistuloso

20, no obstante una toracoplastia secundaria. Muchos de los enfermos aliviados, no fueron objeto de observacion subsiguiente.

Nº de la operacion	Duracion post-operativa	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
4	14 horas	Hemiplegia izquierda. Coma	Broncoxi de una vena pulmonar. Embolia de la siliviana
7	1 dia	?	?
8	7 dias	Pneumonia del lado derecho	"
11	9 dias	Septicemia	Pleurisia purulenta inquist. tra lejos del foco pulmonar. Pericarditis - Hiperatrofia hepatica.
16	Pocas horas	"	Bronquinet. bilat. Pericarditis etc. Operado <u>in extremis</u> .
20	1 dia	Congestion pulmonar intensa	Estado general malo
22	1 mes	Reaparicion de los sintomas	"
28	Dula operacion	Colapso. "Caso de pronto de respiracion"	Benia dos focos gangrenosos. Litabrogada
26	20 dias	?	"
20	5 dias	Gangrena y enfisema mixto cutaneo	Muchas cavidades no diagnosticadas
21	10 dias	Septicemia	Pleurisia purulenta y hemorragica Pneumonia lob. septica etc.

N.º de la observación	Duración post-operativa	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones.
44	Pocas horas	Agotamiento	Tuberculosis pulmonar, doble y diseminada
45	Pocos días	Pleurisia purulenta	Pleurisia purulenta. Abscesos metastásicos en los dos pulmones
46	Pocos días	?	Otro foco mayor encima del operado. Otro en el vértice
44	1 día	Piémia	Lesiones piémicas múltiples
45	1 día	Agotamiento (Hemorragia el día de la operación)	Meto-peritonitis puerperal. Pneu- monia d.tra. 2 focos gangrenosos en la base d.tra.
48	1 día	Coma	Cavidad en la base d.tra en la que se abren muchas bronquios. Operado muy tarde.
52	Poco tiempo	Agotamiento	Cavidades múltiples del otro pulmón. Comunicación traqueo-esofágica
51	2 días	Agotamiento	Nada de otras cavidades. Lesiones renales arterioscleróticas.
55	1 día	Infección general	Dos cavidades no diagnosticadas Focos de bronco-pneumonía
58	7 días	?	?

N.º de la observación	Duración post-operatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
63	Pocas horas	Infección putrida generalizada	?
64	Pocas horas	Infección putrida generalizada	?
65	?	Septicemia general	?
66	?	Septicemia general	?
71	1 día	Hemoptisis	Cavidad como una naranja lucida de la que se abren 5 ó 6 cavidades pequeñas además otra en el lóbulo medio.
73	Algunos días	Septicemia	?
78	2 semanas	Desaparición de los síntomas de gangrena	Pericarditis séptica. Gangrena muy extensa
80	17 días	?	Vasta cavidad. Trófago adherido y en comunicación con el bronquio dno.
81	2 días	Infección	2 cavidades en el pulmón derecho, pequeña cavidad en el izquierdo. Bronquiectasias - Bronco-pneumonia - Piqueria
88	Horas media	Colapso	Muchas cavidades, una sola abierta. Gangrena reciente en el otro lado. Mal estado general
90	7 días	Colapso	Pleuritis sero-purulenta enquistada en g.º. Cavidades mult. meningitis crónica

Nº de la Observación	Duración post-operativa	Causas de la muerte	Autopsia y observaciones
94	10 días	Colapso - - - -	Cavernas múltiples bilaterales etc.
95	2 semanas	Agotamiento - - - -	Lesión extensa. Estado general muy malo
96	7 días	Hemorragia - - - -	"
100	?	?	Se operó demasiado tarde
103	8 días	Caquexia - - - -	No se hizo autopsia
104	12 días	?	{ Otra cavidad se vació en la primera Pneumonia dta. Caquexia
110	?	Propagación a la pleura y al otro pulmón	?
116	1/2 meses	Pericarditis purulenta consecutiva a una adhesitis supurada del mediastino	Pericarditis purulenta
117	16 horas	Edema pulmonar agudo	Operado <u>in extremis</u> No se hizo autopsia. Al operarlo
119	15 días	Meningo-encefalitis	presentó síntomas de embolia de la silviana. Se le hizo la trepanación
120	6 días	Hemoptisis fulminante	{ La hemorragia procedía del cuerno de la cámara.
121	5 días	Hemoptisis - - - -	No se hizo autopsia
123	?	Abceso cerebral -	?
127	17 días	Síntomas septicémicos -	Otra caverna encima de la que se abrió. El otro pulmón algo congestionado. Corazón flácido etc.

N.º de la observación	Duración post-operatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
128	5 semanas	Hemoptisis por la presión del tórax de desahije - - - -	Cavidad disminuida de volumen
132	?	Atgotamiento - - - - -	?
134	14 días	Caqueria - - - - -	Bronquitis de la quigular y senos cerebrales. Idemia cerebral. Pioneu-motoras. Adherencias insuficien-tes. Abscesos en los dos pulmones. Degeneración cardíaca.

La mortalidad relativamente elevada que el tratamiento operatorio da en la gangrena pulmonar, 37,3 por ciento se explica por varias causas, dependientes mas bien de la naturaleza de la enfermedad, que de la operación misma. El dependimiento de una escara gangrenosa a consecuencia de una cura o un esfuerzo, y la erosión resultante, en varos ya predispuestos, ha sido la causa de hemorragias secundarias mortales, en cinco enfermos. En varios de estos, no parecia hallarse en rela-

ción la rapidez del desenlace fatal, con la cantidad de sangre perdida. Quira, tenga alguna influencia, como dice Huffer la obstrucción brusca de las bronquias, y una excitación especial de las terminaciones del pneumogástrico. Con mucha más frecuencia ha causado la muerte, la persistencia de síntomas septicémicos o de infección y la caquexia o agotamiento progresivo. Ambas causas unidas al colapso, han originado la muerte en más de la mitad de los operados, lo cual demuestra los peligros o ineficacia del tratamiento quirúrgico en estos casos tardíos con focos de gangrena múltiples, en uno ó ambos pulmones, con lesiones metastásicas y de degeneración visceral, y en un estado general tan malo, que alguno de estos enfermos, apenas pudo soportar la operación. La operación misma, es responsable de haber favorecido u ocasionado, ciertas complicaciones, como los accidentes embólicos y las

hemorragias secundarias, las complicaciones pleurales y la propagación del proceso gangrenoso á el tejido muscular cutáneo próximo.

De todo lo cual debe deducirse, que aunque la naturaleza de la enfermedad, constituya un obstáculo á la cirugía, sin embargo, un diagnóstico exacto de localización, número etc, para operar solamente los casos operables y una intervención previa, para actuar sobre un organismo todavía vigoroso, podría proporcionar éxitos mas numerosos que los hasta aqui obtenidos.

Relación de las observaciones de gangrena pulmonar á que se hace referencia en el presente capítulo.

Cuadro 3º

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
1	Andrens	Mejoria	5	Dary	Curación
2	Andrens	Curación	6	Dary	"
3	Dacchini	Mejoria	7	Dary	Muerte
4	Dashanelli	Muerte	8	Brookhouse	Muerte

Nº	O erador.	Resultado	Nº	O erador	Resultado
9	Bull	Curación	29	enger	Mejoria
10	Blount *	Curación	30	Finby	Muerte
11	Blum	Muerte	31	Freiberg	Muerte
12	Dughard	Mejoria	32	Fraenkely Hörte	Curación
13	Casley y Gould	Curación	33	Gouler y Marshall	Mejoria
14	Casley y Gould	Mejoria	34	Bernet y Lejars	Muerte
15	Casley y Lans	Muerte	35	Gairdner y MacLeod	Muerte
16	Cereville y Noux	Muerte	36	Gallard	Muerte
17	Cereville y Noux	Curación	37	Godlec	Curación
18	Cervera	Curación	38	Godlec	Curación
19	Cottesil	Curación	39	Godlec	Curación
20	Chaput	Muerte	40	Guermouprer	Curación
21	Drinkwater	Curación	41	Guermouprer	Curación
22	Dubruceil	Muerte	42	Hadra	Mejoria
23	Duret	Curación	43	Hagen-Horn	Curación
24	Delageniere	Curación	44	Harrison	Muerte
25	Delageniere	Muerte	45	Herrlich	Muerte
26	Douglas *	Muerte	46	Hofnókl	Curación
27	Esquerdo	Curación	47	Huestas	Curación
28	Finger y Hollister	Curación	48	Jayle y Raffray	Muerte

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
49	Koch	Curación	69	Moalagola *	Curación
50	Kranse	Curación	70	Moir *	Curación
51	Kranse	Curación	71	Mackay	Muerte
52	Krecke	Muerte	72	Monod	Curación
53	Kundisteff	Curación	73	Mosler	Muerte
54	Lejars	Muerte	74	Northrup y Mac. Koch	Curación
55	Lejars	Muerte	75	Oehler	Mejoría
56	Leyden	Mejoría	76	O'Kell	Curación
57	Leyden y Koch *	Mejoría	77	Openchowski	Curación
58	Leyden y Koch *	Muerte	78	Pasteur	Muerte
59	Lenhartz	Curación	79	Perier y C. Paul	Curación
60	Lenhartz	Curación	80	Pollard	Muerte
61	Lenhartz *	Curación	81	Dochat	Muerte
62	Lenhartz *	Curación	82	Porter	Curación
63	Lenhartz *	Muerte	83	Porter	Curación
64	Lenhartz *	Muerte	84	Pengmeber y Deromann	Curación
65	Lenhartz *	Muerte	85	Philips y Wash	Curación
66	Lenhartz *	Muerte	86	Priestley y Geck	Curación
67	Mallot	Curación	87	Plake White	Curación
68	Mallot y Casanova	Curación	88	Quinke	Muerte

Nº	erador	Resultado	Nº	erador	Resultado
89	Quinke	Curación	109	Schallock*	Curación
90	Quinke	Muerte	110	Schveim*	Curación
91	Namray	Curación	111	Snif.*	Curación
92	Namray	Curación	112	Salomone*	Curación
93	Nodman	Curación	113	Salomoni*	Muerte
94	Runeberg.	Muerte	114	Sokolski	Curación
95	Ribera	Muerte	115	Strange	Curación
96	Ribera	Muerte	116	Thue	Muerte
97	Nochelt	Curación	117	Norrbietey	Muerte
98	Ninon	Muerte	118	Nouffier	Curación
99	Sapiejko	Curación	119	Nouffier	Muerte
100	Sapiejko	Curación	120	Nouffier	Muerte
101	Sapiejko	Curación	121	Nouffier	Muerte
102	apiejko	Curación	12	Nouffier*	Curación
103	Alomon Smith	Muerte	122	Nouffier Chauffar	Muerte
104	Seitz	Muerte	124	Nouffier*	Curación
105	Shrevven	Curación	125	Nouffier	Curación?
106	Smith y Broves	Curación	12	Nouffier	Curación
107	Smith y Broves	Curación	127	Nouffier	Muerte
108	Smith	a	128	Walsheim	Muerte

N.º	Operador	Resultado	N.º	Operador	Resultado
129	Wolkowitch	Curación	122	Wolkovitschi	Muerte
130	White	Curación	123	Wylly Andrews	Curación
131	Wolkovtsh	Curación	124	Reras.	Muerte

Bibliografía = Las observaciones anteriores, se encuentran de Palladas, en los trabajos siguientes:

Dary - ... *Revue de chirurgie*: 1897, n.º 3 - pag.º 250

Dary - ... *De l'incision exploratoire de la pleure. Incision y drainage d'un foyer de gangrene pulmonaire*, *Congrés de chirurgie* 1895, pag. 79.

Blum - - - *Gangrene du poumon traité par la pneumotomie*, *La médecine moderne* 1898 n.º 50, pag. 400

Cervera ... *Evolución de la cirugía pleuro-pulmonar en el siglo XIX*, *Discurso de ingreso en la Academia de Medicina*, Madrid 1900, pag. 80.

Cotterill - - *Cas de gangrene pulmonaire*, *La médecine moderne* 1899, n.º 11 pag. 86.

- Delageniere . . . Statistique des operations pratiquées au Mans en 1898-
Archives provinciales de chirurgie. 1899. n° 7. pag. 422.
- Esquerdo . . . Correspondencia Médica. 1897. pag. 62. Siglo médico
1896 pag. 765.
- Fernet, Lejars. . . Gazette des hopitaux. 1899. n° 24. pag. 250
- Fraenkel, Hörte . . . Pneumotomia por causa de gangrena pulmonar. Revue
de Sanidad Militar. 1899. pag. 209.
- Galliard Absces gangreneux multiples du poumon gauche. La
medecine moderne. 1899. n° 11 pag. 87.
- Hadra Pneumotomie avec déplacement du coeur. Revue
de chirurgie 1898. n° 10 pag. 977.
- Huertas Indicaciones de la intervención quirúrgica en los proce-
sos pleuro-pulmonares. Comunicación leída en el
Congreso médico de Barcelona 1889. pag. 20.
- Köhler Die neuen Arbeiten über Lungenchirurgie. Berl. klin.
Wochenschr. 1898. n° 15. pag. 3402 & 341.
- Lenhardt Gangrena pulmonar. In el Tratado de Medicina
ca de Ibslein. tomo I. pag. 465 y 466.
- Lopis A moderna cirurgia pulmonar. Lisboa 1888. pag. 14. 15 y 24
- Malbot Chirurgie du poumon dans les cas: tuberc. les pneu-
monies grises et les kistes hidat. Archives prov. de
chir. 1899. n° 17 2. pag. 53 y 94.

- Morillon -- Pneumotomie dans les abcès aigus du poulmon. Thèse de Paris 1897 pag. 71 y 73.
- Quinke -- Vebes pneumotomic. Mittheil. aus den Grenzgeb. Zeits. 1895. pag. 1 a' 68.
- Reclis --- Congrés de chirurgie 1895. pag. 65 a' 68.
- Renon --- Gangrene du poulmon traitée par la pneumotomie. La medicina moderna. 1898. n. 50. pag. 400.
- Ribera --- De algunas afeciones pleuro-pulmonares y de las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Revista de med. y cirugía prácticas. 1898. tomo XLIII pag. 371. obs. 5.
- Ribera --- Gangrena del pulmon. Pneumotomia. Rev. de med. y cirugía pract. 1900. tomo XLIX: pag. 9.
- Richerolle -- Chirurgie du poulmon. Thèse de Paris 1892. pag. 22 a' 28.
- Salomoni -- Contrib. à la chir. pulmonaire. Rev. de chir. 1899. n. 2 pag. 2.
- Sapiejko -- Contribution à l'étude de la chir. pulmonaire etc. Rev. de chir 1899 n. 7 pag. 15
- Truc --- Essai sur la chirurgie du poulmon. Thèse de Lyon 1885. pag. 93 a' 115.
- Buffier -- Revue de chirurgie. 1895 n. 12 pag. 1071.
- Buffier -- Chirurgie du poulmon. Paris 1894. pag. 114 a' 157.
- Buffier -- Revue de chirurgie 1899. n. 7. pag. 118.

- Buffier --- Gazette des hopitaux. 1899. n.º 62. pag. 580.
Buffier --- Revue de chirurgie. 1900 n.º 4. pag. 550.
Buffier --- Revue de chirurgie. 1901. n.º 8. pag. 120.
Villiere -- Del' intervention chirurgicale dans la gan-
grene pulmonaire. Thèse de Paris. 1898.

IV.

Quistes hidatídicos.

El quiste hidatídico, consiste en una bolsa uni ó mul-
tilocular, resultante del desarrollo en el organismo hu-
mano, del huevo de la *Tenia equinococa*.

Se encuentran en el pulmón derecho, casi doble número
de veces que en el izquierdo, y asientan por lo común en la
base. Pueden en algunos casos invadir los dos pulmones, si
bien el hecho es excepcional. El tamaño aunque variable,
puede ser muy grande. La bolsa quística, hallase for-
mada de dos capas, una interna granulosa llamada per-
minativa ó fértil, y otra exterior, constituida por un pro-

ducto de secreción, de estructura laminar y aspecto blan-
co arulado. Alrededor de esta, se forma en muchos casos,
otra envoltura adventicia, originada por el tejido con-
juntivo del órgano inmediato. En el pulmón esta envoltu-
ra puede faltar, en todo caso, es muy delgada y vascu-
lar, y en ella se abren uno ó mas tubos bronquiales.

Las hidátides, pueden permanecer latentes mucho
tiempo. En otras circunstancias dan lugar á síntomas
muy vagos, tos seca y quintosa, dispnea, hemoptisis pre-
coces ó tardías, signos de pleuresia, como dolor y roce, que
pueden faltar en casos de quiste central, signos
presión y desplazamiento etc. Cuando el quiste se
infecta, pueden aparecer escalofríos, fiebre remitente,
anorexia etc. Si se trata de tumores voluminosos y
próximos á la superficie pulmonar, los síntomas
mencionados, se agregan alteraciones locales bien
definidas, abultamiento de un lado del tórax con
ensanchamiento de los espacios intercostales, in-

sonoras a la percusión y desaparición de todo ruido respiratorio y de vibraciones torácicas vocales en la rona insonora. La limitación clara de los signos de auscultación, y el tránsito brusco de estos signos, entre la rona enferma y la normal, son datos de mucho valor diagnóstico. Cuando la vejiga de los equinococos se rompe y vacía, las alteraciones locales antes señaladas, son substituidas por síntomas cavitarios.

El diagnóstico es muy difícil, sobre todo al principio, y mientras en la expectoración no aparecen membranas o ganchos característicos. Muchos casos, solo se diagnosticaron en la autopsia, muchos errores diagnósticos, que dependen de la misma rareza de la afección en Europa, lo cual es causa de que, en presencia de los síntomas antedichos, se incline el juicio del médico, hacia enfermedades más frecuentes, como tuberculosis y pleuresía, con cuyos síntomas tienen gran analogía los del quiste. Muchos enfermos, fueron a la operación diag

de pleuresia purulenta, la dilatacion circunscrita a una mitad del torax, el dolor y otros sintomas anteriores de pleuresia, el desplazamiento del corazon etc, hacen muy posible este error, que en los casos de quiste supurado, ni la misma puncion exploradora puede resolver. Las hemoptisis, tos, dolores foráneos, de maceracion etc. han sido muchas veces causa de confusion, entre quistes hidatidicos y tuberculosis pulmonar: sin embargo, los antecedentes hereditarios, cuando los haya; algunos cambios en la conformacion del torax, muy distinta en una y otra de esas dolencias, y la persistencia, en los casos de quiste, de un buen estado general durante largo tiempo, son datos utilizables para la diferenciacion.

Puede tambien haber dudas diagnosticas, con quistes hepaticos y pleurales, abscesos y neoplasias del pulmon, tumores mediastinicos etc. El quiste primitivo de la pleura aunque posible, parece sumamente raro; quiza se trate más bien de hidatidos secundarios, procedentes del pul.

mon o' del hígado).

La localización del quiste, es fácil de establecer, cuando este es grande y superficial, por lo manifiesto de los síntomas objetivos, y en exacta limitación, pero en los quistes centrales, el diagnóstico de sitio, Propiera a' veces con grandes dificultades (ob. 112).

La punción exploradora, resultó positiva en la totalidad de los casos. Cuando con ella, se obtiene un líquido claro, como el agua, pobre en albumina, y rico en cloruros, el diagnóstico queda asegurado. No ocurre lo mismo, cuando por la punción se obtiene pus, entonces debe practicarse un examen microscópico minucioso, con objeto de investigar la presencia de los ganchos característicos. Pero la exploración, es muy peligrosa en los quistes, y se refiere a ella, numerosas complicaciones; urticaria, fiebre, náuseas, vómitos, síncope, accesos de sofocación etc. debidas, a' la intoxicación hidatídica aguda, por absorción del líquido que verumá por el fino conducto hecho por la punción, ó a

rotura del quiste por efecto de la misma presión. Estos accidentes, han ocasionado alguna vez la muerte.

La exploración radiográfica, fue empleada en 3 enfermos (obs. 74, 91, 112). En el primero se trataba de un quiste separado; en los otros dos, el contenido era líquido. La prueba radiográfica resultó muy clara y demostrativa en los dos primeros, y negativa en el último, en el cual, el quiste, se dejó atravesar por los rayos X, con la misma facilidad que el tejido pulmonar sano.

Abandonado el quiste a sí mismo, puede curar, permanecer estacionario u ocasionar diversas complicaciones y la muerte.

La curación puede sobrevenir sin abertura del quiste; el parásito muere, el líquido se absorbe en parte ó se condensa y el seno se arruga é infíltra de sales. Los quistes pequeños, son los que con más frecuencia terminan de este modo. La curación vá precedida en otros casos de rotura del quiste y evacuación de su contenido, por los bronquios.

Pero esta rotura bronquial, sobrevenida casi en la mitad de casos, y que como se vé constituye un mecanismo de curación espontánea, es con frecuencia origen de múltiples complicaciones, acaecidas en el momento de la rotura del quiste, hemoptisis, vómica, accesos de dispnea y asfisia, o consecutivamente, urticaria, infecciones secundarias, etc., tuberculosis.

La abertura, puede verificarse también en la pleura y de aquí pleuresia purulenta, pneumotorax, etc., y con mucha menor frecuencia, en el pericardio, pared torácica y otros órganos.

Estas complicaciones, y algunos otros accidentes, como la muerte súbita, originada por el mismo mecanismo que en la pleuresia con gran derrame; la asfisia lenta, debida al gran volumen del tumor, algunas dificultades circulatorias, como edema de los miembros, ocasionadas por la misma causa y otras complicaciones, dependientes de la supuración del quiste, son las causas más frecuentes de la muerte.

te, que en los quistes no tratados, alcanza una cifra muy elevada, según se deduce de las estadísticas de Hearn, Vaine y otros. Hearn, fundándose en 142 casos de quistes abandonados a sí mismos, observó 82 muertos, ó sea mortalidad de más de 70%. Davaine, en 40 observaciones halló 28 muertos, ó sea una mortalidad de más de 62%.

El tratamiento médico, es ineficaz contra el hidatide pulmonar, y en cuanto a la expectoración, las estadísticas anteriores, demuestran sus peligros. Es preciso, por tanto, recurrir al tratamiento quirúrgico.

Este comprende 3 procedimientos: la punción, la incisión ó la extirpación del quiste. Los resultados varían mucho en cada uno de ellas.

La punción, que aunque mala, es aplicable a los quistes del hígado, resulta insuficiente y temible en los del pulmón. Se ha practicado con un trocar de diverso calibre; relacionado ó no con un aparato de as-

piracion, y tiene por objeto evacuar total o parcialmente el quiste. La evacuacion puede ir seguida de la vados antisépticos destinados a matar el parásito, o de la introduccion de diversos líquidos medicamentosos con el mismo fin; disolucion de sublimado, nitrato argéutico, cloruro sódico, naftol etc.

La puncion es un método ya juzgado por su insuficiencia y grandes peligros. De los 17 casos reunidos por Mirallic, 11 curaron, 2 murieron, y en lo el resultado fue negativo. De las 40 observaciones estudiadas en los trabajos de Debe y Pasquier, en 26 sobrevino la muerte, y en la gran mayoria de los casos, acaeció de un modo súbito, en el acto mismo de la puncion o poco tiempo despues, en medio de violentos accesos de tos, dispnea, cianosis y otros síntomas de asfocacion. El síncope, pneumotorax, piopneumotorax, etc. fueron causa de la muerte en otros enfermos. En un número de los casos curados, fué la puncion seguida de accesos de tos y

oomicia hidatidica.

La genesis de estos accidentes, ha sido diversamente interpretada. Israel, tomando el efecto por la causa, atribuyo la rotura del quiste, a los accesos de tos, provocados por la puncion y en armonia con esta idea, aconsejaba la cloroformizacion, o la inyeccion hipodermica de morfina, como preliminar de la puncion, con objeto de suprimir los reflejos. Powell, atribuye los peligros de la puncion, a la elasticidad del saco, y a la circunstancia de contener este otros quistes. La elasticidad del saco, es causa de que este se retraiga y se caiga del Trocar, y de este modo el liquido se vierte en la capsula y sale por los bronquios, como en la rotura espontanea. El Trocar, puede tambien obstruirse por los quistes secundarios, sea de causa esta obstruccion de que el contenido se detiene en la capsula. Consecuente con esta interpretacion aconseja Powell, introducir cuidadosamente el Trocar hasta la profundidad de los del quiste, y poner la ca

nula, de una segunda abertura lateral. Mas cree la pance la explicacion de Berrier, fundada en la constitucion anatomica del quiste, cuya membrana propia, delgada y friable, reviste por el hecho mismo de permanecer tensa y uniformemente distendida; pero al quemarse, se vacia en parte, se hace flaccida y bati a cada inspiracion las paredes del espacio periquistico, cuyo movimiento, unido al deqam de la puncion, es causa de la rotura e inundacion bronquial.

Estos numerosos peligros, unidos a la insuficiencia del procedimiento, que no permite la expulsion de las hidatides hijas, membrana etc. han hecho, que, no obstante su sencillez, este hoy por completo abandonado, sin que deba emplearse, ni aun en los casos de quiste unilocular, de contenido limpio, y virgen de todo tratamiento anterior.

El método electivo es la pneumotomia, que mediante la incision y extirpacion del quiste, constituye el

procedimiento más racional y seguro.

La incisión de la pared torácica, no ofrece por lo común nada de particular. Si existen dudas, entre el quinto del ligamento abierto en los bronquios, y un quinto pulmonar, de lo que se sigue según Huffer, la incisión oblicua torácica abdominal, en la línea axilar posterior, con lo cual puede llevarse la indicación de atacar la base del tórax, prolongando de esta incisión hacia arriba.

No parecen muy necesarias en los quistes, las estensas resecciones costales, y el examen de las observaciones publicadas demuestra, que en ellos, se ha empleado con menor frecuencia la estensa resección de costillas que en otras afecciones pulmonares. Según Nothherat en las hidatides pulmonares, no debe practicarse resección costal, a no ser ulteriormente, si fuera necesaria. La facilidad con que son expulsadas por orificios estrechos las partes componentes del quiste, justifica este proceder. En algunos casos se han hecho contraberturas en la pared,

Torácica, para facilitar la expulsión de los productos más
líquidos.

Es muy difícil precisar previamente, la existencia de ad-
hesiones pleurales. Son la regla en los supurados, pero sue-
len faltar en los no infectados. Los grandes quistes indurados.
Por, aumentan positivamente la presión intratorácica, y
en cuanto se rescan las costillas, es frecuente ver el quiste
formando eminencia por la abertura practicada, de
tal modo, que ya se puede incidir; de esta manera, puede
de impedirse hasta cierto punto, la entrada de aire en la
cavidad pleurítica. Sin embargo, no siempre, se evita el
pneumotorax; de aquí que se haya aconsejado suturar
la pleura, con lo cual se evita también la posibilidad de
que saigan en ella, hidatides, que de estar vivas, pueden
ingentarse. Al incidir la pleura, se ha encontrado al-
gunas veces, una pleureña exudativa; y en otros, el quiste
se se había abierto ya en la pleura. En estos casos, el quiste
pulmonar, abierto en la cavidad pleural, la pleuro

tónica, puede ser suficiente como medio de tratamiento, practicando además un amplio drenaje de la serosa. En la mayoría de las observaciones, apenas se menciona el estado de la pleura; se observa sin embargo que las adherencias, son más frecuentes en los casos de quistes supurados. La sutura pleural, fue empleada en cinco enfermos, los cuales curaron sin complicación por parte de la serosa. Al practicar la sutura, debe evitarse comprender en ella el quiste, y si solamente la bolsa periquística, que como se sabe, puede ser muy delgada en las dilataciones pulmonares. En cuatro casos, en los que las adherencias eran insuficientes o nulas, sobrevino un pneumotorax, dos veces parcial y otras dos total, uno de estos seguidos de muerte.

Abierta la cavidad periquística, aparece el quiste en forma de una membrana blanca, y prominente a cada esfuerzo de tos. Puede incidirse o practicarse su extirpación. La extirpación es el método más completo.

to radical, pero no siempre es aplicable, como ocurre, en los quistes supurados, en los que la bolsa está amovido de garras, friable, y cede bajo el dedo o la pinza

		Curados	Muertos
Incisión	No supurados - - - -	6	1
	Supurados - - - -	19	9
	Sin indicación de mestado	9	2
Estirpación	No supurados - - - -	20	1
	Supurados - - - -	12	3
	Sin indicación de mestado	8	1
Sutura de la bolsa - - - -		11	1

La extirpación del quiste, ha sido seguida algunas veces de sutura de la bolsa, sin desague. Aquí, como en el ligado, este procedimiento resulta brillante cuando sale bien, por que mediante él, se obtiene la curación en varios días. El desague es desde luego mas modesto, pero con él la curación tarda mas en verificarse, pero es en cambio un proceder más seguro, que en los casos de quistes no complicados, de muy poca mortalidad. De los enfer-

mas de Wood y de Vegas y Crauwell, en los cuales se practicó la sutura sin desague, solo murio uno por piopneumotor, y este segun los operadores, hubiera podido salvarse, si se hubiera desaguado desde un principio.

El Panonamiento, parece preferible al desague, y debe prolongarse mucho tiempo, para evitar la posibilidad de hemorragias.

Los lavados intracavitarios, ocasionaron la muerte en el enfermo de Berger (ob. 4) y graves accidentes de sofocacion en otros varios.

En el acto de la operacion, o durante la convalecencia, sobrevinieron en algunos casos, diversas complicaciones; colapsos, accesos de sofocacion, síncope, hemorragia, erisipela, bronconeumonia etc. que en algunos enfermos ocasionaron la muerte.

Los resultados del tratamiento operatorio, en los 172 enfermos, mencionados aqui, son: 109 curaciones, 4 alivios y 19 muertos, o sea una mortalidad de 15,9 por ciento. Mu

resultado parecido ofrecen las siguientes estadísticas:

	<u>Curados</u>	<u>Muertos</u>
Reclus ---	8	2
Schvvalbe -	6	"
Buffier ..	25	6
Pasquier ..	92	16

El pronóstico operatorio, varía, según los quistes, sean o no supurados, siendo mucho más favorable en los quistes no supurados.

	<u>Curados.</u>	<u>Muertos</u>	<u>Muertos.</u>
Supurados - ...	26	4	13
No supurados - ...	22	"	2
Sin indicación de estado	41	"	4

La curación se ha obtenido en un espacio de tiempo variable, entre varios días y muchos meses. Ha sido por lo general completa y definitiva; varios enfermos, observados algunos meses o años después de operados, se en perfecto estado. Solo en uno (obs. 99) persistió una ligera tos y hemoptesis, pero dicho individuo, era probablemente tuberculoso.

Las mjorias, han consistido en persistencia de un tra-
yecto fistuloso, (3 casos) ó en remisión de los síntomas (1 caso)
Parece probable que alguno de estas enfermas termina-
ran por curar. Se trataba de quistes grandes, supurados
y probablemente antiguos.

Las causas de la muerte, autopsia y duracion post-
operatoria, fueron los siguientes:

Nº de la Observación	Duración post-operatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
1	Algunos días	?	?
4	En la operación	Sofocación durante los lavados	"
5	?	Reaparición de los síntomas por oclusión de la herida	"
6	2 semanas	Accidentes cardiacos	"
7	?	Empiema y absceso del pulmón	El quiste estaba curado
20	3 días	Muerte súbita	"
21	Algunos días	Infección	Pericarditis y pleuritis purulenta
22	15 días	Letiquer	La estaba agotado al operar
23	1 mes	Tuberculosis	Tuberc. miliar reciente en los dos pulmones
66	3 días	Pneumotorax	"
72	17 días	Agotamiento	Mononucleonemia bilateral. Pericarditis reciente.

N.º de la observación	Duración post-operatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
81	Algunos días	Síncope	Pulmón izquierdo lleno de pequeños quistes. Pleura llena de hidatidas secundarias nadando en el pus.
96	22 días	Septicemia	Pneumonia izquierda. Pleuritis y pericarditis
107	8 días	Colapso	"
109	5 semanas	Agotamiento	Quiste hidatídico del hígado comunicante con el pulmón izquierdo.
128	?	Debida a la intubación	"
125	?	Pionemotoras	No hubiera muerto si se hubiera desagüado desde el principio

En dos observaciones no se indica detalle alguno relativo a la terminación mortal.

La pneumotomía como se ve, da en los quistes hidatídicos resultados muy favorables, mucho mas que los obte-

midas en las demás afecções del pulmón en que ha sido empleada. La mortalidad de 15 por ciento, es muy tolerable, sobre todo si se la compara con el 70 por ciento que ofrece la expectación ó la punción. Estos buenos resultados, dependen, sin duda alguna, de la naturaleza de la enfermedad, constituida por la presencia de un cuerpo extraño aseptico, en el pulmón; de la estricta localización del proceso y de la circunstancia de permanecer sano el tejido pulmonar restante. Si á lo dicho se añade, la ineficacia del tratamiento médico, se comprenderá que la pneumotomía, constituye desde luego, la única terapéutica aplicable á los quistes pulmonares.

Los fracasos, han ocurrido por lo general en quistes supurados y ocasionados por algunas complicaciones sépticas, ó por el estado de depauperación en que se hallaban algunos enfermos, ó por algunas afecções graves coexistentes etc. segun queda indicado.

Un diagnóstico exacto y una intervención precoz,

permutura operada, antes que se hubieran desarrollado
terminadas complicaciones, serian circunstancias favorables al éxito.

Relacion de las observaciones de quistes hidatídicos tratados por la pneumotomía, a que se hace referencia en el presente capítulo.

Cuadro IV.

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador.	Resultado
1	Allen	Muerte	11	Dird	Curación
2	Daily	Curación	12	Dird	Curación
3	Daily	Curación	13	Dird	Curación
4	Dergèr	Muerte	14	Dird	Curación
5	Dird.	Muerte	15	Dird	Curación
6	Dird	Muerte	16	Blair	Curación
7	Dird	Muerte	17	Donilly	Curación
8	Dird	Curación	18	Donilly	Curación
9	Dird	Curación	19	Ducagnoy	Moribund
10	Dird	Curación	20	Dreitkoff.	Curación

No.	Species	Locality	No.	Species	Locality
11	...	Curacao	41	...	Curacao
12	...	Curacao	42	...	Curacao
13	...	Curacao	43	...	Curacao
14	...	Curacao	44	...	Curacao
15	...	Curacao	45	...	Curacao
16	...	Curacao	46	...	Curacao
17	...	Curacao	47	...	Curacao
18	...	Curacao	48	...	Curacao
19	...	Curacao	49	...	Curacao
20	...	Curacao	50	...	Curacao
21	...	Curacao	51	...	Curacao
22	...	Curacao	52	...	Curacao
23	...	Curacao	53	...	Curacao
24	...	Curacao	54	...	Curacao
25	...	Curacao	55	...	Curacao
26	...	Curacao	56	...	Curacao
27	...	Curacao	57	...	Curacao
28	...	Curacao	58	...	Curacao
29	...	Curacao	59	...	Curacao
30	...	Curacao	60	...	Curacao

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
61	Leubartz	Curacion	81	Godsall Leonard	Muerte
62	Malbot	Curacion	82	Fischhoff	Curacion
63	Mangha	Curacion	83	Quinn	Curacion
64	Manglung	Curacion	84	Jobson	Curacion
65	Manglung	Curacion	85	Quilling	Curacion
66	Manglung	Muerte	86	Reid	Curacion
67	Manglung	Curacion	87	Reid	Curacion
68	Manglung	Curacion	88	Reid	Curacion
69	Manglung	Curacion	89	Ritchie	Curacion
70	Manglung	Curacion	90	Ritchie	Curacion
71	Manglung	Curacion	91	Sanderson	Curacion
72	Manglung	Muerte	92	Sampson	Curacion
73	Manglung	Curacion	93	Sidney Campbell	Curacion
74	Manglung	Curacion	94	Sidney Campbell	Curacion
75	Manglung	Curacion	95	Sidney Campbell	Curacion
76	Manglung	Curacion	96	S. Thomas	Muerte
77	Manglung	Curacion	97	S. Thomas	Curacion
78	Manglung	Curacion	98	S. Thomas	Curacion
79	Manglung	Curacion	99	S. Thomas	Curacion
80	Manglung	Curacion	100	S. Thomas	Curacion

Nº	Apellido	Nacionalidad	Nº	Apellido	Nacionalidad
101	D. Thomas	Curaciana	111	Vegas y Crauwel	Curaciana
102	D. Thomas	Curaciana	112	Vegas y Crauwel	Curaciana
103	D. Thomas	Curaciana	113	Vegas y Crauwel	Curaciana
104	D. Thomas	Curaciana	114	Vegas y Crauwel	Curaciana
105	D. Thomas	Curaciana	115	Vegas y Crauwel	Curaciana
106	D. Thomas	Curaciana	116	Vegas y Crauwel	Curaciana
107	D. Thomas	Curaciana	117	Vegas y Crauwel	Curaciana
108	D. Thomas	Curaciana	118	Vegas y Crauwel	Curaciana
109	D. Thomas	Curaciana	119	Vegas y Crauwel	Curaciana
110	Thomson	Curaciana	120	Vegas y Crauwel	Curaciana
111	Wadd	Curaciana	121	Vegas y Crauwel	Curaciana
112	Wagant	Curaciana	122	Vegas y Crauwel	Curaciana
113	Walter	Curaciana	123	Vegas y Crauwel	Curaciana
114	Waltier	Curaciana	124	Vegas y Crauwel	Curaciana
115	Willaux	Curaciana	125	Vegas y Crauwel	Curaciana
116	Vegas y Crauwel	Curaciana	126	Vegas y Crauwel	Curaciana
117	Vegas y Crauwel	Curaciana	127	Vegas y Crauwel	Curaciana
118	Vegas y Crauwel	Curaciana	128	Vegas y Crauwel	Curaciana
119	Vegas y Crauwel	Curaciana	129	Vegas y Crauwel	Curaciana
120	Vegas y Crauwel	Curaciana	130	Vegas y Crauwel	Curaciana

Bibliografía relativa a las observaciones precedentes
 De la
 Benavente, Librería de la Universidad de Chile
 Santiago 1915

De la geniere
Doyen
Espina

Revista de Med. y Cir. prácticas 1895. tomo XXXIII.
Chir. du pœumon. Congres de chir 1895 pag. 108.
Diag. pœcor de la tub. por los rayos X. Rev. de Med. y Ci-
rurg. pract. 1898. tomo XLIII. pag. 780.

Esquerdo
Tonnesco

Anuario de Med. y Cir. 1896. tomo 2.
Kiste hidatidica du pœumon Pneumotomie Gu-
rison. Congres. de chir. 1895 pag. 111.

Köhler

Die neueren Arb. über Lungenchir. Berl. klin. Woch. n° 15
pag. 739.

Leukartz

Quistes hidatidicos del pulmou. In el trat. de Med. Clini-
ca Berstein. tomo 1. pag 520

L. Lopez
Malbot

A mod. cirurgia pulm. Lisboa 1888 pag. 15
Chir du pœumon dans les kistes hidatidiques etc.
Arch. prov. de chir 1899. n° 2 pag 107.

Pean

Chir. des pœumons. Congres de chirurgie. 1895. pag. 76.

Potherat

Kistes hidatid. du pœumon. Rev. de chir. 1897. n° 11. su-
plement. pag 1028.

Pasquier

Diagnostic et traitement chirurgical des kistes hidat.
du pœumon. These de Paris 1899.

Reclus

Congres de Chirurgie. 1895. pag. 637 647.

Richerolle

Chir du pœumon = These de Paris 1892 pag. 72 à 100

- San Martín - Historias de clinica quirurgica. Curso de 1898 a 99. Madrid.
- Sennerson - Cingiopleuro pulmonar. Rev. de med. y cir. pract. 1901 t. I pag. 136
- Guffier - Chir du poumon - Paris 1899. pag. 28.
- Guffier - Rev. de chir. 1898 n.º 11 p. 864.
- Bruc - Essai sur le chir. du poumon. Lyon 1885. pag. 117 a 120
- Vegas y Cranwell - Les kistes hidat. et leur trait. en la Rep. Argentine. Rev. de chir. 1901 n.º 4. pag. 470.
-

V.

Actinomicosis

Es una flegmasia crónica caracterizada por la formación de nódulos o masas osteonoides especiales en cuyo interior habita un hongo radiado llamado actinomicosis de la familia de los Cladotrix.

En el hombre, el proceso, se inicia por lo regular en la cavidad buco-faríngea. Secundariamente pueden afectar otros órganos entre ellos el pulmón. Según Niltmeyer so-

lo un veinte por ciento, tiene su localización primaria en los pulmones.

El foco actinomicótico se inicia en forma de nódulo esférico de muy pequeño tamaño. A veces varios focos convergen, constituyendo masas que en el pulmón pueden alcanzar grandes dimensiones y terminan por reblandecimiento y supuración, en que dan origen de este modo a cavernas y fragmentos fistulosos comunicantes con los bronquios o el exterior y origen de largas supuraciones. Si el proceso ha sido de mucha duración, suelen encontrarse también, esclerosis pulmonar, bronquiectasias etc. y puede propagarse el mal, dentro del mismo pulmón, en el del otro lado o en los órganos próximos. A veces se han observado metástasis múltiples, en el corazón, cerebro, riñones etc.

El diagnóstico suele ser muy difícil. Las pueras en el lado afecto, tos pertinaz y otros síntomas vagos del principio, hacen pensar en pleuritis. La fiebre, sudores, dispnea y enflaquecimiento, unido al dato de haber

expulsado algun esputo sanguinolento, inclinar el juicio a la Tuberculosis pulmonar. A veces aparecen fenomenos de condensacion pulmonar, despues de una pleuntis ya curada y resulta por formacion de gruesas adherencias. Signos variables, dolorosos y deformativos, hicieron pensar en neuritis y mal de Pott en el enfermo, de Reboul (ob. 10). La puncion de prueba y la presencia en el esputo de granos de actinomicos, observables segun Leharit en la mitad de los casos, podrian aclarar a veces el diagnostico, pero la falta de dichos granos, no excluye la posibilidad de una actinomicosis.

La enfermedad por si misma, es susceptible de curar alguna vez, pero esta terminacion en el pulmon es casi nunca tiene lugar y despues de un curso insidioso y sumamente cronico, con tendencia a progresar y generalizarse las lesiones, acaban los enfermos por sucumbir.

El tratamiento medico, no posee medicamento alguno que pueda considerarse como especifico. El curso po-

is tárico recomendado por Netter, Poucet, Thomasseu etc. no ha resultado en manos de Leuhardt, Jané y otros. Debe sin embargo emplearse, visto los buenos efectos conseguidos en la actinomiosis bovina. De las inyecciones de tuberculina, refieren éxitos Dillroth⁽¹⁾, Kähler y Socin, y fracasos Leuhardt, Krönlein, Körté, Makara, Böenck etc. Los ensayos terapéuticos de Wolf con extracto glicerinado de cultivos puros de actinomicos, no han dado resultado.

El tratamiento quirúrgico, no parece haberse empleado con mucha frecuencia en la actinomiosis pulmonar, si se juzga por la escasez de los casos publicados. Kadgan en 1892 solo pudo reunir de la literatura médica 7 casos, a los que agrega uno propio. Nicherolle en el mismo año, menciona en su tesis, seis observaciones, de las cuales, solo tres, fueron objeto de intervención operatoria, y

(1). En el enfermo de Dillroth, se trataba de una actinomiosis del vientre y las inyecciones de tuberculina, fueron precedidas de algunas intervenciones quirúrgicas.

Buffier, en su conocida monografía de 1897 no hace referencia mas que a un caso.

Las curaciones, repetidas veces observadas, en los focos de la piel, o region marilar, despues de la extirpacion y cauterizacion, demuestran que con el tratamiento quirurgico, pueden obtenerse verdaderos exitos. Pero en el pulmon, el problema no es tan sencillo; la esta indicada en casos de abscesos unicos y circunscritos, mas la rareza de la actinomicosis pulmonar y la incertidumbre del diagnostico en los primeros periodos, explican las pocas ocasiones que se presenten para operar. Ademas, aunque el foco sea superficial, no siempre puede extirparse todo lo enfermo, y de aqui el peligro de las recidivas, observadas ya en la clinica de Denis y Bergman en las actinomicosis de organos superficiales y mas faciles de sobrevenir en el pulmon, dada la estimada vascularidad y constante funcionamiento del organo. (obs. 5, 10).

Se ha atribuido algun papel en las curaciones a la infección secundaria por los microbios del pus, con cuya asociación es probable que el actinomicosis, siendo virulencia y pueda ser vencido con más facilidad. Por otra parte, la condición anaerobia del hongo, hace que al abrir los focos, y poner en contacto del aire las colonias del cladothrix, se debilite la energía reproductiva de este; de aquí que en la actinomicosis pulmonar, no siendo factible esterpar todo lo enfermo, se haya aconsejado incindir y raspar los focos, dejando la herida sin suturar. Como tratamiento consecutivo, se han recomendado diversos cáusticos y antisepticos, termico-cauterio, elvuro de zinc, nitrato argéntico, iodoformo etc.

Las inyecciones de sublimado recomendadas por Hlich, y ensayadas en la clinica de Albert, inyectando en las alrededores de la rona infiltrada, tres o cuatro centímetros cúbicos, de una disolución al dos y medio por mil, no parecen aplicables al pulmón.

Los resultados de las 11 observaciones, aquí menciona-
das son: 1. curaciones; 2. mejorías; 3. muertes y 1 resulta-
do desconocido. En varios de estas enfermas, se trataba de
focos primarios del pulmón, pero en todas ellas estaba
tan adelantado el proceso, que al tiempo de operar, for-
maba el tumor actinomicótico, prominencia al exteri-
or, y en algunos, este abultamiento se hallaba lleno de
trayectos fistulosos. En casi todos los casos, se incin-
do ampliamente el tumor, estirpando la piel inva-
dida, y en dos observaciones (1 y 5) la mama, que tam-
bien lo estaba. Por lo general fueron reseca-
das varias costillas o cartílagos costales. Ampliamente descubierto
el foco, casi siempre se empleó contra sus paredes, un
tratamiento activo; raspado, (ob. 2. 8); cauterización
con el termo (ob. 4); raspado y cauterización (ob. 5); to-
ques con naftol alcauforado y iodado (ob. 10); estirpa-
ción? (ob. 7).

En los cuatro casos, considerados como curados, no se in-

dica nada respecto á su suerte ulterior. En los dos enfermos aliviados, persistió una fístula; en ambos, parece que existían otros focos actinomicóticos. Uno de ellos ob-
 requirió dos operaciones, quedando subsistente la fístula.

Aquí las causas de la muerte y el resultado de la autopsia en 3 de los enfermos.

N.º de la observación	Duración post operatoria	Causas de la muerte	Autopsia
1	?	?	Focos secundarios en el mediastino y mama
7	5 meses	Caquexia	Otros abscesos en el mismo pulmón
8	Varios meses	Agotamiento y parálisis cardíaca	Bronquitis generalizada Abscesos actinomicóticos en el corazón y en todos los órganos.

Lo poco favorable de estos resultados, se explica por lo tardío de la intervención, que tuvo lugar en periodos avanzados del mal, cuando la lesión se manifestaba este-

riamente, y existian otros focos en el pulmón y otros órganos. Liria si se interviniese al principio de la enfermedad, cuando los focos permaneciesen aislados, los resultados fueron otros, pero se tropiezo con dificultades de diagnóstico en este periodo, unico operable con facilidades de mejor éxito.

Relación de los casos de actinomicosis pulmonar, que se mencionan en esta sección.

Cuadro 5º

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
1	Adler	Muerte	7	Moosbrugger	Muerte
2	Esquerdo	Curacion	8	Munch	Muerte
3	Esquerdo	Curacion	9	Orlof	Muerte
4	Takowski	Curacion	10	Reboul	Mejoria
5	Kadyan	Mejoria	11	Vellarmiroff	?
6	Karenski	Curacion	"	"	"

Bibliografía de las observaciones precedentes
 Esquerdo - Anuario de medicina y cirugía. 1896 - tomo 2º

- Kadjan: Revista de Medicina y Cirugía prácticas. 1892. tomo XX,
Karduski: Revista de Sanidad Militar. 1899. pag. 209. Rev. de
cirurgie 1898. n.º 10 pag. 376.
Köhler: Die neueren Arb. über Lungenchir. Berl. klin.
Woche 1898 n.º 15 pag. 340
Neboul: Lucas d'actynomycose thoracique. Cong. de chir. 1895
pag. 816
Richerolle: Chir du poumon. 1892. pag 43 a 46.
-

VI.

Cavernas Tuberculosas.

El Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, dominado mucho tiempo, el campo de la cirugía del pulmón, experimentando diversas alternativas de entusiasmo y decadencia.

Exceptuando algunas complicaciones, como la hemoptisis o el pneumotorax, la tuberculosis pulmonar, si sido tratada por la cirugía, en los distintos periodos

de su evolución. Al principio, cuando solo existe un nudo o zona de infiltración tuberculosa, y al final, en el periodo cavitario. El fin terapéutico, y la técnica operatoria, son muy distintos en cada uno de estos casos. Tratamos ahora, de las cavernas tuberculosas.

Estas consisten en escavaciones, más o menos grandes y desiguales, a veces, con anfractuosidades, resultantes de la comunicación entre sí, de varias cavidades próximas. Sus paredes están formadas por tejido pulmonar indurado, gris e infiltrado de granulaciones tuberculosas, en distinta fase de reblandecimiento. La superficie de la caverna, se halla tapizada, por una falsa membrana blanda y friable en las escavaciones recientes, dura y semicartilaginosa en las antiguas. Una o varias veces, están vacías y otras más o menos llenas de un contenido purulento o caseoso, resultante de la fusión de masas tuberculosas y supuración de las paredes. La calidad de cavidades supurantes, las aproxima algo, a varias de)

Las afecciones pulmonares antes estudiadas, sobre todo a las bronquiectasias, con las cuales tienen mucho parecido, por la estructura de la pared, en la cual radica la causa viva, origen primero del proceso, les dan un carácter especial, muy distinto del de las demás supuraciones del pulmón. De aquí, una gran diferencia también en el tratamiento y en los resultados operatorios.

La extraordinaria frecuencia del padecimiento; la gravedad y rebeldía que en muchas ocasiones presenta, a pesar del tratamiento médico e higiénico; la existencia de síntomas septicémicos o de retención, ocasionados por infecciones mixtas, las cuales, aceleran la terminación fatal, mas aun por los mismos trastornos respiratorios, y las numerosas complicaciones que pueden acompañar al proceso, son circunstancias que justifican las numerosas tentativas quirúrgicas, hechas en el curso de esta afección.

Los procedimientos operatorios, han variado, en armo

ria con las diversas causas, consideradas como opuestas a la curacion. Este obstaculo, ha sido atribuido a la infeccion bacilar, a la retencion purulenta, a las paredes cavitarias, o a la rigidez de estas paredes y del torax. De aqui los diferentes metodos terapeuticos propuestos: inyecciones intrapulmonares, pneumotomia, simple o seguida de actuacion más o menos enérgica, sobre las paredes cavitarias, toracoplastia etc.

Las inyecciones intrapulmonares, inspiradas logicamente por las doctrinas parasitarias, aparecieron casi simultaneamente con estas. Fueron aconsejadas por Morlet en 1872 y ensayadas en los años sucesivos por otros muchos clinicos. Se practicaron mediante la gerinquilla de Pravaz, inyectando una multitud de sustancias, disolucion de permanganato potasico (Morlet), tintura de iodo diluida (Pepper) creosota y alcohol (Geyne, Bruc), sublimado (Füller y Gouguenheim) ácido fénico (Dienlaffoy), acetato de alumina o ácido bórico

(Ivöentel); agua oxigenada (Stém), etc. Estas inyecciones se toleraban bien por lo general, pero nunca produjeron, ningun buen resultado manifesto, por lo cual hace tiempo están abandonadas. Lannelongue en 1891, intentó aplicar al pulmón, su método esclerogénico, que ya antes había aplicado a las tuberculosis quirúrgicas, inyectando algunas gotas de una disolución de cloruro de cinc. al uno por cuarenta. Los resultados no han correspondido a la teoría, y el procedimiento está abandonado.

Con la pneumotomía, se propuso crear a los productos contenidos en la caverna, una vía de eliminación y directa, capaz de conjurar los peligros inmediatos y calmar los síntomas mas penosos, pudiendo obtenerse más tarde, la cicatrización de la cavidad. La pneumotomía, ha sido considerada por otros, como una operación preliminar, destinada a poner a descubierto las lesiones, para atacarlas directamente, mediante el termo-cauterio, pulverizaciones antitépticas etc.

En 1890, cuando con la tuberculina, surgió la esperanza de la curación de la tuberculosis pulmonar, se combinió el empleo de la tuberculina con el de la pneumotomía, y adquirió Hahn, Sonnemburg y otros, nuevo vigor el tratamiento quirúrgico de las cavernas tuberculosas. La abertura de estas, tenía por objeto eliminar las masas necrosadas de tejido, á la vez que los productos secundarios de supuración. Al abandonarse el empleo de la tuberculina, volvió á decaer el tratamiento operatorio de las cavidades pulmonares tuberculosas. La técnica operatoria es muy sencilla. Generalmente basta una incisión á lo largo del primer espacio intercostal, cuya anchura es suficiente, para poder atacar las cavernas del vértice, y Hahn, Sonnemburg y Boirier y Jorresco, mediante ensayos en veinte sujetos, han tratado de regular la abertura de estas cavernas del vértice. Los dos últimos autores, llevados sin duda, de un entusiasmo prematuro, quisieron de terminar, su complicado procedimiento,

para abrir las cavernas que la auscultación señala en la parte posterior del torax al nivel de la fosa supraespinosa.

La idea de que la rigidez costal era un obstáculo a la curación de las cavidades del vértice, hizo nacer otra operación, la toracoplastia, que modificando, mediante la resección de una o más costillas, la pared del torax, inmediata a la caverna, favorecía el adelgazamiento de las paredes de esta, y por tanto su cicatrización. Aunque en los 3 casos en que fue empleada (obs. 2, 10, 50) los resultados no fueron del todo malos (dos curaciones una de ellas temporal, y un muerto), este número es muy escaso, para permitir una conclusión definitiva. La coaptación de las paredes cavitarias, ha tratado de provocarla Stuart Biday, (1) con intervención operatoria, comprimiendo el pulmón mediante el diafragma, para lo cual, después de una operación forrada, aprieta toda la base del torax, del lado correspondiente a la lesión, por medio de tiras de diapirilon. Pero

(1). Citado por Buffier. Etir du poumon, pag. 43.

esta compresión a distancia, es muy insegura, muy difícil de mantener, muy molesta para el enfermo y se halla además en contradicción, con los resultados del tratamiento higiénico de la tuberculosis pulmonar.

Solo como recuerdo, mencionaremos, los ensayos de Forlanini, (1) quien refiere haber curado algunos casos de tuberculosis pulmonar avanzada, provocada artificialmente un pneumotorax con nitrógeno. Estos ensayos no tuvieron al parecer, resonancia alguna.

Muy recientemente, en 1901, Sarfert, ha propuesto un tratamiento más radical de las cavernas tuberculosas del vértice, visto que la pneumotomía seguida de desinfección y desagüe es insuficiente, y que la resección de la caverna es peligrosa y poco factible. Huidando de los numerosos autopsias, ha reconocido, que en la tuberculosis crónica del pulmón, siempre hay adherencias, des-

(1). Forlanini. Comunic. al 6.º Cong. de Med. int. Roma 1895. *Gazzeta medica di Torino* 1895 - n.º 44 pag. 852.

de el vértice, hasta la cuarta o quinta costilla, y en armonía con esto, conviene reseccionar extensamente la tercera costilla, desde el esterno, hasta la axila, y por esta brecha, enucleas todo el vértice del pulmón, haciéndolo de este modo una pneumotomía extrapleural. La mujer así operada por Sarsfert, mejoró con la operación, (ob. 1.º) pero falleció a las pocas meses, por una pulmonía lobular, según el operador. Aun sin estar suficientemente experimentado, este procedimiento, parece desde luego, poco aceptable. Carece de la sencillez de la pneumotomía, y no tiene en cambio el radicalismo de las verdaderas pneumectomías, practicadas según veremos en la sección siguiente por Buffier Lawson y otros. La existencia de extensas adherencias pleurales, base del tratamiento, aunque frecuente, no es constante; además, estas adherencias, por el hecho de serlo, indican que el proceso inflamatorio, continúa al nivel de ellas, o más abajo todavía, y como la estirpación pulmonar, ha de hacerse por

cercina de los puntos adheridos, siempre resultará una operación incompleta, desde el momento que por debajo de la sección, quedan partes enfermas, no extirpadas.

He aquí reunidos, los resultados de los diversos métodos operatorios, sin que el examen del siguiente cuadro, permita apreciar diferencias notables, en favor de uno ó de otros. Únicamente el rayado de la cavidad, empleado en tres casos (obs. 17.29.39) pareció dar algun mejor resultado, pero en uno de ellos, es dudoso que se tratase de una caverna tuberculosa, y en otro, no hubo observación post-operatoria).

		Curados	Abandonados	Estado igual	Muertos
Pneumotomía	Simple	6	2	1	12
	Seguida de				
	Rayado suave	2	"	"	"
	Inyec. de tuberculina	1	1	2	1
	Antisépticos ó causticos	2	4	"	1
Punción		"	2	"	1
Thoracoplastia		2	"	"	1
Operación extra-pleural de Sarfert.		"	1	"	"
Operación ignorada ó suspendida		2	1	1	2

En la mayoría de los casos existían adherencias pleurales espontáneas. En 6 enfermos no las había, y de estos en dos se empleó la sutura y en uno las aplicaciones de pasta de cloruro de cinc. En las 3 observaciones restantes sobrevino un pneumotorax, total en un caso y parcial en dos, pero sin que en ninguno de los tres ocasionara accidentes graves.

Como resultados operativos de los 93 casos aquí reunidos, se mencionan 16 curaciones, 14 alivios, 15 estados estacionarios y 19 muertes. Peores todavía son los datos ofrecidos por las estadísticas de True, Foubert, Lopez, Schbalbe, Poirier y Jonnesco etc.

La observación post-operativa en los casos considerados como curaciones fué:

Nº de la observación	Tiempo de observación post-operativa	Resultado
2	1 año	Recaida. 2ª operación. Muerte a los 28 días. Hidopnea: una cavema en el vértice derecho. Todavía no estaba curado por completo.
7	15 días	

Nº de la observación	Tiempo de observación post-operatoria	Resultado.
22	2 años	Muerte por tuberculosis generalizada
29	4 años	Se mantenía la curación
35	2 años	Recaída con nuevos accidentes pulmonares
36	4 años	Muerte por tuberculosis peritoneal
38	19 meses	Continuaba en muy mediocre estado. Venia a clenas una osteomielitis tuberculosa tibial
39	1 año	Seguia bien
45	2 años	Se mantenía la curación
49	Algunos meses	Quedaba algo de submacer en el vértice derecho
50	7 meses	El lado operado seguia bien. El vértice derecho no operado, curó también

Cinco enfermos no fueron objeto de observación ulterior. No fueron mas beneficiosos los efectos de la operación en ocho enfermos aliviados, cuya observación se prolonga por algun tiempo despues de ser operados.

Nº de la observación	Duración de la enfermedad	Localidad
1	1 mes	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando
2	4 meses	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero persistían signos de teleangiectasia de los pulmones
3	3 meses	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa
4	3 meses	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa
5	2 años	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa
6	2 años	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa
7	2 años	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa
8	2 años	Muerte por tisis pulmonar, los síntomas pulmonares seguían aminorando, pero la tisis pulmonar no es dudosa

Las causas de la muerte en 17 enfermos fueron las siguientes:

Nº de la observación	Duración de la enfermedad	Causa de la muerte	Autopsia y observación
1	15 días	Debida a la abscesión pulmonar	tuberculosis bilateral
6	3 días	?	La infección abió, suppurativa y limitada - tuberculosis miliar - Gran superficial
8	2 años	?	En este caso, abióta comunicaba concha y con tuberculosis del otro vértice.

Nº de la observación	Duration postoperatoria	Causa de la muerte	Autopsia y observaciones
9	Mes y medio	Tuberculosis miliar aguda y generalizada	"
10	14 días	?	No se hizo autopsia
17	24 horas	?	Era morfínomano. La cav. adhiere al pericardio
16	3 meses	?	Se había desaguado una caverna purulenta de paredes lisas.
21	algunos días	Hemoptisis	"
24	un mes	Agotamiento	Tuberc. del vértice dno. Cav. no abierta en la base
25	3 meses	Bronquitis y tuberculosis pulmonar	Tuberc. diseminada en todo el pulmón dno Absceso frío comunicante con una cav. pulmonar. Pulmón derecho destruido. Heno de tuberculas
26	un mes	?	Cav. no abierta en la base. Tub. en el otro pulmón
34	14 días	Súbita	Cav. en la base. Tub. en los dos vértices
41	un mes	Colapso	"
42	7 días	?	No se hizo autopsia
43	3 días	Hemorragia	No se hizo autopsia
44	24 días	Caquexia	No se hizo autopsia
48	7 semanas	?	"

Todos estos hechos demuestran la casi absoluta inejecacia del Tratamiento quirúrgico en las cavernas pulmonares tuberculosas. Las curaciones, excepto en muy contados casos, no fueron definitivas, y otro tanto podria decirse de las mejoras, en su mayor parte fugaces y puramente sintomáticas; y aun cuando el enfermo ha salvado los riesgos de la intervención, siempre peligrosa y más encaquéticos, como soula mayoría de estos enfermos, despues de un ligero alivio, en los casos favorables, ocasionado por la abertura y drenaje de la cavidad, la afeción tuberculosa continua su marcha, y el enfermo sucumbe en un espacio de tiempo, quires no mas largo que si no se le hubiera operado. Venmos pues que la mayor parte de las curaciones como ponetud a las pom pesadamente llamadas curaciones operatorias, como si toda la esperanza del enfermo al decidirse a la operacion y el objeto del cirujano al intervenir, se redujeran a sacar ileso al primero del Traumatismo operatorio, sin preocuparse de la eu-

enfermedad principal que motivó la operación. Quizá en los resultados operatorios tenga alguna influencia la forma sistemática de la enfermedad, los datos de herencia, el tratamiento preoperatorio etc. pero en muchas observaciones faltan estos detalles, y en las que se consignan, no parecen guardar relación con los resultados. En cambio es digno de notar el hecho de que dos de los enfermos curados, tenían lesiones bilaterales, y no obstante haber sido operados en un solo lado, la curación se mantuvo (obs 45 y 50) lo cual, hace sospechar que estos enfermos hubieran curado también sin la operación, pues sabido es, que la tuberculosis es curable en todos sus periodos, incluso el cavitario, como lo demuestran los resultados de algunas autopsias, en individuos viejos, muertos de otra enfermedad.

El poco éxito del tratamiento operatorio en las cavernas pulmonares tuberculosas, depende de varias

circunstancias inherentes a la misma enfermedad. La caverna tuberculosa constituye por lo común una lesión avanzada, en cierto modo terminal de la tuberculosis, por lo cual, rara vez son únicas, y al lado de la caverna constituida, suelen existir otras en estado de evolución, por cuya pared, el proceso tuberculoso continúa invadiendo el pulmón, al que infiltra en una extensión variable. Además, en estos períodos avanzados del mal, es muy raro, que las lesiones permanezcan circunscritas a un solo pulmón, y casi siempre en el lado al parecer sano, existe un principio de infección más o menos extendida según demuestran los signos objetivos o los resultados de la autopsia. Debenarse además, que la frecuente localización de las cavernas en el vértice facilita el escape por vías naturales, pero sin que por esto, resulten mejores los efectos del tratamiento en las escavaciones tuberculosas, poco comunes de la base, y que la

actuación sobre un tejido infiltrado de tubérculos no deja de ser peligrosa, dada la naturaleza infecciosa de la enfermedad, fácilmente propagable en un tejido tan vascular como el del pulmón.

Las indicaciones operatorias han ido restringiéndose en vista de este conjunto de condiciones desfavorables y los más ardientes partidarios del tratamiento quirúrgico han llegado a declarar que son muy raros los casos susceptibles de ser operados, reconociéndose por la mayor parte de los cirujanos, como tales, aquellos, en que la cavema, representa esencialmente toda la enfermedad, permaneciendo la tuberculosis localizada a su alrededor, sin infiltrar apenas el pulmón. En estos casos, cuando los demás procesos tuberculosos pulmonares están curados o estacionarios, substituyendo solamente la cavidad como única lesión cuyos productos infectan el organismo, es cuando la abertura y tratamiento

to conuentivo, puede prestar ^{algun} servicio, pero sin hacerse ilusiones respecto al resultado, que casi siempre no será mas que paliativo. En opinion de Sonnemburg, para que la operacion esté justificada, es preciso ademas que la lesion se halle en vias de evolucion progresiva, aunque lenta; aquellos sujetos en quienes el proceso tuberculoso se detiene permaneciendo la caverna en estado estacionario y susceptible de sanguijamiento, no deben requerir estos cirujanos operarse. La seleccion de los casos operables constituye, por lo tanto un problema de apreciacion muy delicada en cada caso particular, y solo excepcionalmente, podra encontrarse alguno que reuna las condiciones exigidas para intervenir.

No es extraño, en vista de todo lo expuesto, que el entusiasmo operatorio haya ido decayendo poco a poco hasta el punto de estar, poro menos, que abandonado en la actualidad, el tratamiento quirurgico de las

esernas Tuberculosas del pulmón.

Observaciones de cavernas Tuberculosas "del pulmón tratadas quirúrgicamente.

Cuadro IV.

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado.
1	Mugagnour	Muerte	8	De Cevenville	Muerte
2	Dier	Curacion	9	De Cevenville	Muerte
3	Ddigny. (2)	Curacion	10	De Cevenville	Muerte
4	Drichekan	Mejoria	11	Delageniere	Curacion
5	Drichekan	Mejoria	12	Denison	Mejoria
6	Dull	Muerte	13	Dojen	Muerte
7	Caselli	Curacion	14	Isquerdo*	Muerte

(1). En algunas de estas observaciones, por la escasez de detalles con que son relatadas (ob. 11) ó por la especial descripción del caso (ob. 17, 19) parece dudoso se tratase de verdaderas cavernas tuberculosas. Notese que en todos estos casos dudosos, se obtuvo la curacion.

(2). Solo como curiosidad, incluimos esta observacion relatada por Drichekan y por Truc, referente á un túbulo cavernoso, que durante mucho tiempo, fué herido en el pecho. Tuvo una considerable cantidad de pus, pero segun dichos autores,

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
15	Somers	Muerte	25	Salomoni	Curacion
16	Fränkel	Muerte	26	Salomoni	Curacion
17	Freire	Curacion	27	Salomoni	Mejoria
18	Hehn	Mejoria	28	Salomoni	Curacion
19	Hastings y Stokes	Mejoria	29	Sapiejko	Curacion
20	Karewski	Curacion	40	Sarfert	Mejoria
21	Kreche	Muerte	41	Sommerfeld	Muerte
22	Kurz	Curacion	42	Serany y Vicent	Muerte
23	Malbot	Mejoria	43	Shurly	Muerte
24	Michaux	Muerte	44	Shurly	Muerte
25	Michaux	Muerte	45	Donnenburg	Curacion
26	Moffet	Muerte	46	Donnenburg	Estado igual
27	Mollire	Mejoria	47	Donnenburg	Estado igual
28	Neve	Mejoria	48	Donnenburg	Muerte
29	Poirier	Curacion	49	Spencer Wells	Curacion
30	Quincke	Estado igual	50	Spengler	Curacion
31	Ribera	Estado igual	51	Walsham	Mejoria
32	Roux	Mejoria	52	Williams	Mejoria
33	Roux	Mejoria	53	Voje	Curacion
34	Saehler	Muerte	"	"	"

- Bibliografía, relativa a las observaciones precedentes.
- Delageniere Statistique de l'opération pratique au thorax dans l'année. 1901. Arch. prov. de chir. 1902, n.º 4. pag. 232.
- Doyen Chir du p.oumon. Congres. de chir. 1895, pag 105
- Iguerdo Anuario de med. y cir. 1896. 2.º semestre
- S. Breire Siglo médico. Junio de 1899.
- Karenski De la chir du p.oumon et de la pleure. Rev. de chir. 1898 n.º 10 pag 976.
- Malbot Chir du p.oumon dans les cas. Tuberculeux et. etrd. prov. de chir 1899 n.º 1 pag 53
- Michaux Del'intervention chirurgicale, dans les petites cavernes de la base du p.oumon. Congres de chir. 1895. pag. 94 a' 97
- Reclus Congres. de chir. 1895. pag. 47, 48, 60, 61.
- Ribera De algunas afecciones pleuro-pulmonares, y de las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Rev. de med. y cir. pract. 1898. T. XL, III pag 323, 361.
- Salomoni Contrib. a la chir pulmonaire. XIII. Congr. Italien de chir. Turin 1898. Rev. de chir 1899 n.º 2 pag. 508.
- Sapiejko Contrib. a l'etude de la chir. pulm. etc. Revue de chir 1899 n.º 7 pag. 28.

- Sarfert -- Rev. de chir. 1901. n.º 11. pag. 602.
Sonnemburg. Trat. quir. de las enferms. del pulmón y bronquios. En
el Tratado de terap. de Reuoldt & Stürzing, t. III pag.
509.
Truc. Essai sur la chir. du poulmon. Lyon 1885. pag. 71 a 92
Buffier. Chir. du poulmon. Paris 1897. pag. 45 a 60.
-

VII.

Nódulos ó infiltraciones tuberculosas.

La extirpacion de las masas pulmonares tuberculosas es de fecha más reciente que la abertura de las cavernas, y sus observaciones, no son ni con mucho, tan numerosas como las de estas.

Incididas, las cavidades pulmonares, demuestran la tolerancia de este órgano para los traumatismos operatorios y contando además con el apoyo que á la clínica praxiana dan las pneumectomías practicadas experimentalmente en los animales, por Gluck. Sch-

mielt, Meunier y otros, era lógico que se intentase incisionar las porciones tuberculosas del pulmón. "De la incisión a la extirpación, no habia mas que un paso, pero el paso costó la vida a muchos hombres" (König).

Las observaciones publicadas son pocas, pero bastan para juzgar de la eficacia y porvenir de este tratamiento. Son las siguientes:

Hock, en una sola sesion, extirpó en una senora de su clientela, ambos vertices pulmonares. La enferma se curó casi en el acto, y el operador, acusado de haber actuado sobre organos sanos, fué sometido a proceso judicial y la desesperación le condujo al suicidio.

Ruggi operó en 1889 dos tuberculosos. En el primer caso, se trataba de un hombre debilitado, con lesiones tuberculosas avanzadas del vertice izquierdo. Necesada la segunda y tercera costillas, fué separada en parte la porcion afectada y rayado el resto, se dejaron doce puntos en la herida. Murió al noveno dia, por intoxicacion febril.

cada. En el segundo caso, el enfermo, presentaba una tuberculosis limitada al vértice derecho. Fue imposible separar el pulmón de la pleura parietal y hubo de abandonarse la operación. Murió al cabo de treinta y seis horas.

Kronlein cita otros dos hechos de pneumectomía en los tuberculosos. El primer enfermo, murió al cabo de nueve días, el otro a las pocas horas.

Diondi practicó la pneumectomía en otro tuberculoso. El enfermo murió

A Hiffier corresponde el primer éxito, obtenido en un joven de 19 años, afecto de tuberculosis adquirida limitada al vértice derecho. Practicó una incisión a lo largo del segundo espacio intercostal, empezando a dos centímetros del esternón. Incididos y separados el pectoral mayor y los intercostales, apareció la pleura parietal que fué laboriosamente desmenuada. Pasando después el dedo por detrás del vértice pulmonar, así el órgano

con una quivra y lo condujo hacia afuera, desgarra-
do la pleura parietal que quedó así formado una espe-
cie de anillo ó corbata alrededor del pulmón. Practicó
una ligadura en cada una á dos centímetros de distancia
de la porción infiltrada y fijó en seguida el pedículo
del pericardio de la cara interna de la segunda costilla.
Sutura en planos, de las capas musculares, el operado,
curó y Ruffier, cuatro años después, lo presentó curado
al Congreso de cirugía de 1895.

Lanson, realizó igualmente dos años después, el vértice
derecho de un sujeto tuberculoso. Incisión á lo largo de
la segunda costilla y resección de esta. Punción de la
serosa en la que se hace penetrar aire esterilizado pa-
ra provocar el colapso del pulmón. Abertura de la
pleura y desmenuamiento de las adherencias, ha-
ciendo salir por la herida el vértice pulmonar. Se le
atravesó con dos agujas y se resecó la parte enferma,
cuyo volumen era como la mitad de un puño. El pul-

non es vuelto a la cavidad Torácica y la herida, se su-
tura sin desagüe. Cuatro semanas despues tuvo que
a'incindir para dar salida a'un hemojitorax circunscrito.
Pues despues, aun subsistia una fistula, por la que
salian varios gramos de pus al dia.

En el Congreso de cirugía de 1893, refiere Doyen, haber es-
tirpado en un niño de diez años despues de resección cos-
tal por Tuberculosis, una cierta extensión de un lóbulo
pulmonar. Despues de dos años, este niño está curado
y no presenta ninguna otra lesión tuberculosa.

Seis fracasos conparados y tres curaciones, es lo que dá
de sí la pneumectomia de la tuberculosis pulmonar.
De las curaciones, solo la obtenida por Fuffier, consti-
tuye por lo completa y sostenida, un éxito brillante e in-
discutible, segun demostro' la observación ulterior del
enfermo. El de Lawson, todavia conservaba al cabo de
varios meses un trayecto fistuloso, que fué consecu-
tivamente observado, y en cuanto al niño operado

por Doyen, no puede realmente considerarse como enfermo de tuberculosis pulmonar, en el sentido en que aquí se da a esta palabra; más bien parece tratarse, de una tuberculosis costal, propagada secundariamente por contigüidad al pulmón.

Respecto a los fracasos, quizá no se trate solamente de los aquí mencionados. Parece en efecto muy probable, que el señalado triunfo de Puffier, haya tenido algunos imitadores, y es desde luego seguro, que de haberse repetido estas tentativas, el éxito no las ha acompañado, ya que de ser así, se hubieran apresurado sus autores a publicarlas.

Veró aún dijábase aparte los resultados prácticos, existen poderosas razones teóricas, contrarias al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Es una de ellas la curabilidad de la enfermedad, espontáneamente, o con el auxilio de los medios internos, y sobre todo higiénicos; curabilidad de mas.

trada por Howard y otros muchos, en numerosas autopsias, y que segun Liebermeister, que se eleva, concurriendo circunstancias abonadas, a más de la mitad de los casos. Precisamente en esta curabilidad espontánea, tanto más probable, cuanto más limitado es el foco, menor carácter hereditario, tiene la enfermedad etc. se funda el principal argumento que se ha opuesto, a la pneumotomía por tuberculosis pulmonar, aun en casos de tan favorable resultado como el de Buffier, y a que estos casos, de foco adquirido, circunscrito y único, en los que mas especialmente indicada estaria la operación, son lo que mejor pueden curar sin ella.

Como se ve, la medicina & higiene y la cirugía, marchan paralelas, respecto a las indicaciones del tratamiento en la Tuberculosis del pulmón, solo que, mientras las primeras curan, en condiciones abonadas, más de la mitad de los casos, siempre alguna,

y con el maximum de beneficios para el enfermo, la cirugía solo lo consigue en contadas ocasiones, y a costa de los numerosos riesgos de una operación de tanta importancia como es la pneumectomia; y aun comparando una curación con otra, parece preferible la obtenida con el tratamiento higiénico, a la realizada con el quirúrgico, porque aquella, significa por lo general, robustecimiento del individuo, y vencimiento de este, en la lucha con el microbio causante del mal; en tanto que las curaciones quirúrgicas, no representan más que la separación brusca de la causa viva, como si esta lo fuera todo y el individuo no significara nada, dejando al organismo en un estado de receptibilidad igual o mayor que antes, y expuesto a las contingencias de una nueva infección, lo más de temer, si se considera la extraordinaria deficiencia del bacilo y la influencia que en ello tiene la predisposición individual.

Otro obstáculo al tratamiento quirúrgico, estaba en la

Difusión primitiva de las lesiones, pues según enseña la clínica, el nódulo tuberculoso, rara vez, se presenta aislado, y solo es diagnosticable, cuando ha experimentado cierta difusión, y aun entonces, se tropieza con la dificultad de precisar sus límites exactos, cosa que ni la auscultación, ni la percusión, ni aun la misma radiografía, pueden conseguir en muchas ocasiones.

Algunos cirujanos batidos ya en retirada, han aconsejado la intervención, solo en aquellos casos de lesión hasta entonces circunscrita y limitada que en un momento dado, manifiesta tendencia invasora y progresiva; pero ni aun así resulta aplicable el tratamiento operatorio. En su primer lugar, muy difícil, comprobar objetivamente el principio de esta tendencia invasora, además, la propagación del proceso tuberculoso, sería indicio en la mayoría de los casos, de decadencia orgánica, y esta, no se remediaría seguramente con la operación.

Mencionaremos finalmente el significativo hecho, de que, desde 1891, en que Buffier obtuvo su señalado triunfo, no ha vuelto a practicar, que sepamos, otra operacion de esta indole, y eso que, seguramente, no habra dejado de presentarse casos de "nucleo tuberculoso, reconocido, unico y unilateral, sin indicios de otra localizacion del mal," cuyas condiciones, son las que él considera indicantes en la pneumectomia.

VIII.

Tumores.

En el pulmon, pueden desarrollarse, de un modo primitivo o secundario, diversas neoplasias, benignas como el fibroma y lipoma, o malignas como el sarcoma y el cancer. Los tumores malignos de desarrollo secundario son los más frecuentes, y pueden adoptar en su origen, dos modos de formacion; por embolia metastásica, procedente de un tumor lejano o por, propa-

gación directa del tejido pulmonar, de una neoplasia existente en un órgano contiguo; p. ej. del tórax, mama.

El diagnóstico de los tumores pulmonares, es difícilísimo, sobre todo al principio, durante el cual, pueden evolucionar en cierto modo latentes. En períodos más avanzados podrán utilizarse para el diagnóstico los caracteres del esputo, mucoso, sanguinolento, de aspecto semejante a la jalea de frambuesas, con células neoplásicas y esférulas constituidas por granulaciones grasosas en caso de cáncer; la aparición de una noda de condensación pulmonar, cuya situación, forma y extensión es muchas veces peculiar, cuyos signos de compresión o de irritación o parálisis de ciertos nervios (recurrente y vago); disnea, tos y otros síntomas respiratorios indefinidos; pero ninguno de estos signos es bastante a establecer con certeza el diagnóstico, pues como dice Stokes, no hay sintoma alguno propio de los tumores pulmonares. La punción exploradora

podrá ser útil en algunos casos de tumor ulcerado, permitiéndolo comprobando el líquido extraído, la presencia de células neoplásicas, glóbulos de granulaciones grasas, etc. La punción puede también poner de manifiesto, la existencia de un derrame plural hemorrágico, indicador casi siempre de tuberculosis o de cáncer.

El tratamiento médico es solamente sintomático.

El tratamiento quirúrgico, se ha efectuado pocas veces, y siempre en tumores secundarios. No se conoce caso alguno en que se haya practicado con deliberado intento, la extirpación de una neoplasia primitiva del pulmón. En las once observaciones aquí reunidas, se trataba de tumores de la pared torácica, contra los cuales iba dirigida la operación, pero encontrándose invadido el tejido pulmonar, el operador se vio precisado a continuar la extirpación, separando la parte del pulmón invadida. Se ha tratado por lo tanto, de verdaderas pneumectomías, por sorpresa, con las cua-

les no contaba probablemente el cirujano al emprender la operación.

Después de separar la parte de pared torácica afectada, comprendiendo en ella las costillas invadidas por la neoplasia, la extirpación de la zona del pulmón interesada, se ha efectuado de distintos modos: con el galvano-cauterio (ob. de Peau), mediante la ligadura (ob. de Müller, Park, Weinlechner); por medio de las pinzas dejadas permanentemente (ob. de Wallas), o con el bisturí.

El peligro de la operación está en el pneumotorax, casi siempre total y ocasionado por tener que incidir en tejido sano, fuera del límite de las adherencias. Esta complicación, produjo la muerte al operado de Köning, y determinó accidentes graves, aun en casos felices, como los de Hönlein y Müller. Peau evitó el pneumotorax en su operado practicando una sutura pleural alrededor de la región enferma. Wallas, opina, que su procedimiento de las pinzas permanentes, evita el pneumo-

Porax con más seguridad que la sutura, la cual expone al desarrollo del pulmón; pero tiene ese método el inconveniente, reconocido por el mismo Vallas, de impedir reunión por primera intención. Ruffier, Hallion y Quenu, han tratado de combatir experimentalmente el pneumotorax, mediante la respiración por presión, más estos ensayos no han sido todavía aplicados a la clínica. Si el pulmón se ha colapsado, lo mejor como hizo Müller y aconseja Ruffier, es atraerlo y fijarlo a los labios de la herida.

Aunque las operaciones practicadas en las neoplasias pulmonares, pueden considerarse asepticas, la de la pleura es posible. El enfermo de Weinlechner se curó por pleuresia purulenta.

La sutura de la herida pulmonar debe ser perfecta, para evitar el peligro de un pneumotorax por causa interna, como ocurrió en el enfermo de König, en el cual quedó la herida del pulmón sin suturar.

Los resultados operatorios en las once observaciones aquí mencionadas, han sido, seis curaciones y cinco muertes. En los siete casos reunidos en la monografía de Buffier, se obtuvieron cuatro curaciones y tres muertes.

De los 11 enfermos, en 8 se trataba de sarcoma o de alguna de sus variedades; en dos de cáncer genoto, el de Peau, parecía tratarse de una neoplasia benigna. Excepto este último, en el punto de partida del tumor, se hallaba al parecer en el pulmón mismo, en todos los demás casos, el neoplasma, se había desarrollado secundariamente en el pulmón, ya propagándose en la pared torácica o siendo de origen metastásico. El enfermo de Park que era de esta clase, sucumbió al siguiente de la operación y la autopsia demostró, núcleos sarcomatosos múltiples en los pulmones.

Las curaciones, no siempre han sido definitivas, de los 6 enfermos curados, dos murieron, en el espacio de cuatro meses (ob. 1) o de siete años (ob. 4), este último

por generalización de las lesiones y después de sufrir en este tiempo tres operaciones, motivadas por recidiva del tumor. El enfermo de Sedillot, no fue seguido después de la operación y en el de Vallas, se publicó el caso, antes de curarse por completo la herida operatoria. Solo en dos, se mantuvo la curación un año (ob. 7), cuatro y medio (ob. 5), pero en este último, hubo que practicar a los dos años una nueva extirpación del tumor recidivado.

He aquí las causas de la terminación mortal en algunos casos.

Nº de la observación	Duración post operatoria	Causa de la muerte	Autopsia
2	?	?	?
3	Algunas horas	Pneumotorax	El aire penetra por los bronquios seccionados y nucleas sarcomatosa en ambos pulmones. Derrame pleural
6	1 día	?	Pleuritis purulenta
10	24 horas	Colapso	?
11	?	Colapso	?

Los resultados de la pneumectomía en las neoplasias

pulmonares, son como se ve, poco satisfactorias. No ha habido ninguna curación comprobadamente definitiva. Los dos enfermos observados varios años después de la operación, el tumor se reprodujo. Lo único que puede admitirse, es que se haya prolongado la vida a estas enfermas, pero para obtener este ligero beneficio, no parece aceptable exponer al paciente a los riesgos de una operación, cuya mortalidad inmediata se acerca al 50 por ciento. Quirúrgicamente los casos de nódulo canceroso ó sarcomatoso, único y circunscrito, pero los medios del diagnóstico actuales, no permiten afirmar la existencia y localización de estos nódulos, en su principio, único caso en que estaría justificada la intervención; y más adelante, cuando el diagnóstico puede hacerse con algunas probabilidades de exactitud, el tumor es ya voluminoso, difuso y a veces múltiple y entonces la operación resulta inútil y peligrosa.

El tratamiento de las neoplasias malignas del pulmón, se escapa a las leyes generales del tratamiento quirúrgico de esta clase de tumores. El principio y concepción general, no intervenir en los tumores epiteliales de las paredes muy extensas o recidivos, como motivo de cura el cirujano abstiene, si el tumor se localiza en el pulmón, ya que la importancia del órgano en su situación profunda, su movilidad constante, su estructura eminentemente vascular, y sus circunstancias que dificultan la intervención quirúrgica, las recidivas.

Observaciones de tumores pulmonares, tratados por la pneumotomía

Cuadro VII.

Nº	Operador	Resultado	Nº	Operador	Resultado
1	Antonij Wilton	Curación	4	Kraulein	Curación
2	Ismael	elencito	5	Spiller	Curación
3	Adams	elencito	6	Clark	elencito

n.º	Operador	Resultado	n.º	Operador	Resultado
7	Pean	Curacion	10	Weinlechner	Muerte
8	Sedillot	Curacion	11	Williams	Muerte
9	Vallas	Curacion	"	"	"

Las observaciones precedentes, se encuentran descritas en los siguientes trabajos:

- Barie. *Trat. quir del cancer pulmonar. Incl trat. de terap. aplicada de Nobin. Tomo III pag. 469.*
- Esquerdo *Anuario de med y cir. 1896. 2º semestre*
- Pean *Chir du poumon. Congr. de chir. 1893 pag. 77*
- Reclus *Chir du poumon. Congr. de chir 1895 pag. 43 a 47.*
- Richerolle *Chir. du poumon. These de Paris 1892. pag. 69 a 72*
- Terrier *Chir de la pleure et du poumon. Paris 1897 pag. 84 a 88*
- Buffier *Chir. du poumon: pag. 29 a 27.*
- Bone *Essai sur la chir du poumon. Lyon 1885. pag. 21, 32*
- Vallas *Sarcome de la paroi thoracique, avec envahis, pleuro-pulmonaire. Societe de chir. de Lyon. Med. de chir. n.º 177 pag. 111 y 558.*

Apéndice - Solo como recuerdo, mencionaremos las tentativas de Simpson, para tratar las apoplejias pulmonares. Este autor, publicó en 1840 la relación de cuatro casos de hemorragia, complicadas con edema y congestión intensa. Los síntomas eran tan amenazadores, que no daban esperanza de salvación para el enfermo. Mediante una aguja aspiradora un poco gruesa, practicó bruscamente y sin tiempo de espera, punciones en el sitio enfermo. La cantidad de sangre extraída varió según los casos, llegando en uno de ellos a 400 gramos. En otro, el edema era tal, que solo se obtuvo por la punción un líquido seroso. La disnea se alivió momentáneamente pero los cuatro enfermos sucumbieron a pesar de la intervención.

Más recientemente, en 1900, ha referido Macartie. Por varios casos de pneumonia crónica, en las que se obtuvo la resolución, mediante la punción exploradora y Clair Hell, citó otro caso en que

por el mismo medio obtuvo igual resultado. Quiera en estos casos, la punción obre en el tejido pulmonar del mismo modo, que la incisión con el bisturí en los tejidos inflamados. Las punciones, según los citados autores, deben practicarse con un trocar largo, para que obren como verdaderas sangrias. Solo están indicadas, cuando la hepatización no tiende a resolverse por sí misma.



III. Conclusiones.

1^a a= La cirugía pulmonar, aunque conocida de antiguo es de fecha reciente, pues su era científica, apoyada en la asepsia y antisepsia, se inaugura en el último tercio del siglo pasado.

b= La poca generalización que se advierte en la cirugía pulmonar, comparada, con la del cráneo y abdomen, depende de insuficiencia de diagnósticos y de dificultades operatorias, derivadas de la especial disposición anatómica del torax.

2^a a= Toda intervención quirúrgica en el pulmón, debe ir, en lo posible precedida, de un diagnóstico, exacto, de la existencia de la lesión, de su asiento, naturaleza, existencia o no de adherencias pleuríticas, al nivel del sitio enfermo, estado del otro pulmón y estado general del organismo.

b= Algunas lesiones existen latentes, sobre todo en los

primeros tiempos de su desarrollo; en otros casos, la falsedad de los signos físicos y funcionales, puede hacer creer en una lesión que no existe.

C.- Ciertas afecciones pulmonares, pueden confundirse, con otras, existentes en el hígado, mediastino, pleura etc. No obstante los numerosos datos, mencionados como distintivos, entre unas y otras, no siempre pueden resolverse las dudas.

D.- El diagnóstico de la localización ó asiento del punto enfermo, es el más necesario bajo el punto de vista quirúrgico. Para establecerlo, hay que valerse de los signos físicos, porque los funcionales, son comunes á las diversas localizaciones. Los pocos superficiales y de regular tamaño, se diagnostican con facilidad, mediante la percusión y auscultación etc. En otros casos, la profundidad de la lesión, su pequeñez, las condensaciones pulmonares que pueden rodearla, y otra porción de circunstancias, dificultan ó imposibilitan el diagnóstico. La auscultación, localizada por lo

común los focos, un poco más bajo, de donde existen.

e. Para conocer la naturaleza del padecimiento, se cuenta, el ariente del mal, datos de la herencia, de la enfermedad, curso, hábito exterior del enfermo y sobre todo el examen macro y microscópico de los productos expectorados.

f. La punción exploradora en 190 casos, dió resultado positivo en 130 y negativo en 6. En 14 observaciones, no se menciona el resultado, 19 veces, se complicó con hemorragia, pleuresia purulenta etc. En 57 casos, las punciones fueron múltiples. Para evitar en parte sus peligros, actualmente se aconseja practicarla, en el acto de la operación.

g. La radiografía aplicada al diagnóstico de las lesiones pulmonares, es un método exploratorio más, con sus éxitos y sus fracasos. Suele dar nociones muy aproximadas de la localización de las lesiones, pero incompletas de la naturaleza de las mismas, excepto en los quistes biclatidicos, donde la linquera de los bordes de la sombra, evita por lo general toda confusión.

A. - Para el diagnóstico ^{previo} de las adherencias pleurales puede utilizarse el examen del curso clínico de la enfermedad, el hundimiento de una aguja en el parénquima pulmonar, con objeto de observar si oscila o no, y la exploración manométrica de Sapiejko. Estos métodos, que en muchos casos han sido seguidos de éxito, no ofrecen sin embargo una garantía absoluta.

B. - Debe investigarse minuciosamente el estado del otro pulmón y el estado general del organismo, con objeto de evitar los numerosos fracasos, debidos a otras lesiones pulmonares coexistentes; degeneraciones viscerales, abdominales, caquexia etc.

3^a a. - Para la Toracotomía exploradora, existen en la actualidad tres procedimientos; el de Tuffier, el de Dary y el de Delageniere

b. - El desprendimiento pleural de Tuffier bien practicado, evita los peligros del pneumotorax e infección pleural, pero es lento, laborioso, expone al órgano

de la pleura y los datos mediante el obtenido, son a veces vagos o nulos. Puede emplearse cuando la operación no es urgente, ó se sospecha una lesión superficial.

C.- La exploración digital de Parry, es rápida y sencilla. Bien hecha no expone al pneumotorax. Dio resultado positivo en la mayoría de los casos en que se empleó. Está más particularmente indicada en los casos urgentes. Es quizás, por hoy, la mejor de las toracotomías exploradoras.

D. La pleurotomía exploradora de Delageniere, sería la mejor, si el pneumotorax no la hiciera peligrosa. Muchas observaciones clínicas y algunos hechos experimentales, demuestran que este accidente es grave, y todo cuando es total ó rápidamente provocado. Procedido con lentitud y prudencia, disminuyen muchos sus riesgos, pero el número de observaciones es todavía escaso, para juzgar del valor de este procedimiento, que quizás con el tiempo acabe por generalizarse.

1.^a La punción seguida ó no de inyección antiséptica

modificadora etc, como tratamiento de afecciones pulmonares, es operación ciega, que hay que practicar muchas veces al arañ, peligrosa e ineficaz. Hoy está abandonada.

B = La pneumotomía, es la más generalizada y eficaz, de las operaciones que se practican sobre el pulmón.

A = La elección de campo operatorio, debe estar indicada por un diagnóstico topográfico exacto de la lesión.

B = La incisión sencilla de las partes blandas a lo largo de un espacio intercostal, es casi siempre insuficiente. Si como por lo general ocurre, hay que resecar costillas, puede practicarse una incisión en V que suele bastar para casi todos los casos.

C = Una resección costal extensa, parece ventajosa en la mayoría de casos. Los peligros que se le han atribuido, tienen poco valor.

D = Las adherencias pleurales, presentan numerosas ventajas para operar. sirven de comprobación al diagnóstico, evita varias complicaciones pleuro-pulmonares, simplifican

y acortan la operación. Si faltan, puede buscarse, por alguno de los procedimientos de Toracotomía antes expuestos, o en las telas ó prescindir de ellas.

C.- Para crearlas, se han empleado medios lentos ó rápidos. Los primeros constituidos por sustancias imitantes ó científicas, son de acción larga y difícil á veces de limitar, dolorosos, inseguros y algunos de ellos peligrosos. Entre todos el preferible es el taponamiento.

d.- La sutura, es el método electivo. Permite operar en una sola sesión, lo cual es en ocasiones muy conveniente. La sutura primitiva bien practicada, es suficiente para proteger la pleura.

e.- Puede también prescindirse de las adherencias, é incidir la serosa, confiando en la adhesión molecular de la capa húmeda de sus dos hojas, ó abrirla lentamente en la espiración; ó incidirla, sujetando en seguida el pulmón con pinzas, ó teniéndolo previamente sostenido por hilos etc. Pero todos estos medios, resultan inferiores

a los procedimientos de formación de adherencias. En 12 casos de adherencias provocadas, solo en 7, sobrevinieron complicaciones pleurales; 3 de ellas seguidas de muerte. De 25 observaciones, en que se presenció de la adherencias, hubo complicaciones pleuríticas en 26, de las cuales 11 terminaron mortalmente.

f. Llegados al pulmón, si el foco no apareciera a la vista, puede investigarse su existencia, mediante una punción exploradora o incisión pulmonar, seguida de exploración digital.

g. La abertura pulmonar se verifica por lo general, con el bisturí, pudiendo ampliarse por desgarramiento con el dedo o con instrumentos romos. El Perno-cautero, no siempre evita la hemorragia, puede sin embargo indicar su empleo, la septicidad del foco, su profundidad, la congestión pulmonar coexistente o la extrema debilidad del enfermo.

h. Al abrir el foco, debe explorarse minuciosamente

z limpiarlo con cuidado. Contra sus paredes pueden emplearse diversos tópicos antiúpticos o caústicos. El raspado no es aconsejable. Los lavados deben prescribirse

i = El drenaje puede practicarse con tubos de goma flexible, o con tiras de gasa. Este último medio es más ventajoso.

6^a a = Las pneumectomias practicadas experimentalmente demuestran la posibilidad y relativa inocuidad de esta operación en los animales, pero estos resultados no han podido hasta ahora generalizarse al hombre, siendo muy contadas, las pneumectomias que hasta fecha se han practicado en este.

b. El peligro mayor de la operación es el pneumotorax. Para combatirlo o atenuarlo, se ha recurrido a la sutura, al desprendimiento pleural, a la producción localizada de emfisema, con aire esterilizado etc. Si se produce lo mejor es abrir el pulmón y fijarlo a la herida

Torácica. Buffier y Guenu, han tratado de combatirlo experimentalmente, con la intubación traqueal y respiración en aire comprimido, sin que este procedimiento se haya generalizado a la clínica.

C. La extirpación del tejido pulmonar, se ha realizado con el termo-cauterio, mediante una ligadura sin o en cada una, seguida de extirpación, y disecando la parte enferma, con pinzas que se dejan de un modo permanente etc.

d. La sutura debe ser perfecta, para evitar un pneumotorax por causa interna.

7^a - Las operaciones sobre el pulmón pueden dar lugar a las siguientes complicaciones

a. No encontrar el foco. Debe colocarse un desagüe y esperar.

b. Hemorragia. Las primitivas de la pared torácica se cortan por ligadura; las paraneumáticas por laponamiento.

Para evitar las secundarias se mantendrá el taponamiento el mayor tiempo posible.

e. El pneumotorax, cuya gravedad varía según multitud de circunstancias, puede prevenirse ó combatirse con los medios antes indicados.

d. La infección pleural puede evitarse mediante la sutura. El drenaje previo, no debe exigirse en método general y solo se practicará si se infecta la serosa.

e. La abertura occidetal del peritoneo, no tiene importancia, si se procede inmediatamente ó suturar esta serosa.

f. Del foco enfermo pueden desprenderse Trombus ó Trocos esclerificados, que emigrando por vía sanguínea, ó por las vías aéreas, originan trastornos variables, hemiplegia parajera, absceso cerebral, obstrucción laríngea etc.

g. La persistencia de una fístula, se tratará según las circunstancias; respetándola en unos casos ó procurando su desaparición en otros.

8^a a- Las bronquiectasias, son, lesiones secundarias, por lo general múltiples, de curso crónico y numerosas complicaciones y enfermedades consecutivas. El diagnóstico se funda en la cantidad, calidad y modo de expulsar los esputos, en la presencia de síntomas cavitarios, etc. La punción exploradora, resultó negativa en más de la mitad de los casos. La curación espontánea, aunque posible es del todo excepcional. El tratamiento médico suele, al cabo de algun tiempo, resultar insuficiente.

b. Las inyecciones antiépticas directas en el sitio enfermo, han fracasado.

c. La intervención quirúrgica, tropiezo con la dificultad de diagnosticar, la extensión y el número de las lesiones. La cantidad de los productos expectorados, y sobre todo su fetidez, son los principales indicadores de la operación.

d. En los resultados operativos influyen favorablemente, la juventud del enfermo, la forma anatómica circunscrita de la lesión, la existencia de adherencias pleuríticas y

La resección extensa de costillas:

e. El procedimiento operatorio preferible, es la pneumotomía, que en algunos enfermos se ha repetido dos y hasta tres veces.

La punición con un trocar grueso, es un mal método; de 8 enfermos así operados, 6 murieron. La Toracoplastia, merece ensayarse, por su inocencia y sencillez, y por los resultados obtenidos en tres enfermos.

f. Los resultados operatorios en los 89 casos reunidos en esta memoria, han sido 16 curaciones, 12 alivios, 2 estados estacionarios y 29 muertes.

g. Las curaciones y mejorías, han sido casi en su totalidad fugaces y pasajeras. De 15 enfermos, 12 habian recaído o sucumbido antes de los dos años.

h. La terminación mortal fué ocasionada en la mayoría de los casos, por síncope cloroformica, colapso, agotamiento, deudas cerebrales etc.

i. Los deplorables resultados del tratamiento quirúrgico en las bronquiectasias, son debidos, á la multiplicidad de las

lesiones a su textura anatomica, o a lo largo de la intervencion, por cuya ultima circunstancia, esta, se verifica, en individuos saquíticos, con lesiones metastásicas, extensas degeneraciones viscerales aniloideas, etc.

J- La intervencion quirúrgica, debe evitarse de estos fracasos, ser paliativa y limitarse a establecer un trayecto fistuloso que facilite el desagüe de las cavidades, cuando aparezcan síntomas septicémicos y la fetidez de los productos de expectoracion y del aliento exponga a los enfermos a complicaciones graves, además de obligarles en ocasiones a retirarse de la sociedad.

9ª a = Los abscesos pulmonares, pueden curar espontáneamente, por vaciamiento y cicatrizacion consecutiva, o por abscision total o parcial, seguida esta última, de suquistamiento en una bolsa fibrosa y calcificable, estas terminaciones no son muy frecuentes.

b = Con el tratamiento médico, se han obtenido algunas curaciones, de aqui la regla de ensayarlo siempre el primero

c = Pero si pasado algun tiempo el estado general y local no mejoran, la expectoracion no disminuye y continua la fiebre y demas sintomas septicemicos, surge la indicacion de la pneumonia.

d = La intervencion debe ser precoz; si pasado el periodo inflamatorio agudo la enfermedad no tiende, apesar del tratamiento medico a la curacion y las indicaciones estan bien establecidas, debe intervenir rapidamente.

e = El diagnostico previo a la operacion, se hizo bien en la mayoria de los casos. En 14 enfermos se cometieron errores relativos, a la localizacion del absceso, a sus dimensiones, numero etc. La mortalidad en estos casos se elevó a 78 por ciento; siendo asi que no llega a 24 por cien, en la totalidad de los casos operados.

f. La puncion es un medio operatorio, peligroso, ineficaz e insuficiente. Implico en 10 enfermos, de los cuales 5 murieron, siendo en 7 de ellos la muerte causada por la puncion misma. La pneumotomia es el procedimiento de

elección:

i = Los enfermos en quienes se reseco una o más costillas, curaron en mucho mayor número, que aquellos otros, en quienes no se hizo resección costal.

k = La falta de adherencias pleuríticas, ocasionó complicaciones por parte de esta serosa, en 6 casos, tres de ellos seguidos de muerte.

l = La operación da resultados tanto más favorables, cuanto más reciente es la enfermedad. En los casos crónicos, el tratamiento operatorio, resulta más bien paliativo que curativo.

j = En los abscesos primitivos (traumáticos y pneumónicos, la mortalidad operatoria, es el de 14,4 por ciento; que en los secundarios (metastásicos, propagados, por cuerpos extraños etc) de 19,2 por cien. Esta diferencia sería más notable, si entre los abscesos secundarios, no figurasen los propagados de lesiones hepáticas, cuyo pronóstico operatorio, es muy benigno.

k = Los resultados finales del tratamiento quirúrgico de los abscesos pulmonares, son bastante favorables. En 17 casos

se obtuvieron 82 curaciones, 16 alivios, dos estados estacionarios y 21 fallecimientos.

l. - Las curaciones han sido rápidas, completas y permanentes. Solo en contados casos, quedó una ligera distorsión de la pared torácica.

m. - Las mejorías, consistentes en persistencia de fístula o remisión de síntomas, han ocurrido por lo general en enfermos crónicos.

n. - Los fracasos han sido debidos principalmente a accidentes operatorios (hemorragia, pleuresia purulenta, etc) imperfecciones de diagnóstico (multiplicidad de lesiones, coexistencia de tuberculosis etc) o a especiales condiciones individuales desfavorables (septicemia, caquexia etc).

10^a a. - La gangrena pulmonar puede ser circunscrita y de sa. Solo la primera es operable:

b. - La curación espontánea o favorecida por el tratamiento médico es posible. A veces la curación es incompleta, La mortalidad en la gangrena pulmonar no operada es de 75 por ciento próximamente.

c.- La punción seguida de inyección modificadora, no ha proporcionado éxitos manifiestos. Es dolorosa e insegura. Solo sería aplicable en casos benignos, o en enfermos con pequeños focos múltiples, en los que la pneumotomía no estuviera indicada.

d.- La persistencia de síntomas septicémicos graves, la abundancia del exudado, la propagación de los síntomas catarrales y de condensación pulmonar, indican, si las demás condiciones no son desfavorables, la intervención operatoria.

e.- Debe practicarse precozmente, para evitar la formación de nuevos focos y el excesivo decaimiento orgánico. No debe reemplazarse en el período primario o de formación de escara.

f.- El diagnóstico preliminar a la operación fue insuficiente ó incorrecto en 28 observaciones. La mortalidad en ellas, fue de 80 por ciento, en tanto que en el conjunto de casos, es solo de 77,5 por cien. El error de más trascendencia es el relativo a la multiplicidad de focos; de 15 enfermos en quienes se cometió este error fallecieron 14. La multiplicidad de las lesiones es, como se

vi, relativamente frecuente en la gangrena pulmonar.

g. En la gangrena primaria de origen traumático o pneumoniaco, la mortalidad operatoria es solamente de 25 por ciento. En la secundaria o consecutiva a perforación esofágica, piñemia, cuerpos extraños etc. la mortalidad se eleva a 61 por cien.

h. La punción con un Trocar grueso ocasionó la muerte en las dos terceras partes de los casos en que fue empleada. Es insuficiente por no permitir la evacuación de los trozos pulmonares esfacelados y peligrosos. La pneumotomía, es el procedimiento más empleado y mejor. La esterpección con la tijera de las partes mortificadas, no merece el nombre de pneumotomía.

i. Adherencias pleurales espontáneas, existían en más de las dos terceras partes de los casos. En otros, fueron provocadas, y en algunos se prescindió de ellas. Las complicaciones pleurales, fueron más numerosas y graves en los últimos.

J- La pneumotomia va seguida en la gangrena pulmonar de frecuentes complicaciones, siendo la más común y peligrosa, la hemorragia secundaria (locas).
K- De las 134 observaciones aquí mencionadas, la operación dió, 72 curaciones, 50 fallecimientos y un resultado desconocido.

L- Las curaciones suelen ser lentas, pero completas y permanentes, como lo demuestra la observación de algunos enfermos. La persistencia de síntomas septicémicos, puede depender de la existencia de otros focos o de insuficiencia del drenaje.

M- Los alivios, han ocurrido por lo general en casos crónicos, con bronquiectasias, focos de bronco-pneumonia, etc.

N- Las causas de la terminación mortal ocurrida en el 37.3 por cien, de los casos, han sido: Diversas complicaciones, dependientes más bien de la naturaleza de la enfermedad que de la operación misma, y el ci-

tales caquéticos o septicémicos grave en que muchas enfermas se hallaban al ser operadas.

O = Se deduce de esto, que aunque la naturaleza de la enfermedad, sea un obstáculo a la intervención quirúrgica, un diagnóstico exacto y completo de localización, número de focos etc. para operar solamente los casos operables, y una intervención precoz, para actuar sobre un organismo todavía riguroso, proporciona éxitos mas numerosos que los hasta aquí obtenidos.

11.^a a = El diagnóstico de los quistes hidatídicos del pulmón, es muy difícil, sobre todo al principio. Lo circunscrito y claramente limitado, de los signos de percusión y auscultación, podrá utilizarse algunas veces para el diagnóstico. Este adquiere certeza, cuando se comprueba en los exudatos, los ganchos o membranas características. La punción exploradora, fué positiva en la mayoría de los casos, pero es peligrosa.

B. - El tratamiento médico es ineficaz. abandonado el quiste á sí mismo, mata en el 70% de los casos.

C. - Los procedimientos quirúrgicos empleados, son la punción y la pneumotomía. La punción rompe el quiste ocasiona la muerte en el 62 por ciento de los casos. Si además insuficiente por no permitir la expulsión de las hidatides hijas, membranas etc.

D. - La pneumotomía, es el método de elección. Puede ir seguida de esterpeización, pero esto que constituye el procedimiento más radical, no siempre es posible. La sutura de la bolsa, sin desazúie, dá resultados brillantes y rápidos cuando sale bien, que es en la mayoría de los casos. El desazúie es más largo y molesto, pero más seguro.

E. - Las adherencias pleurales, son la regla en los quistes supurados, pero pueden faltar en los asepticos. Los grandes quistes aumentan la presión intratorácica y dificultan la producción de un pneumo-

Torax; pero como este accidente todavia es posible, debe suturarse la herida, con lo cual, se evita ademas, la infeccion o caida de hidatidas en la pleura.

F. - En los quistes supurados la mortalidad operatoria, para de 24 por ciento, en los no supurados no llegá á 6 por cien.

G. - En 132 observaciones, la pneumotomia proporcionó 109 curaciones, 11 aliviadas y 19 muertes.

H. - Las curaciones fueron completas y definitivas.

I. - Los enfermos aliviados, eran portadores de quistes grandes supurados y probablemente antiguos.

J. - La muerte, ocurria solo en el 15 por ciento de casos, fue debida á complicaciones operatorias (colapso, síncope, erisipela, pneumotorax etc), ó al excesivo debilitamiento de algunos enfermos.

K. - La estricta localizacion del proceso, permaneciendo completamente sano, el resto del tejido pulmonar y la naturaleza del quiste, verdadero cuerpo extraño

aséptico intrapulmonar explica lo numeroso de los éxitos.

12^a a- En la actinomicosis pulmonar, la curación es pronta, es muy excepcional.

b- El tratamiento médico no cuenta con medicamentos específicos. Debe emplearse el ioduro potásico, por ser el que mejores resultados ha dado.

c- El tratamiento quirúrgico, se ha practicado pocas veces. En las 11 observaciones estudiadas por mí, los resultados fueron 4 curaciones, 2 mejorías, 4 muertes y un resultado desconocido.

d- La imposibilidad de extirpar todo lo enfermo, obligó a emplear contra las paredes del foco, un tratamiento activo, cauterización raspado etc.

e- El poco resultado del tratamiento quirúrgico es debido a lo tardío de la intervención, por ser imposible diagnosticar el mal, en su principio, único caso en que sería operable, con probabilidades de mejor éxito.

13^a a- La característica de las cavernas tuberculosas está en sus paredes, en las cuales radica la causa viva del proceso.

b- Como tratamientos operatorios, se han empleado, las inyecciones intrapulmonares, la pneumotomía, Toracoplastia etc, según el criterio de los cirujanos.

c- Las inyecciones intrapulmonares hechas con múltiples de sustancias, eran por lo general bien toleradas, pero no produjeron ningún éxito manifiesto.

d- La pneumotomía, se ha empleado, como medio de evacuación de las cavernas, o como primer tiempo, destinado a poner al descubierto las paredes cavitarias, para actuar sobre ellas. Su combinación con el uso de la tuberculina, no produjo resultados.

e- La toracoplastia, tiende a modificar, la rigidez de la pared costal, favoreciendo la unión y cicatrización de la caverna. La escasez de los casos en que se empleó, impide formar juicio definitivo de ella.

- f.- La pneumectomia extrapleurales, propuesta recientemente por ~~La~~ Larfert, parece poco aceptable.
- g.- En 53 casos el tratamiento quirúrgico produjo: 16 curaciones, 14 alivios, 11 estados estacionarios y 19 muertes.
- h.- Las curaciones y mejorías, salvo en muy contados casos, han sido pasajeras y los alivios puramente sintomáticos. Después de la operación, la tuberculosis, ha continuado su marcha, y el enfermo ha sucumbido en un espacio de tiempo quizás no mayor que si no se hubiese operado.
- i.- La afeción fundamental ó algunas complicaciones operatorias, fueron las causas de la muerte, en los casos así terminados.
- j.- En la actualidad se considera la pneumotomía únicamente indicada, en los casos de caverna localizada única, que represente por sí misma toda la enfermedad, que no infiltre apenas el tejido pulmonar y que se halle en vías de evolución progresiva.

siva, aunque lenta. Este conjunto de condiciones, como se comprende, muy raras se hallará en la práctica.

H^a = a - La extirpación de los núcleos tuberculosos, es mucho más reciente que la abertura de las cavernas y sus hechas son muy poco numerosas.

b - Las 9 observaciones publicadas, dan de sí, seis fracasos y tres éxitos.

c - De las curaciones, solo la de Ruffien, constituye por lo completa y sostenida un éxito indiscutible. La de Lanson, no fué seguida de observación post-operatoria y la de Doyen, aparte de la escasez de detalles con que su autor la expuso, no parece comprendida, en el eu de la tuberculosis pulmonar, en el sentido que aquí damos a esta afección.

d - La curabilidad espontánea, perfectamente comprobada, de la supuración y la difusión primitiva de las lesiones, son objeciones muy fundadas y se han hecho a las neumeumonías por tuberculosis

pulmonar, tanto mas cuanto, que, los casos de núcleos tuberculosos adquiridos, únicos y circunscritos, únicos en que estaria indicada la operacion, son los que mejor pueden curar sin ella.

15^a a- El diagnóstico de las neoplasias pulmonares, es difícilísimo en todos sus periodos, sobre todo al principio. En periodos avanzados, los caracteres del exputo, podran utilizarse.

b. El tratamiento médico, es solamente sintomático

c- El tratamiento quirúrgico, se ha efectuado siempre en tumores secundarios, propagados de la pared ó metastásicos.

d- La extirpacion de la parte superior se ha hecho, con el termo-cauterio, ligadura, seguida de escision, pediculacion conjunta permanente etc. El peligro mayor de la operacion es el pneumotorax.

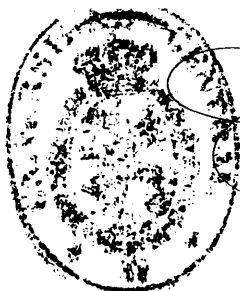
e- Los resultados operatorios en 11 observaciones, han sido seis curaciones y cinco muertos.

1- no hay curacion alguna, comprobada ^{definitiva},
La recidiva parece la regla.

2- El poco éxito de la intervencion, depende de lo tardia
que esta fué, cuando las lesiones estaban ya muy extendi-
das y generalizadas. Quizás los pequeños núcleos neopl-
ásicos primitivos, fueran operables, con probabilidad de
éxito, pero se tropizó, con la dificultad de diagnosticarlos.

3- Entretanto, la mejor conducta, es abstenerse, porque el
prolongar por algun tiempo la vida a estos enfermos,
sinico beneficio apreciable de la operacion, no justifica
a esta, cuya mortalidad se eleva a cerca de 70 por
ciento.

Madrid 4 de Mayo de 1907



Visto Brinquero Gomez
D. Brinquero Gomez

Admisible

(Signature)
Francisco Herrera

Admisible
Cajal

Verifico el ejercicio el día 18 de Mayo de 1903
y fue calificado de sobresaliente

Mano unido

Esperanza

(Signature)

(Signature)
Sebastián Herrera

Attestado

Cajal

(Signature)

El Sr.
José B.