



Año 1917

Núm. 3242

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL AZUL de METILENO

en las pleuresías purulentas de la infancia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Santiago P. Giorgi

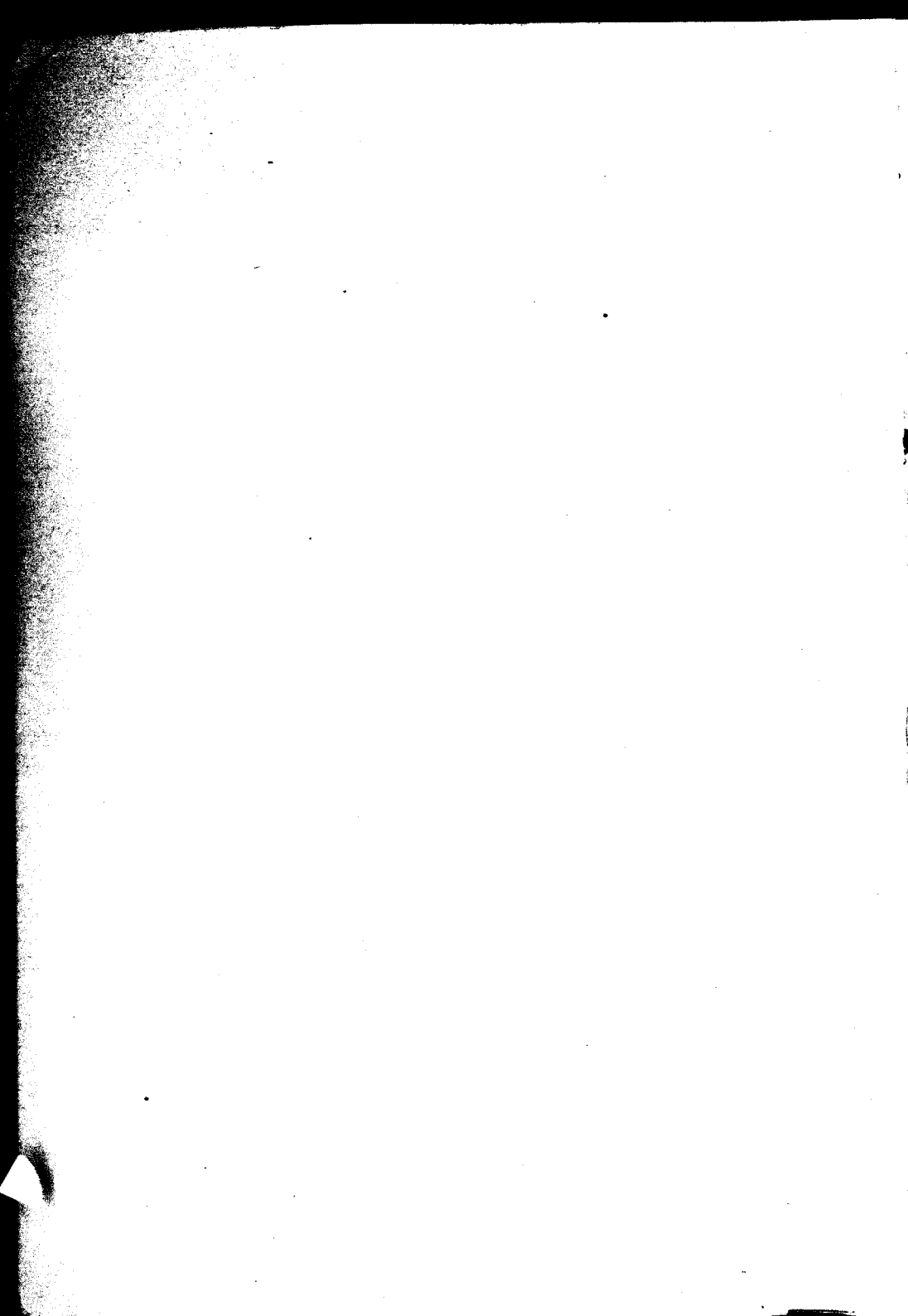
EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL RIVADAVIA



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES

Mza. B. B. 12



EL AZUL de METILENO

en las pleuresías purulentas de la infancia



Año 1917

Núm. 3242

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL AZUL de METILENO

en las pleuresías purulentas de la infancia

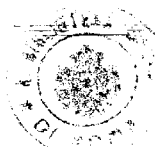
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Santiago P. Giorgi

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL RIVADAVIA



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECODI
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

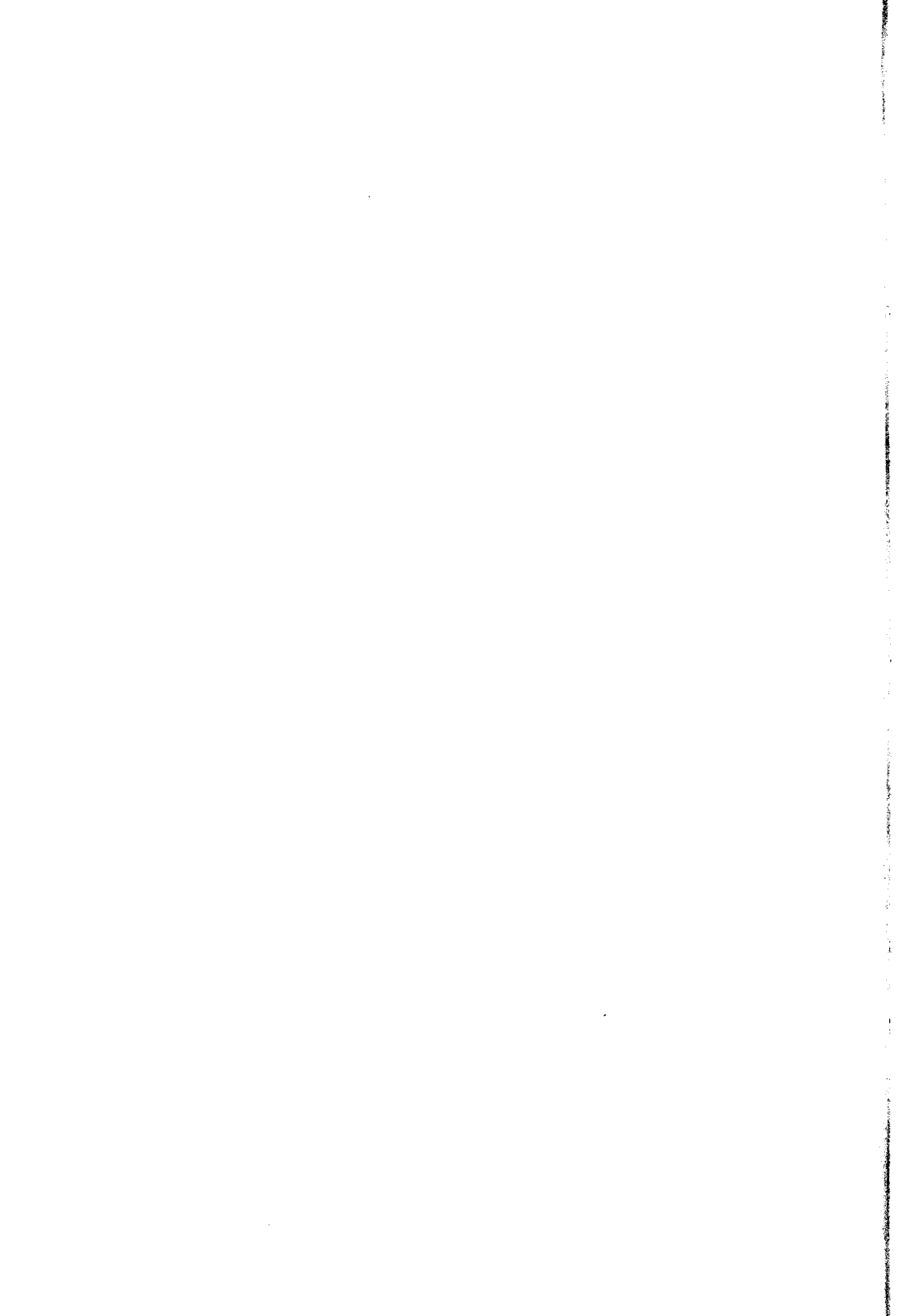
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

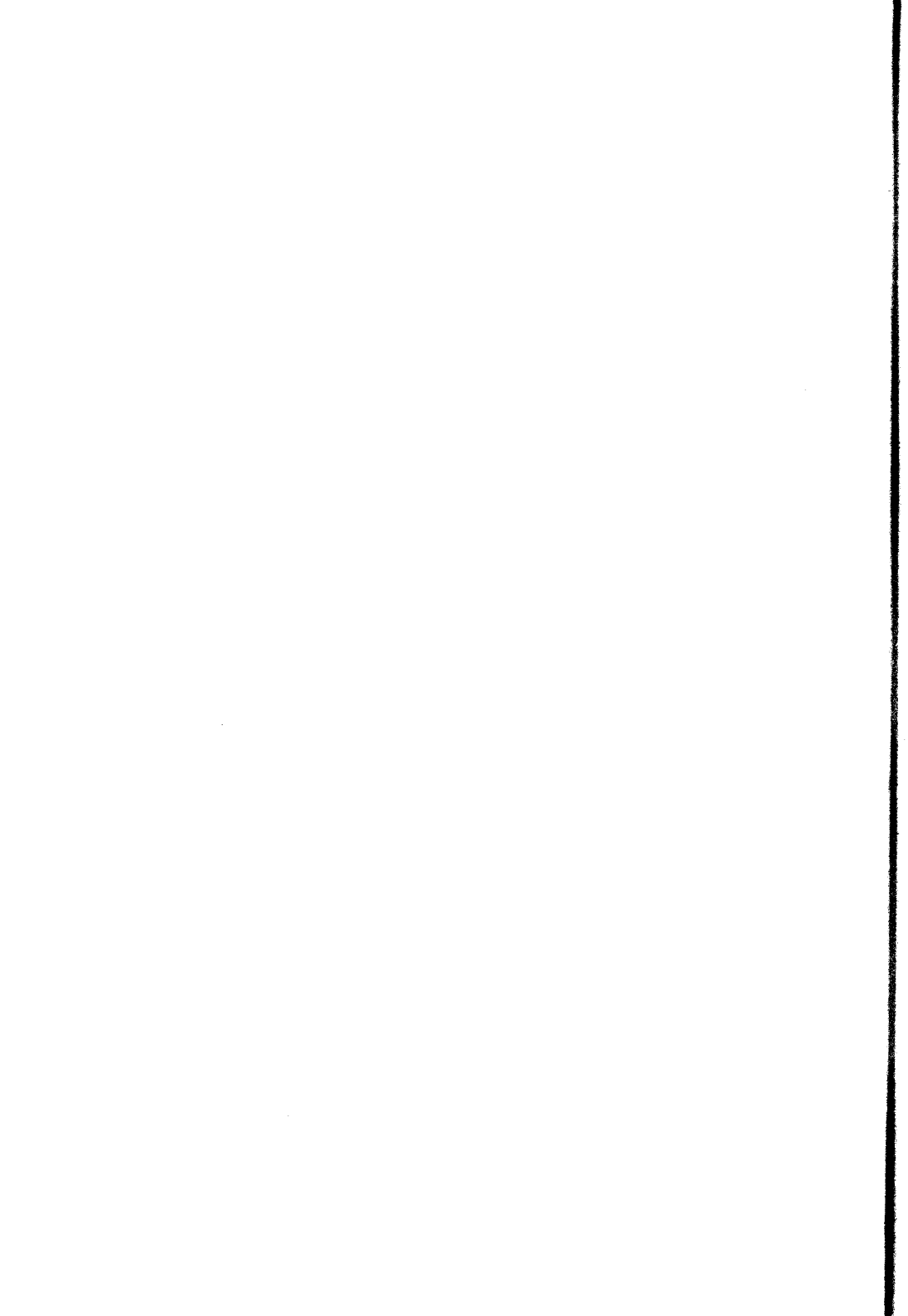
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EFFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRÁN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

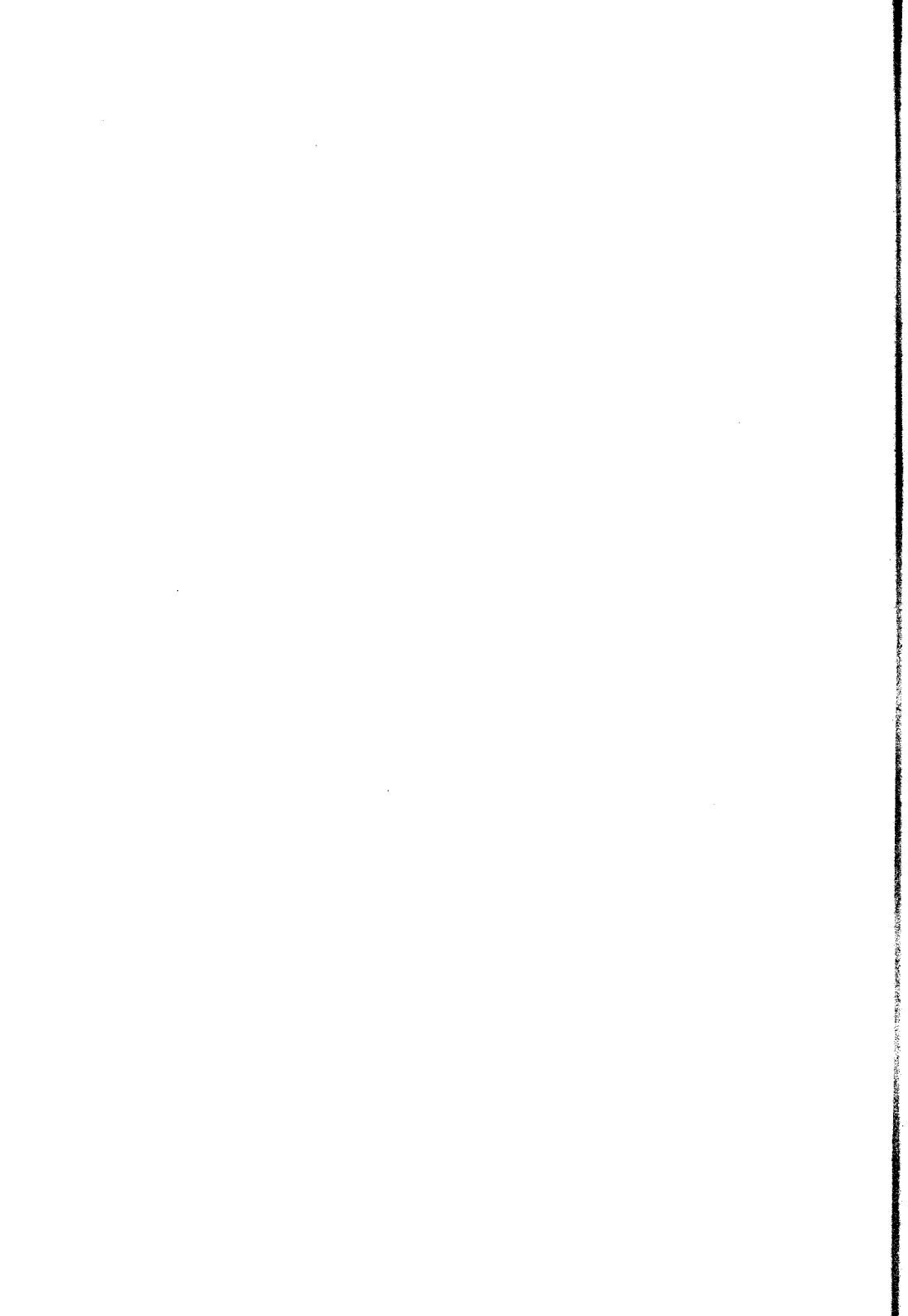
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

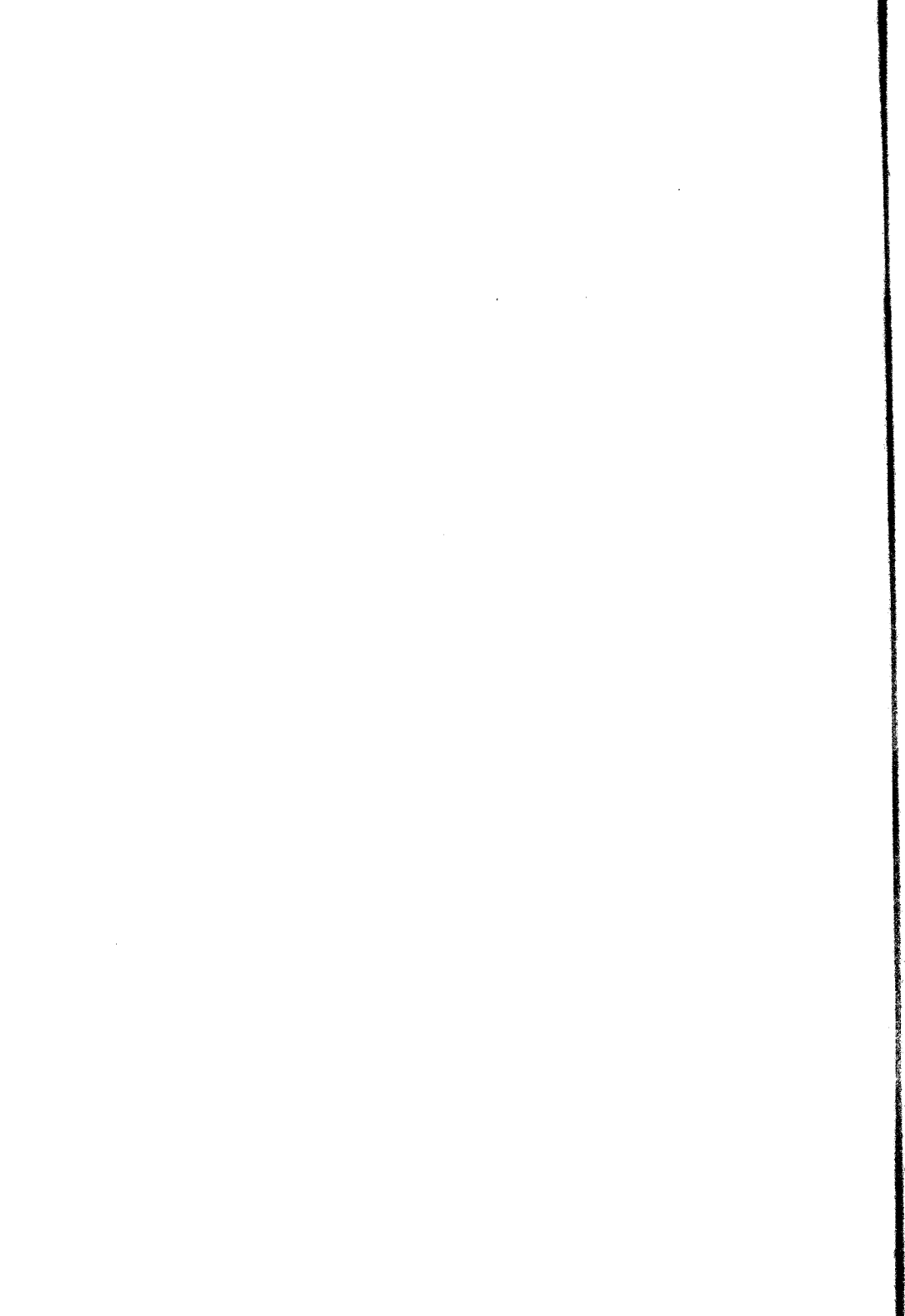
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	.. LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva .....	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva .....	.. R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva .....	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva .....	.. PEDRO BELOU
Histología .....	.. ROBOLEO DE GAINZA
Física Médica .....	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .....	.. HORACIO G. PISERO
Bacteriología .....	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .....	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	.. RICARDO SCHLITZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	{ .. GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ .. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	.. TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica .....	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-uritarias .....	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	.. JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica .....	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica .....	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	.. Vacante
.. Médica .....	.. LUIS GUEMES
.. Médica .....	.. LUIS AGOTE
.. Médica .....	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica .....	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica .....	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica .....	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica	{ .. ANTONIO C. GANDOLFO
	{ .. MARCELO T. VISAS
.. Neurológica .....	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Psiquiátrica .....	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica .....	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica .....	.. SAMUEL MOLINA
.. Pediátrica .....	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	.. DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	.. ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

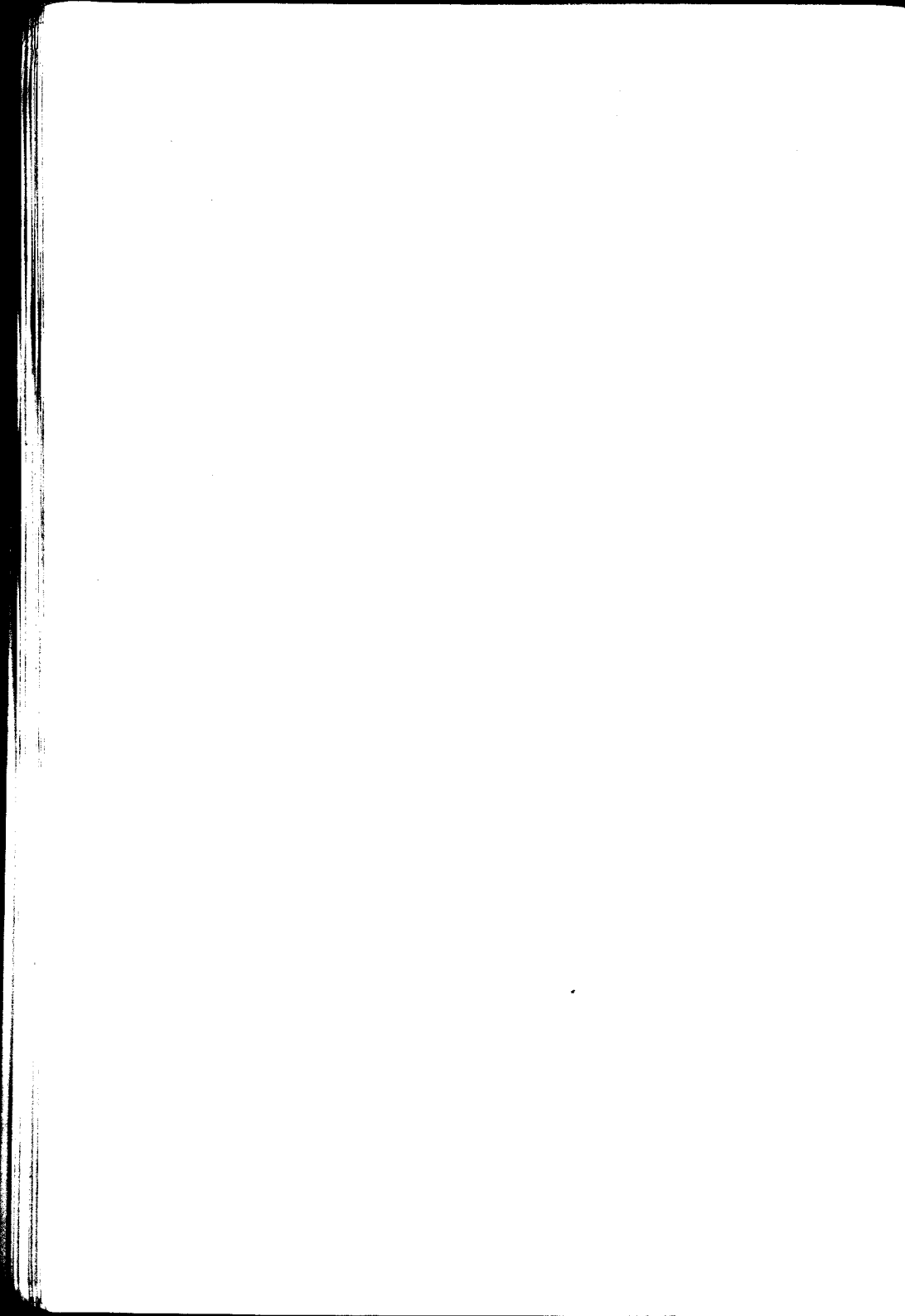
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios	
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY	
Histología .....	.. JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica .....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ .. JUAN CARLOS DELFINO	
		.. LEOPOLDO URIARTE
		.. ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	.. JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica .....	.. JOSÉ F. MOLINARI
.. Médica .....	.. PATRICIO FLEMING
.. Dermato-sifilográfica .....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
.. Génito urinaria .....	.. BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	{ .. JOSÉ R. SEMPRUN	
		.. MARIANO ALURRALDE
		.. ANTONIO F. PISERO
Clínica Pediátrica	{ .. MANUEL A. SANTAS	
		.. FRANCISCO LLOBET
.. Quirúrgica .....	.. MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna .....	.. RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica .....	.. ELISEO V. SEGURA
.. Psiquiátrica	{ .. JOSÉ T. BORDA	
		.. BENJAMIN T. SOLARI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana	" BERNARDO HOTSSAY
	" ROJOLFO RIVAROLA
	" GERMAN ANSCHUTZ
Bacteriología	" SALVADOR MAZZA
Química Biológica	" BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clínica Dermato-sifilográfica	" PEDRO L. BALISA
	" FERNANDO R. TORRES
" Epidemiológica	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
" Oftalmológica	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	" ADOLFO NOCETTI
" Oto-rino-laringológica	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Patología Interna	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clínica Quirúrgica	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
Clínica Neurológica	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
" Médica	" PEDRO ESCUDERO
	" MARTANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACENA
	" GENARO SISTO
" Pediátrica	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
" Ginecológica	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTFARO
	" ARTHUR ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGE
" Obstétrica	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

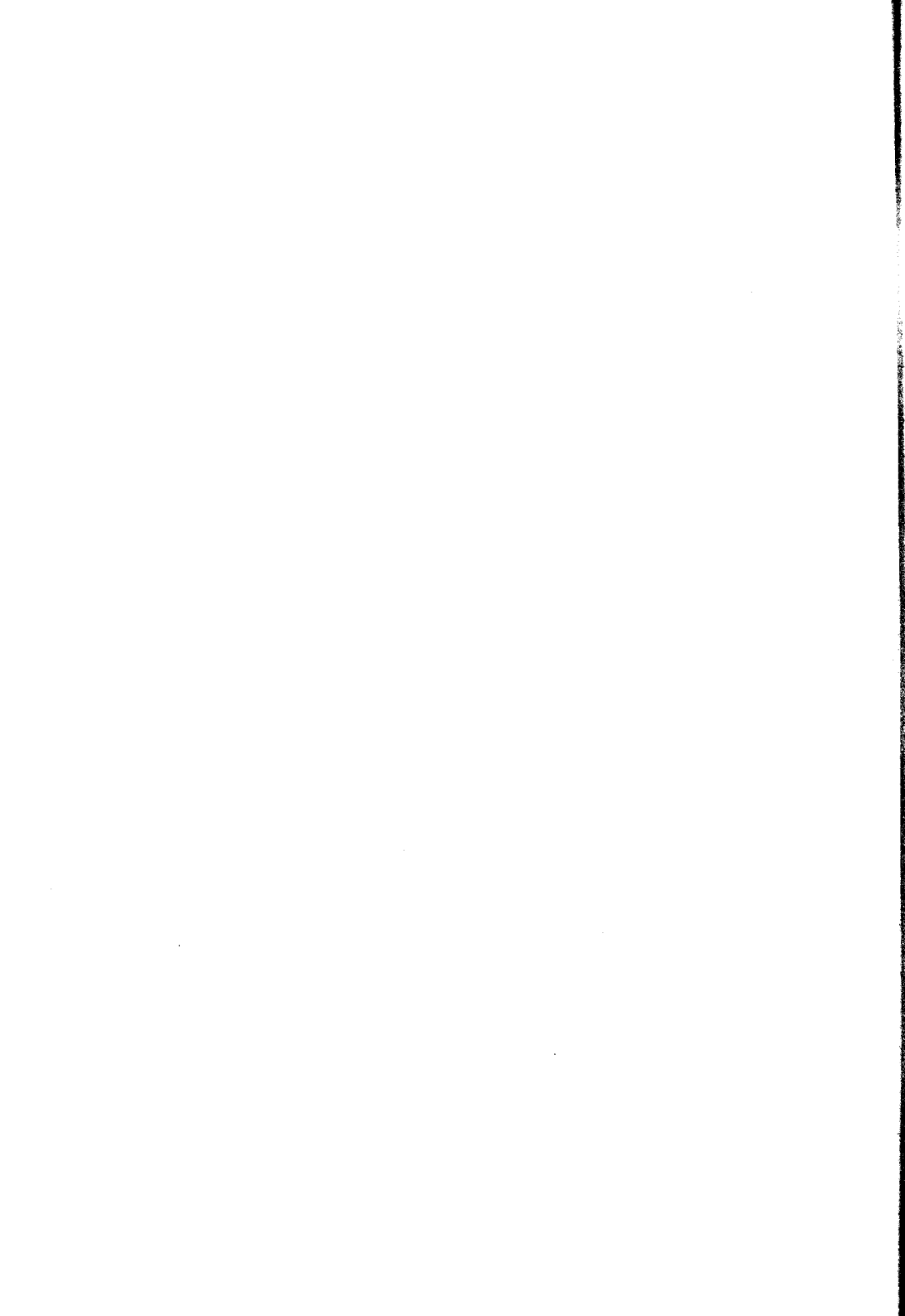
Segundo año:

Parto fisiológico MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica FANOR VELARDE

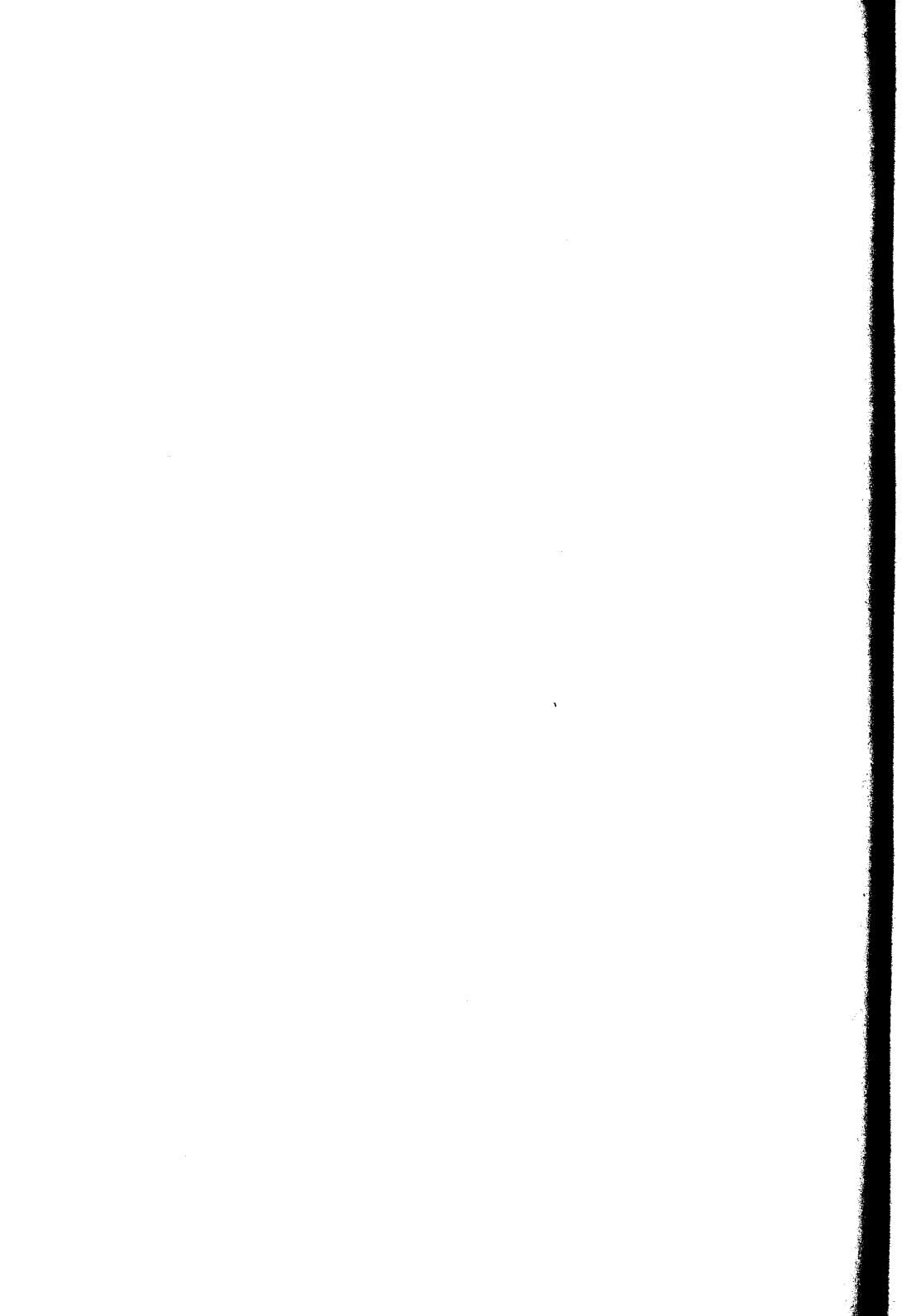
Puericultura UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	{ „ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MESIGOS
	{ „ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	{ „ ANGEL SABATINI
	{ „ EMILIO M. FLORES

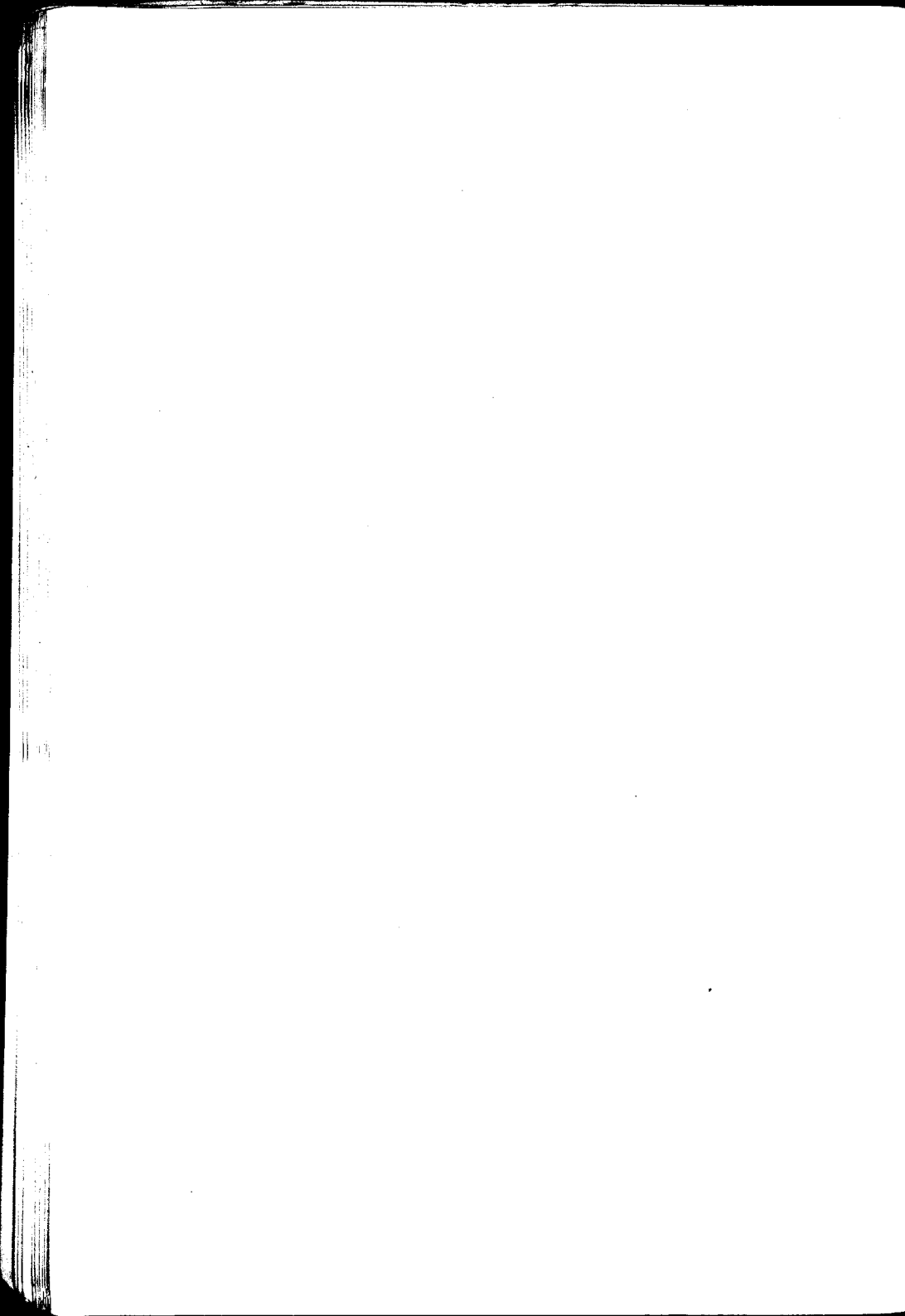


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

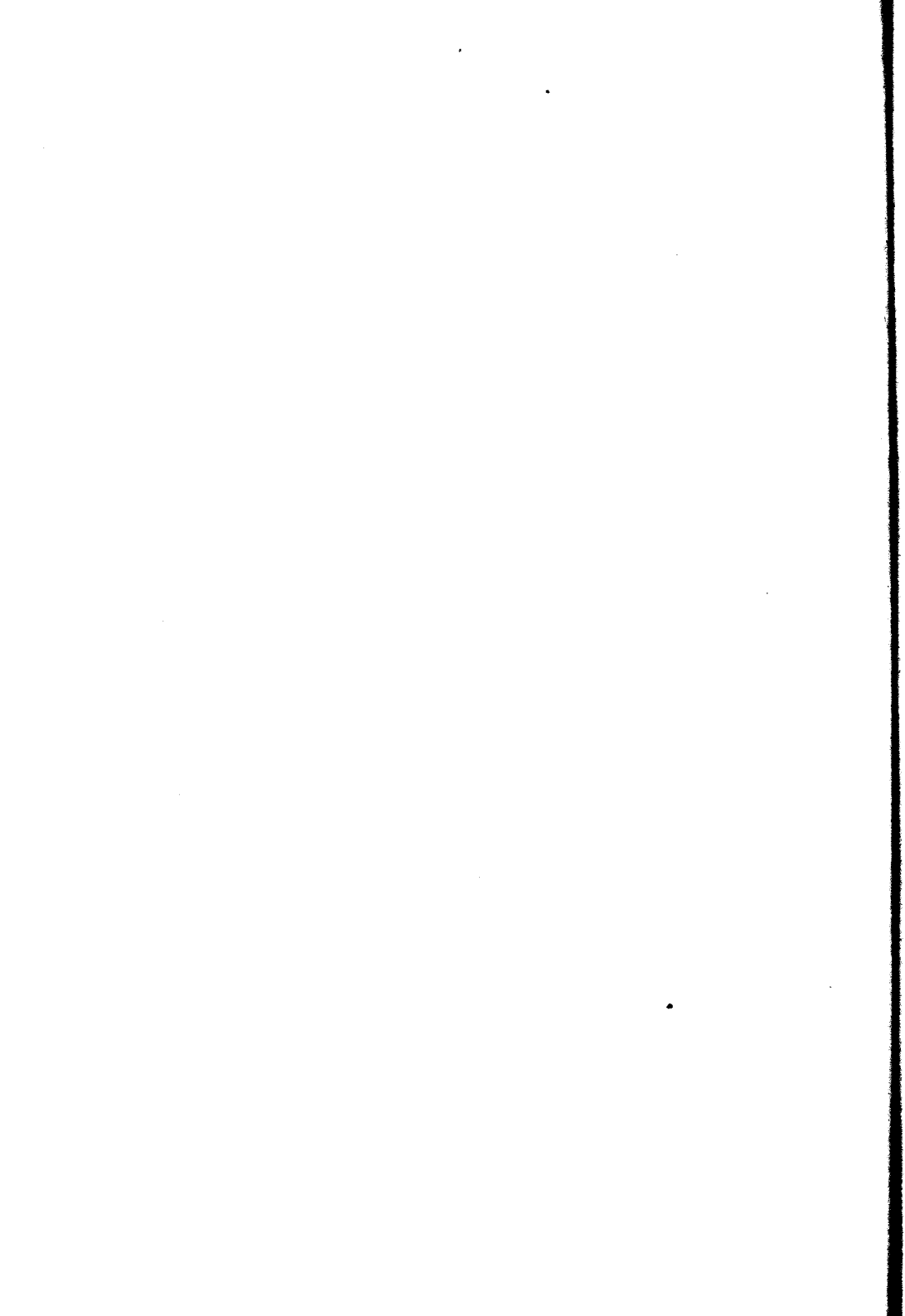
Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)

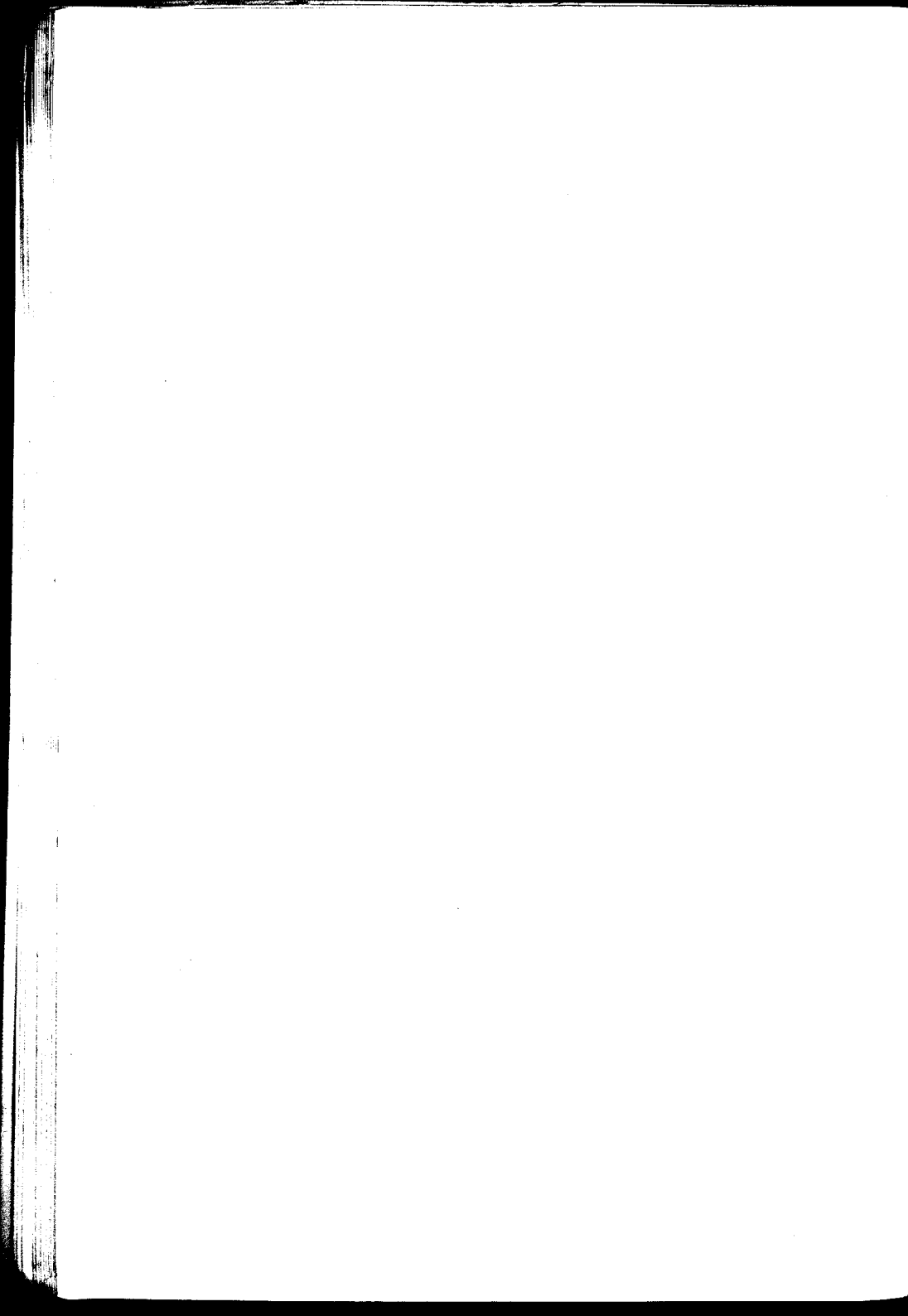


Padrino de tesis:

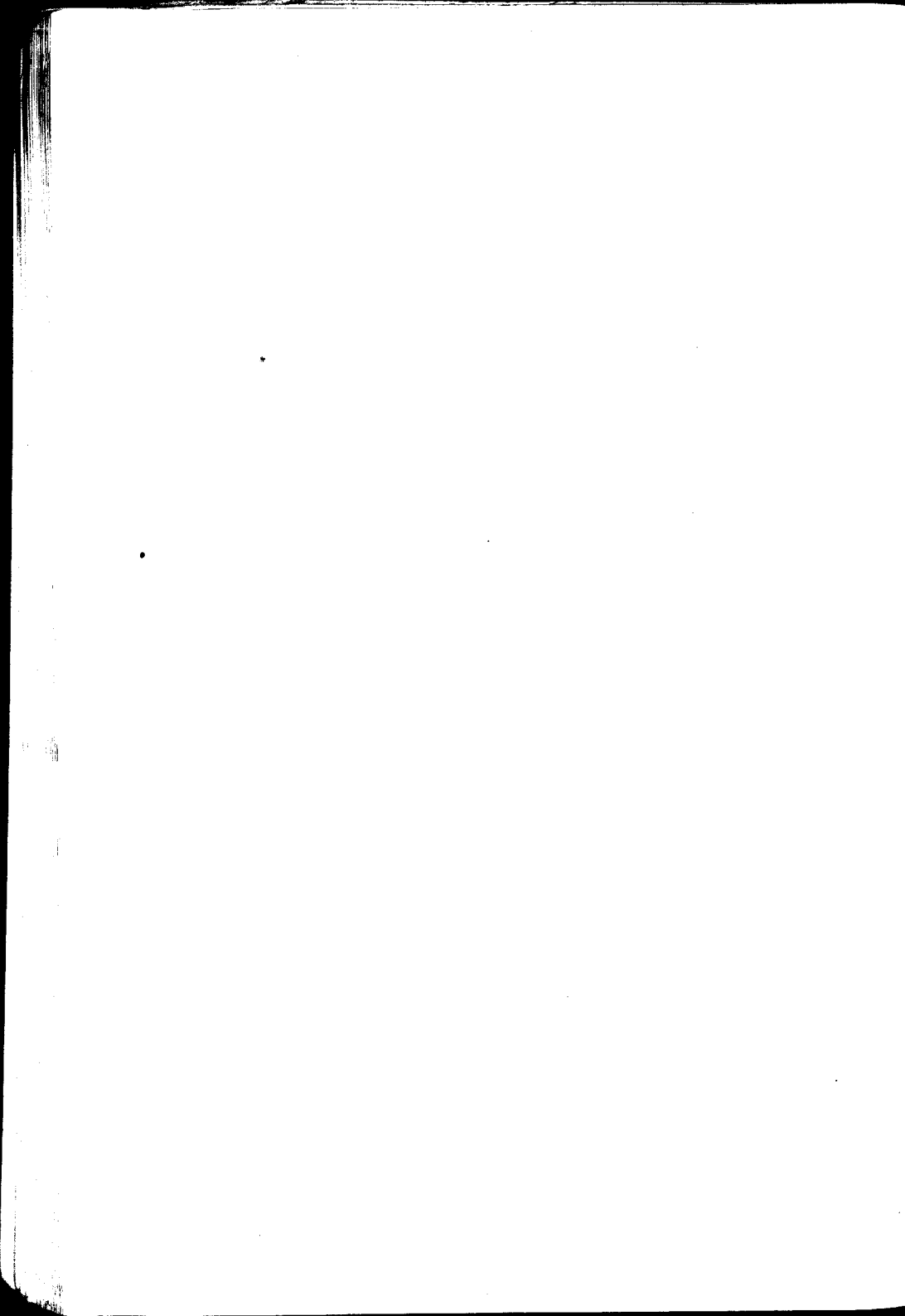
Dr. MANUEL L. SANGUINETI



A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE

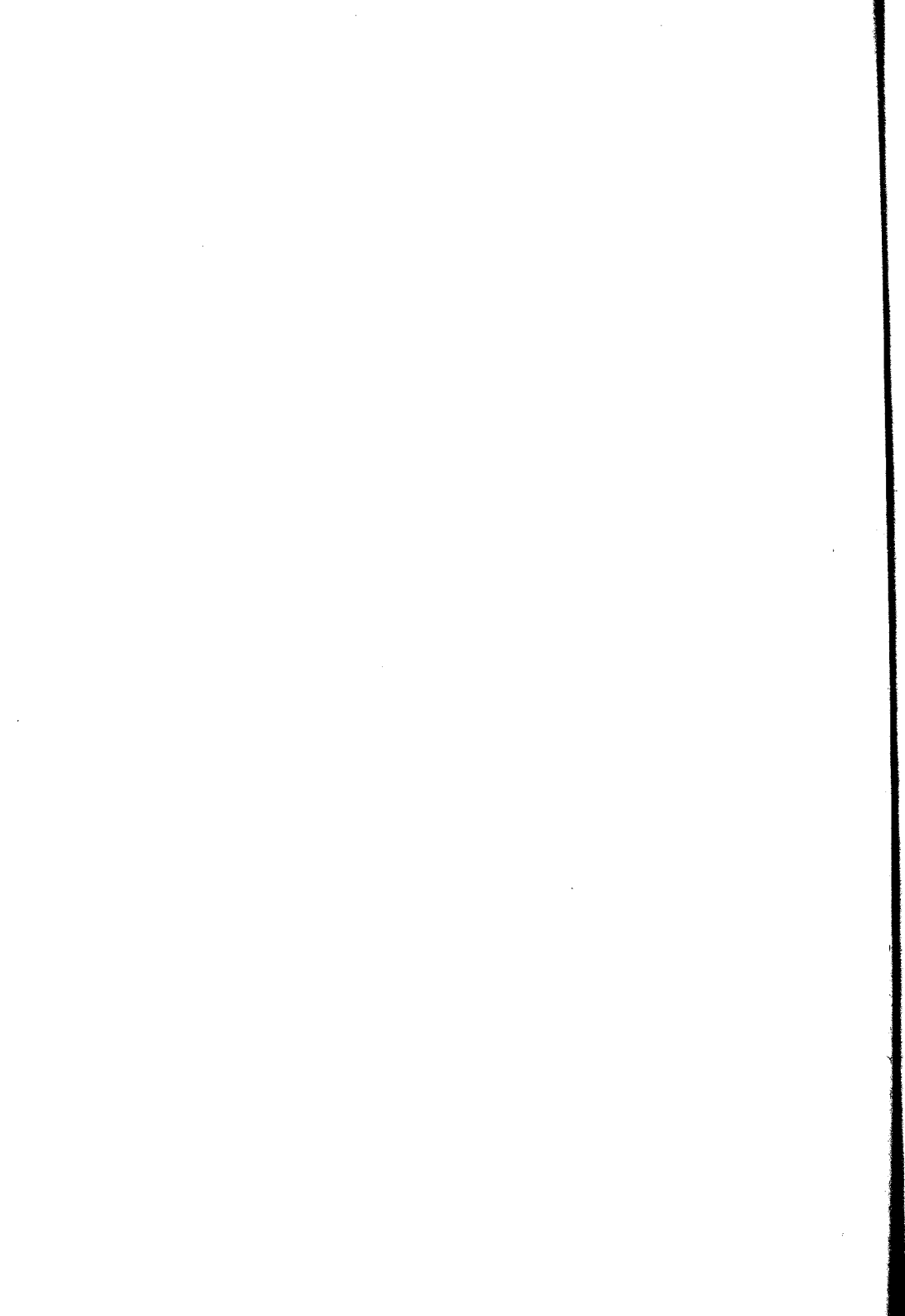


A MIS HERMANOS

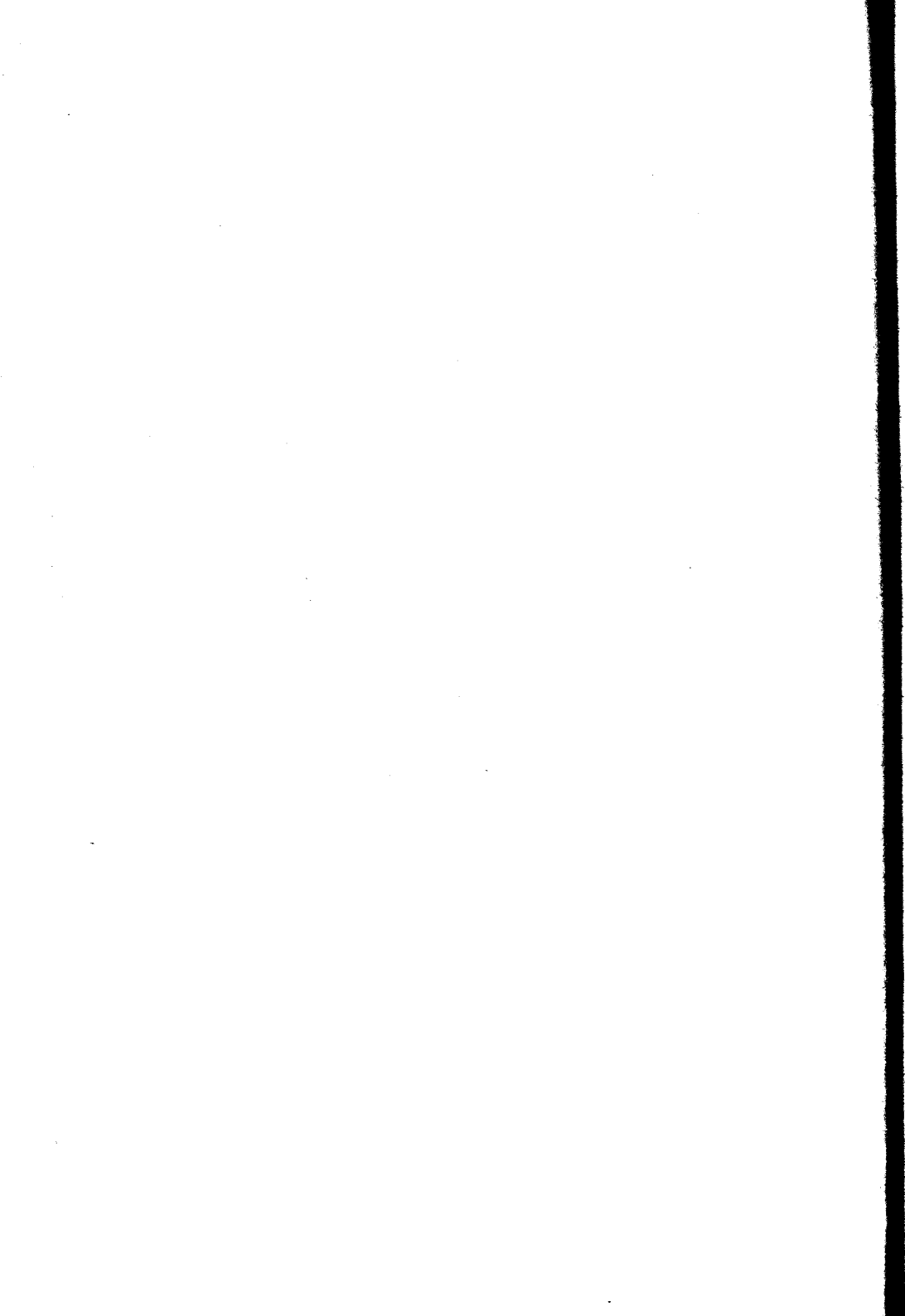
Y A MI CUÑADO:

NICOLAS L. SANGUINETI

Como a un hermano.



A LOS MIOS



Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Los datos por demás elocuentes de la mortalidad en la primera infancia y sobre todo en el lactante ocasionada por la pleuresía purulenta, han hecho desfilar toda una larga serie de medios terapéuticos tendientes a combatirla con eficacia, esperanza (que se ha visto defraudada la gran mayoría de las veces.

Es también, por otra parte, sabido, que los pequeños organismos en quienes se ceba esta enfermedad, están ya de por sí, para la lucha con la infección en inferiores condiciones de resistencia orgánica, factor capital, que contribuye en gran parte al fracaso de las medicaciones empleadas.

El tema de este trabajo es un nuevo método cuyos resultados aleatorios, permiten fundar conclusiones favorables en pro de la solución del árduo problema en cuestión.

Sin considerarle como el único medio capaz de procurar la curación, puesto que está muy lejos de

haberse dicho la última palabra sobre el particular, proponemos su aplicación convencidos que hasta ahora, todos los demás tratamientos no han podido hacer que esta enfermedad abandone el grave pronóstico que encarna cuando ataca al infante.

El procedimiento empleado por Nobecourt, Camiers y Tournier en el adulto contra las pleuresías purulentas post-sarampionosas, ha dado ocasión a un interesante y bien llevado estudio por parte de los doctores Acuña y Casuabon que lo adaptaron al lactante y cuyos resultados inspiraron esta tesis.

Al presentarla a la elevada consideración de vosotros, séame permitido significar el modesto homenaje de mi mayor respeto a los maestros de esta casa, que encaminaron nuestros pasos hacia la verdad siempre mutable de la ciencia.

Al doctor Manuel L. Sanguineti, quien me dispensa el honor de acompañarme en este acto, mi agradecimiento.

A mi amigo de siempre, Héctor F. Leiva, mi mejor afecto, y el deseo de su mayor anhelo.

Para mis compañeros de tareas, doctores Carlos Manacorda, Silvio Francesio, Alejandro Robiolo y Emilio Argonz, mi amistad sincera.

Consideraciones generales sobre las pleuresías purulentas en la primera infancia.

La pleuresía purulenta, se presenta en la infancia, a título de complicación de los diversos procesos patológicos pulmonares, con una frecuencia formalmente notoria, y así como su frecuencia, su gravedad es tanto mayor cuanto más joven el sujeto, lo cual es fácilmente explicable dadas las inferiores condiciones biológicas a que se encuentra sometido el débil organismo del lactante.

Estos conceptos perfectamente adquiridos y prácticamente demostrados por las estadísticas, han planteado, desde luego, la deliberación de los medios tendientes a cambiar esencialmente el aspecto sombrío que las caracteriza.

Netter, resumiendo las observaciones de varios autores, encuentra sobre un total de 642 pleuresías purulentas infantiles, que 395 corresponden a niños menores de 5 años, es decir, el 62 %.

Koplick, citado por Douriez, en su tesis de Paris de 1906, sobre 120 casos personales que reparte en la siguiente forma :

Niños mayores de 5 años	16 casos
Niños de 2 a 5 años.....	49 casos
Niños de 1 a 2 años.....	} 39 casos
Niños por debajo de 1 año.....		} 16 casos

obtiene por encima de 5 años unos 13.3 %, de 2 a 5 un 40 %, de 1 a 2 años un 32.5 % y menores de 1 año un 13.3 %.

Observamos pues, que hasta los 3 años el porcentaje es evidentemente el más elevado, puesto que en esta estadística, solamente dentro de los 2 primeros años de la vida, obtiene 55 casos.

Reano, en su estadística publicada en La Pediatría, pág. 588, 1913, obtiene :

Menores de 6 meses	29 casos
De 6 meses a 1 año	7 casos
De 1 año a 2 años	35 casos
Mayores de 2 años	7 casos

El doctor S. Cannata, locus citato, pág. 896, 1913, de la Clínica de Jenna de Palermo, sobre 88

casos observados durante los años de 1908 a 1913 :

De 9 a 10 años	1 casos
De 8 a 9 años	3 casos
De 7 a 8 años.....	3 casos
De 6 a 7 años	4 casos
De 5 a 6 años	2 casos
De 4 a 5 años	7 casos
De 3 a 4 años	10 casos
De 2 a 3 años	11 casos
De 1 a 2 años	30 casos
Y de 1 año	17 casos

el mayor número de hechos los comprueba de 1 a 2 años, confirmando la observación de otros autores.

Concluye también sobre la rareza de la bilateralidad (12 %) y da 44 veces afectada la cavidad pleural derecha y 43 la izquierda.

Como causas predisponentes a contraer la enfermedad, debemos citar, la debilidad congénita, debido al nacimiento prematuro o a las taras patológicas y la debilidad adquirida, por alimentación insuficiente, por trastornos nutritivos, por infección enteral, etc.

Entre las causas ocasionales : las fiebres eruptivas, septicemia, etc.

Al traumatismo, también se le ha incriminado en algunos casos, pero la causa determinante la constituye, en realidad, la infección.

El pneumococo, estreptococo, estafilococo, colibacilo, el Eberth, el Koch, los anaerobios, etc., han sido hallados como agentes patógenos.

Las numerosas estadísticas basadas sobre los exámenes bacteriológicos del pus pleural, nos demuestran el predominio del neumococo y de los bacterios piógenos sobre los demás y especialmente sobre el bacilo de Koch, hecho que nos explica también el porqué de la mayor frecuencia de la purulencia en las pleuresías del niño, con relación a las del adulto.

Es en éste que predomina el bacilo de Koch, y ya sabemos que el derrame tuberculoso, es habitualmente sero-fibrinoso.

El neumococo lo encuentra Cannata en un 80 por ciento (locus ya citato).

Netter, coincide también en cargar un elevado porcentaje (66 %) en cuenta del neumococo, considerándole como el agente habitual de las pleuresías purulentas de la infancia ; para el estreptococo establece solamente un 16 %.

Pero es necesario tomar en cuenta, que si ésto es exacto, considerando la infancia sin distinción de edades, no resulta así cuando estudiamos el agente

productor de las pleuresías en los recién nacidos : aquí predomina en cambio el estreptococo.

Roger, en las 14 observaciones de su tesis, encuentra en el recién nacido : 7 veces el estreptococo, 2 veces el neumococo, otras 2 el estafilococo y 3 veces bacterios indeterminados.

Asimismo, Netter, apoyado en sus excelentes y vastas estadísticas, llega a idéntica conclusión. La proporción del estreptococo, en el lactante, disminuye hasta llegar a un 16 %.

En los 12 casos presentados por el doctor Adorni en su tesis de doctorado, 8 veces el neumococo fué el agente causal.

La frecuencia del estreptococo en el recién nacido, se repite en el adulto, quedando el neumococo con el monopolio de la infancia.

Las asociaciones microbianas es frecuente observarlas, unión formada principalmente por el neumococo y el estreptococo.

No insistiremos sobre los datos estadísticos respecto al particular. sólo diremos que la infección a neumococo es la de mejor pronóstico, el que se agrava con la asociación y cuando es solamente el estreptococo el provocador de la pleuresía purulenta.

Tiene pues, como vemos, importancia la determinación del agente patógeno, ya que éste imprime

modalidades especiales a la evolución de la enfermedad y el porvenir difiere según el bacterio.

Así la pleuresía purulenta a neumococo es de una evolución y de un pronóstico más benigno que las causadas por los microbios piógenos que revisiten entonces un aspecto tífico: mayor elevación de la temperatura, con oscilaciones más marcadas, posturación intensa, delirio y deceso más frecuente.

La pleuresía tuberculosa ya lo hemos dicho, es rara en el lactante y su marcha es crónica.

El sexo más atacado en la infancia, por la pleuresía purulenta, según las estadísticas de Bithell, Israel, Netter, Simmonds, es el masculino, pero en una pequeña proporción.

A pesar de ser un hecho adquirido que las pleuresías purulentas primitivas se presentan, la gran mayoría de ellas son secundarias. Steffen, West, Israel, en sus observaciones llevadas a la estadística, demuestran terminantemente esto último y son secundarias sobre todo a una afección pulmonar.

La patogenia de la pleuresía purulenta en los lactantes no difiere en realidad de la del adulto, y como en él debemos distinguir la pleuresía primitiva y la secundaria.

La pleuresía primitiva requiere, para que pueda llamarse tal, ausencia de toda infección preexistente, sobre todo, de una lesión pulmonar subya-

cente. Es así entonces, obligatorio admitir una septicemia que simplemente latente localice el bacterio sobre la pleura, dando lugar a la pleuresía.

En el recién nacido la puerta de entrada de esta infección sería la umbilical, y algunos autores admiten con Roger, un origen placentario o digestivo, respiratorio o cutáneo.

En el lactante, a excepción de la vía umbilical que ya no existe, las mismas puertas de entrada que en el recién nacido podrían invocarse y servir al agente patógeno para invadir la pleura.

Una otorrea crónica puede ser el punto de partida de la pleuresía, como ocurrió en el caso de Guillemont.

Las pleuresías secundarias tienen desde luego, una patogenia más simple. La infección pulmonar o bronco-pulmonar, puede ganar más fácilmente la serosa, ya sea por contiguidad o por vía linfática.

Clínicamente se distinguen las pleuresías secundarias, en metaneumónicas, cuando aparecen en la convalecencia de la pneumonía, y en paraneumónicas, cuando se presentan simultáneamente, es decir, se sobreponen a la lesión pulmonar misma.

Las paraneumónicas, muchas veces es difícil constatarlas, a causa de la delgada capa de líquido que se forma al principio y ocurre clasificarlas de metaneumónicas, porque se diagnostica la pleuresía

cuando el proceso pulmonar concomitante entra en resolución.

Tenemos también, en cambio, que dentro de las metaneumónicas, un número no escaso de ellas entran en el grupo de las pleuresías primitivas, dado que en la infancia puede pasar y pasa en muchos casos (desapercibida la neumonía).

El líquido pleural observa diferente aspecto según el agente causal que determina el derrame, sin que esta diferenciación sea tan absoluta; sin embargo, para permitir de por sí y sin ayuda del examen microscópico, caracterizar el microbio ocasional.

Es sero-purulento, mal ligado en las pleuresías a estreptococos; espeso, cremoso, bien ligado de color amarillo verdoso, en las que el neumococo interviene solamente.

La cantidad de pus varía desde unos pocos gramos hasta lo suficiente para llenar la gran cavidad pleural.

Es constante verificar la presencia de falsas membranas que flotan en el líquido o se adhieren a las paredes de la pleura.

El líquido derramado es inodoro, salvo, empero, en los casos de pleuresía pútrida. Generalmente el derrame se acumula entre las dos hojas visceral y costal y la unilateralidad es la regla casi constante de los casos. Como ya dijimos anterior-

mente, las estadísticas acuerdan un número más o menos igual para el lado derecho y el izquierdo.

Pocas veces se presenta enquistada.

El pulmón subyacente ostenta a menudo lesiones atelectásicas, disminuye de volumen y está como aplastado por la compresión del líquido.

Nótanse a veces pequeños abscesos diseminados en el parénquima pulmonar o bien pequeños focos de bronconeumonía. El pulmón del lado opuesto no es raro que presente lesiones banales.

El hígado está a menudo alterado, congestionado y con degeneración celular. El corazón ofrece frecuentemente un miocardio pálido y la pericarditis se observa con bastante frecuencia.

Por último, la infección puede determinar metastasis a distancia.

Es innegable que el pronóstico de la pleuresía purulenta en general se ha modificado favorablemente en gran parte desde el advenimiento de la era aséptica, concurriendo la cirugía ventajosamente a la evacuación del pus pleural por la pleurotomía con o sin resección costal.

Pero si es verdad, que la letalidad ha disminuído mucho para el niño sin distinción de edades, no resulta tal, cuando precisamos más, y observamos

el pronóstico de esta afección en la primera infancia y especialmente en los lactantes

Los datos estadísticos europeos y los nuestros son concluyentes al respecto.

Wightmann, citado por Netter en la obra de Grancher y Comby, sobre 656 pleuresías purulentas infantiles, tiene la siguiente mortalidad :

En 157 niños menores de 3 años... 55 igual 30 %

En 499 niños mayores de 3 años... 102 igual 20 %

Morison, citado también por Netter, presenta esta estadística sobre 40 enfermos :

En 4 niños menores de 1 año..... 1 igual 25 %

En 11 niños menores de 3 años..... 2 igual 18 %

En 25 niños mayores de 3 años..... 0 igual 0 %

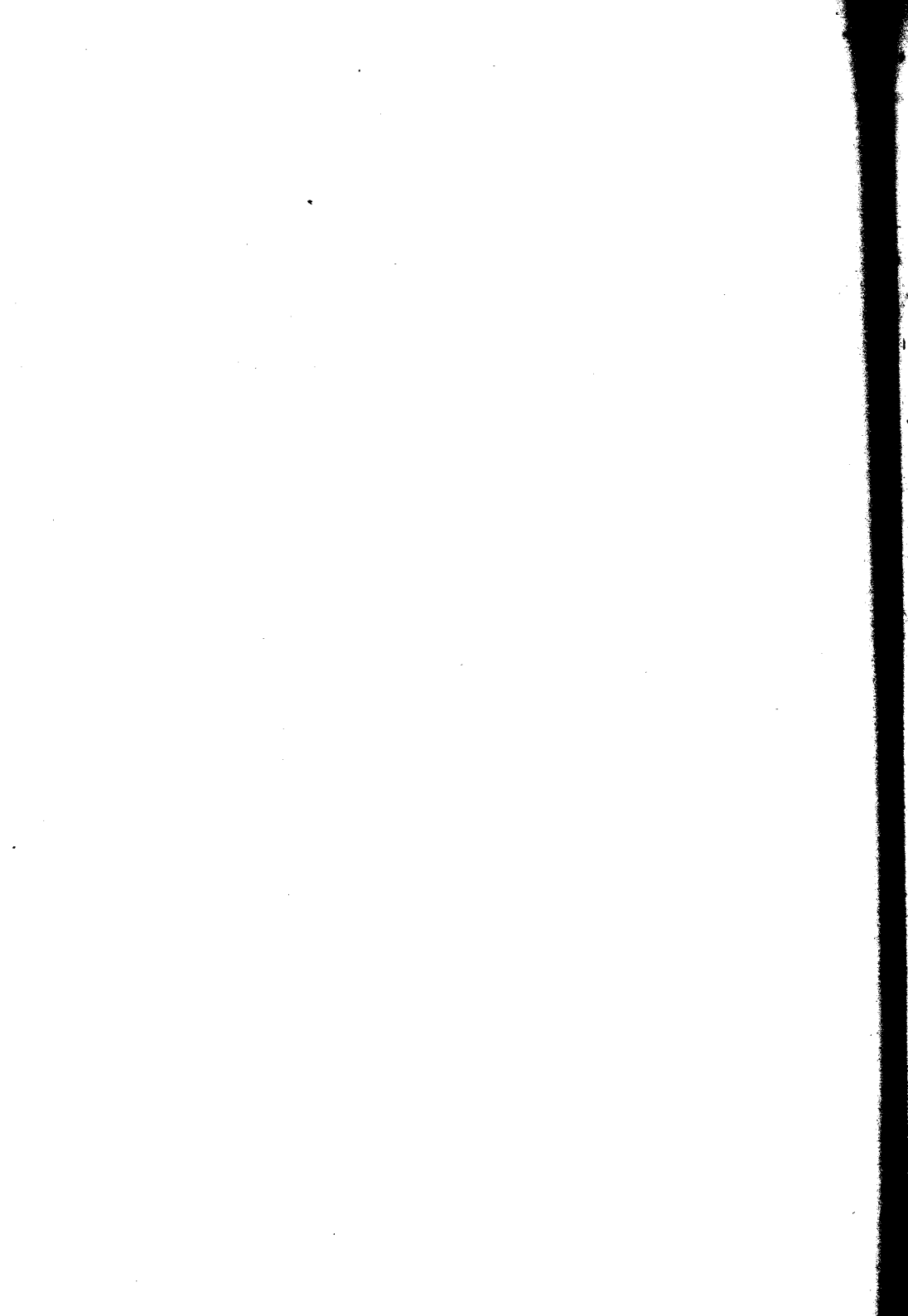
El doctor Adorni en su reciente tesis, sobre 8 casos de niños menores de 2 años, tratados por diversos métodos (pleurotomía, neumo-Méndez, electrargol, optoquina) tiene 4 muertos, o sea el 50 por ciento de letalidad. En menores del año, 3 casos tratados, 3 fallecidos, o sea el 100 %.

En un brillante trabajo presentado en el último congreso de medicina, los doctores Acuña y Casaubon (Archivos Latinos-Americanos, t. X, n.º. 6, página 574) dan los siguientes datos muy ilustra-

tivos por cierto : en el Hospital de Niños de la capital, sobre 336 pleuresías purulentas en niños de 3 meses a 14 años han fallecido 134, es decir, el 40 %. La mortalidad es mucho mayor si consideramos aisladamente la primera infancia, en la cual alcanzó el 64.5 % hasta los 2 años y el 84 % solamente para el primer año.

La flora microbiana productora del derrame, la abundancia de éste y el estado del pulmón subyacente (como hemos dicho más arriba), son factores de mucho peso en el pronóstico de esta afección.

«El pronóstico estará basado sobre todo en la edad ; se puede decir a este respecto que a partir de los 20 meses las probabilidades de curación aumentan y es que el enfermo va a dejar de ser un lactante » (Douriez, tesis de Paris, 1906).



Los diversos tratamientos

« Toda pleuresía no tratada mata al niño », ha escrito Masé. Y en efecto, abandonada a sí misma pleuresía purulenta del infante no tiene casi absolutamente probabilidades de curar por reabsorción espontánea. Cuando ésto ocurre, el enquistamiento del pus y la permanencia del mismo durante un tiempo más o menos largo es la regla, intoxicando entonces al organismo y llevándole a una caquexia progresiva que tardía o tempranamente termina en la muerte.

El empiema de necesidad y su apertura espontánea, parece no haber sido observado en el lactante.

La vómica que es una terminación favorable en el adulto y que según Netter se nota algunas veces, es rara en el niño pequeño.

La quinta y la décima observación que presenta en su trabajo de tesis el doctor Adorni, la vómica

se presentó en ambas, siendo en esta última franca y abundante. Los dos casos fueron fatales.

Rilliet y Sanné, sobre 33 casos de empiema no intervenidos, obtiene :

Muertos	21
Curados	4
No conocen el final	8

El tratamiento quirúrgico con todas sus variantes y modificaciones preciso es confesar, que no ha dado ni con mucho los resultados obtenidos en el adulto.

Pediatras hay, que frente a una pleuresía purulenta en el lactante, no trepidan en aconsejar abstenerse de toda intervención cruenta.

El débil organismo del lactante, más debilitado aún por la infección pleural, no puede soportar sin riesgo serio de su vida la intervención del cirujano.

El estado nutritivo del niño, es, como se comprende, elemento de importancia vital para el éxito de la intervención; y precisamente en los dos primeros años de la vida, cuando las trasgresiones de régimen, la alimentación artificial y mal reglada, son tan frecuentes, ocurre que la resistencia del niño está seriamente disminuída.

El tratamiento quirúrgico desde largo tiempo

conocido ha sufrido en su técnica operatoria, variaciones consecutivas de acuerdo con las épocas empleado. Así desde Hipócrates que practicaba la simple toracotomía con un hierro candente hasta la pleurotomía con resección costal, hay toda una serie de procedimientos.

Frente a los graves peligros de la intervención armada en la primera infancia, se han ensayado diversos métodos, puramente médicos, para conseguir la curación en proporciones tales que la pleuresía purulenta en el lactante pueda ser menos fatal que hasta hoy. Los mencionaremos ligeramente.

La punción evacuadora a más de excelente medio de diagnóstico, constituye de por sí un tratamiento, que si bien es cierto ha procurado curaciones con su sola intervención, resulta insuficiente en la gran mayoría de los casos, puesto que la regeneración del pus se hace nuevamente, dado que su evacuación es obligadamente parcial.

Se use o no este medio como tratamiento exclusivo, lo real es que se recurre a él siempre, y con razón, pues se elimina en esta forma una gran cantidad de toxinas y de gérmenes infecciosos, favoreciendo por este motivo la reabsorción del derrame y entrar paulatinamente el enfermo en la normalidad.

Como decimos, a la punción se recurre en to-

dos los casos y es siempre el prelude de la intervención

Cuando la curva térmica y el estado general sea bueno, puede bastar con la sola evacuación dada por la punción aspiradora, pero en los casos en que después de haberse extraído por punción el pus, la temperatura persista igual o se eleve más, el enfermo se desnutra, el pulso se haga rápido y el derrame aumente de cantidad, este medio no representa sino un simple paliativo.

Planteado en estos términos el problema se impone el interrogante de la conducta a seguir; si se recurre al tratamiento quirúrgico el deceso alcanza entonces proporciones alarmantes, aun cuando el cuadro no tenga los caracteres tan sombríos que hemos apuntado.

M. Fernet, en 1888 y 1890, trata la pleuresía purulenta en los adultos, inyectando soluciones antisépticas de licor de Van Swieten. Extrae por la punción lo que permite el derrame y consecutivamente inyecta la solución, que avalúa en 60 a 80 gramos en un caso así tratado, pero no consigue disminuir la producción del pus. Inyecta después en vista del fracaso anterior, una solución hidro-alcohólica de naftol representando 75 centigramos de este cuerpo lo inyectado.

Potain, en la Sesión de la Academia de Medicina de París del 24 de abril de 1888, aconseja la inyección de aire esterilizado.

M. Renaut (*Gazette Medical*, del 9 de junio de 1888) usa la inyección del licor de Van Swieten, y M. Moizard (*Boletín de la Soc. Méd. des Hosp.*, 1888, pág. 348) emplea la solución yodoyodurada.

M. Juhel-Renoy (*loc. cit.*, pág. 355) inyectaba soluciones de cloruro de cinc, y Bouchard en 1888 (en su *Terapia de las enfermedades infecciosas*, París, 1889) recomendaba también las inyecciones antisépticas en las pleuresías purulentas y usaba la solución de naftol.

La inyección endopleural de optoquina, ha sido ensayada, lo mismo que la vía gástrica (forma corriente de empleo de este cuerpo) a la dosis de 1 y medio gramo diario en tomas de 0.30 a 0.40 gramos.

El doctor Arrillaga (*La Prensa Médica Argentina*, año II, n.º. 15), citado en la tesis de Adorni, presenta 6 casos tratados con este cuerpo, con relativo éxito.

El haptinógeno neumo-Méndez ha sido aplicado también — casos del doctor Castaño (*La Prensa Médica Argentina*, n.º. 23, año II) — con resultado

positivo, y el de Adorni citado en su tesis con resultado negativo.

El fango radífero, también ha sido empleado, y el doctor Pascualis Politi (La Pren. Méd. Arg., n.º. 17, 1915), publica dos casos tratados por él, con este método, habiendo curado los dos. Uno de ellos murió al mes de esta curación, a consecuencia de una bacilosis pulmonar, causa provocadora de la pleuresía sero-fibrinosa que secundariamente se hizo purulenta y que motivó el tratamiento en cuestión.

Las inyecciones intrapleurales de diversos metales coloidales plata, cobre, electrargol, etc., fueron cuerpos también aplicados.

Ultimamente, Novcourt, Jurie de Camiers y Tournier (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, sesión del 2 de julio de 1915) comunicaron los excelentes resultados obtenidos por las inyecciones intrapleurales de azul de metileno al 5 % como tratamiento de las pleuresías purulentas, consecutivas a bronconeumonías sarampionosas en el adulto. Sobre 9 enfermos sometidos a este tratamiento 8 curaron y 1 solamente falleció. Este último era portador de una cardiopatía congénita, y anteriormente al sarampión tuvo una escarlatina complicada de albuminuria.

Estos resultados provocaron un interesante y

bien llevado estudio por parte de los doctores Acuña y Casaubon, quienes lo adaptaron al lactante haciendo prever el éxito obtenido, que en un futuro no lejano, sea el tratamiento de elección.

TRATAMIENTO POR EL AZUL DE METILENO EN
SOLUCION ACUOSA AL 5 %

Hace relativamente poco tiempo que el azul de metileno ha ingresado a formar parte del bagaje terapéutico, y según sus iniciadores «casi todas las enfermedades para cuyo tratamiento ha querido emplearse, ha curado».

Es un cuerpo derivado de la anilina, que pertenece al grupo de las ptoctaninas. Polvo amorfo de color azul obscuro, mate, sin sabor ni olor. Tiene el desarrollo de la bacteridia carbunclosa (Arnozán, t. I, pág. 375, Terapéutica de las enfermedades infecciosas). A la dosis de 0,20 grs. por vía gástrica se elimina por la orina, que tiñe de azul, sin aparecer en ninguna otra secreción, pudiendo, sin embargo, colorear las heces fecales; aumentando la dosis hasta 1 gramo por dicha vía o en inyecciones subcutáneas de 0.08 grs., impregna entonces de azul la mayor parte de las secreciones. Esta modalidad de eliminarse por la orina ha servido a

Achard y Castaigne para medir la permeabilidad renal.

Las experiencias efectuadas en los animales han demostrado de que bastan 0.30 grs. por kilo de animal para matarlo, ocurriendo la muerte por envenenamiento de los nervios, en cuyo cilindro cje se ha constatado el azul de metileno, así como la hemoglobina de la sangre transformada en metahemoglobina.

Al principio, el azul de metileno fué aplicado contra el dolor : neuritis, neuralgias trifaciales, espermáticas, dolores reumáticos y los fulgurantes de la tabes. La inconstante eficacia ha hecho pensar que obraba por sugestión solamente.

Después, Guttmann y Ehrlich lo preconizaron contra la malaria, apoyándose sobre el hecho que *in vitro* coloreaba y mataba el protozooario de Laverán.

Ivanoff cree que obra sobre las formas adultas del hematozooario, por lo que aconseja suministrarlo conjuntamente con la quinina a la dosis de 0.25 grs. por día.

Por otra parte, Kzan-Bech, ha empleado contra la difteria 40 a 50 centigramos por día al interior y en embrocaciones.

Pierre Marie lo considera útil en la glucosuria y Lemoine cree que es capaz de mejorar las albu-

minurias a dosis no superiores de 50 centigramos por día y que no bajen de 0.20 grs.

Refiriéndose a las albuminurias de cualquier naturaleza, dice Arnozan (loc. cit.) que la acción bienhechora del azul sobre las lesiones renales, podría no ser más que pasajera, salvo que se tratara de *lesiones infecciosas*.

Se ha empleado, asimismo, como tópico en oftalmología al 1 por 800 y al 2 % en otología.

Espolvoreado sobre pequeñas ulceraciones sépticas ha dado buenos resultados a veces, y este mismo tratamiento se ha aplicado en los epiteliomas.

Las inyecciones en pleno tejido canceroso del útero, han conseguido modificar un tanto la marcha de la enfermedad y el dolor ha podido desaparecer con frecuencia.

Du Castel y Mazet Darier, han aplicado con ventaja, en los epiteliomas inoperables de la cara, embrocaciones, tres veces por semana, de una solución de azul de metileno al décimo y otra de ácido crómico al quinto. Al cabo de algún tiempo del tratamiento emplean solamente la solución de azul: habiendo obtenido de este modo, curaciones rápidas y bastante persistentes.

La aplicación del azul contra las pleuresías purulentas en el adulto, que partió de Francia y su

adaptación en el lactante entre nosotros, es obra de estos dos últimos años.

La técnica a seguir es sencilla : Prévía evacuación de 10 a 50 grs. de pus pleural por intermedio de una jeringa Pravaz, con aguja de mediano calibre, se inyecta en la cavidad 5 a 10 c.c. de una solución de azul de metileno puro al 5 % de agua destilada y esterilizada. Esta operación se repite dos o tres veces por semana de acuerdo con la marcha del derrame.

Cuando el líquido extraído es intensamente teñido por el azul, basta con evacuarlo simplemente, sin inyectar nueva dosis de solución.

Las inyecciones son perfectamente toleradas y se puede avanzar que son inocuas : no causan dolor ni sensación de molestia alguna inmediata ni tardíamente.

Después de pasar a la circulación, el azul se elimina por la orina y aún después de cierto tiempo de suprimido el tratamiento continúa eliminándose, lo que prueba su lenta reabsorción. Pero puede ocurrir que suceda lo contrario, a causa de un fuerte espesamiento pleural que aisle totalmente al derrame.

Esta falta de eliminación del azul por la orina, refleja entonces una reabsorción nula de parte de

la pleura, siendo estos casos precisamente los que menos benefician del tratamiento.

Desde las primeras inyecciones, ya el derrame sufre modificaciones favorables en su evolución, se constata principalmente la disminución del mismo, cuyo límite en la cavidad pleural sufre un descenso evidente a la percusión que da al mismo tiempo una sensación menos hídrica y el pulmón es más permeable.

Ya a la primera inyección puede ocurrir que el derrame se reabsorba y se presente la curación completa. Otras veces es transitoria nada más, reproduciéndose posteriormente el derrame, el que se enquistá, terminando por desaparecer al final con mayor o menor rapidez, pero siempre de un modo definitivo.

Al final del tratamiento, el pus se hace denso, espeso, consistente y muy dificultosa la simple aspiración, para evacuarlo.

El pus continúa teñido de azul muchos días después de la última inyección y los gérmenes que contiene desarrollan sus colonias en los cultivos. Respecto a la virulencia de éstos, no se han realizado experiencias que hubiesen sido de mucho interés con relación al poder antiséptico del método.

Ningún accidente de importancia se ha observado. La expectoración teñida de azul que se obser-

vó en dos casos, cuyas historias clínicas van al final, aparecieron minutos después de la inyección. Este fenómeno no tuvo consecuencia desagradable alguna y desapareció al tercer día en un caso y una semana después en el otro.

La repetición de las inyecciones no produce inconveniente alguno (hasta seis en un caso, con 70 c.c. de solución en total).

En dos casos se formó un absceso de la pared, motivado por la siembra del pus durante la extracción del mismo.

La curva térmica desciende gradualmente en lisis, y los casos curados lo fueron en condiciones perfectas, sin adherencias pleurales, sin retracciones pulmonares, ni deformaciones del tórax.

Tres casos visitados varios meses después del alta, estaban en perfectas condiciones de nutrición y de salud.

Es así entonces, que este tratamiento puede curar radicalmente la pleuresía purulenta del lactante, cualquiera que sean los agentes causales de ella, puesto que los casos tratados, dos eran a neumococo, dos a estrepto y neumó y tres a estafilo y estreptococo.

Respecto al pronóstico, es más favorable indudablemente aquel derrame originado por neumococos solamente.

La duración con este tratamiento parece ser menor que el que se observa por la resección costal; así en dos casos tratados por el azul, curaron en menos de un mes; pero es necesario tener en cuenta que depende en mucho de las asociaciones microbianas y del índice vital del enfermo, como asimismo del estado del pulmón subyacente.

Sobre los siete casos que presentamos, en cuatro, la pleuresía purulenta fué consecutiva a bronconeumonía pseudo-lobar, las que curaron. En otros dos el pulmón presentaba focos de bronconeumonía doble; uno falleció con pericarditis purulenta y el otro está en tratamiento. En el último, la pleuresía fué consecutiva a una pneumonía y curó perfectamente.

Es indudable, que la simple eliminación del pus por medio de la aspiración, contribuye en parte al éxito del tratamiento; sin embargo, es evidente que las modificaciones en la marcha y evolución de la enfermedad dependen sobre todo del azul que obra como un tóxico, provocando desde luego, un proceso irritativo, que trae como consecuencia un mayor aflujo sanguíneo, que favorece la reabsorción del derrame.

La acción antiséptica de este cuerpo, no dejará sin duda de intervenir eficazmente frente a las enor-

mes colonias microbianas que provocan y entretienen la supuración.

De los casos presentados sólo uno ha fallecido, pero hay que tener presente que al ingresar al hospital, tenía una pleuresía bilateral, profunda anemia, estado general muy malo, conjunto ya de un pronóstico fatal; es así pues que su muerte fué debida a su particularmente grave estado, lo que explica fácilmente la ineficacia del medicamento.

El siguiente cuadro sobre la marcha e incidentes del tratamiento, en cada caso, ilustrará más al respecto.

CASOS CURADOS

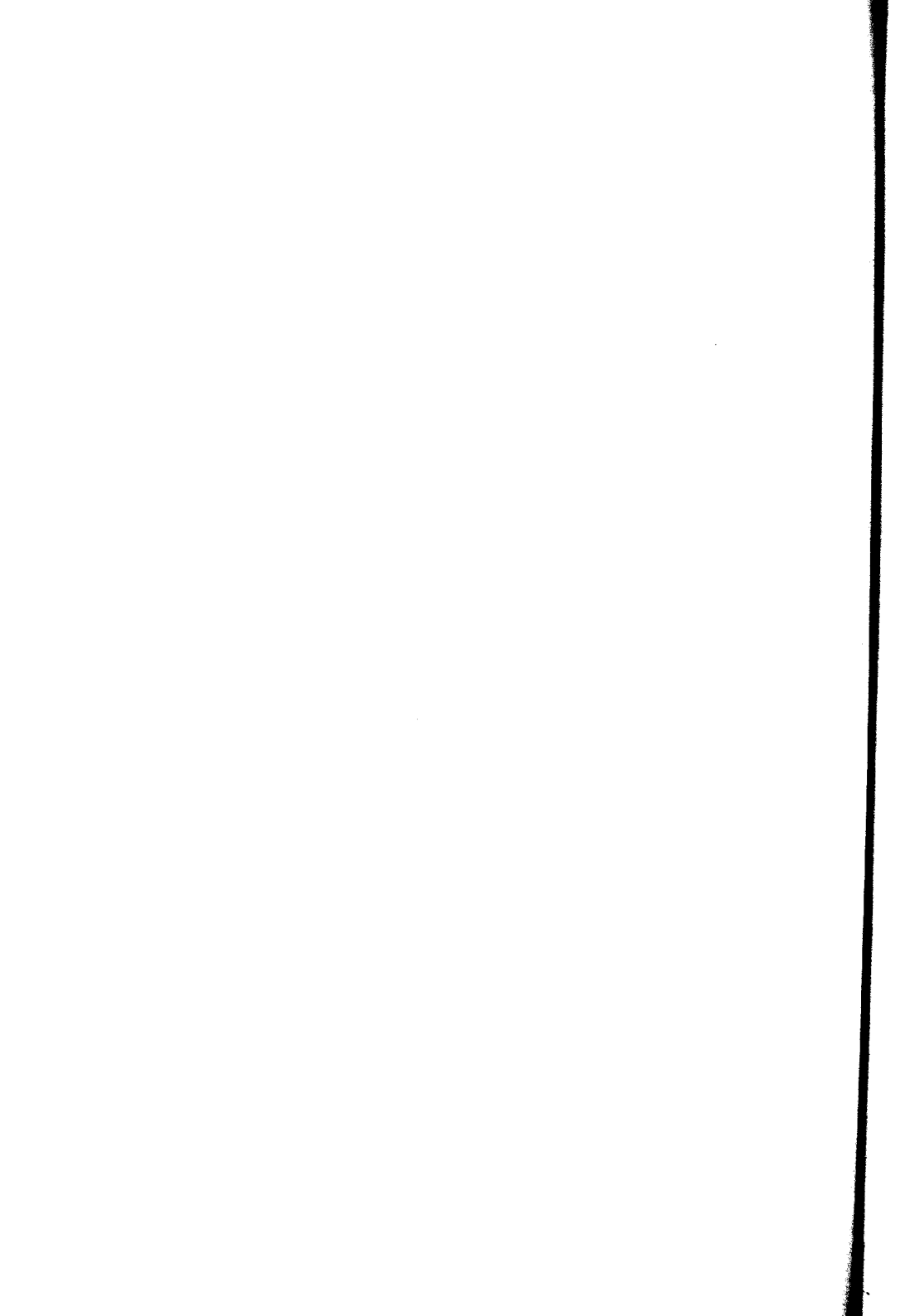
Edad	Sexo	Bacteriología	Estado del pulmón y de la pleura	Cantidad total de pus extraído y evolución	Tratamiento	Tiempo en que se han curado el contenido del tratamiento.	OBSERVACIONES
21 meses (Obs. 1ª)	Varón	Cocos, pneumococos, estreptococos.	Bronconeumonía, gran derrame pleura izquierda. Desviación del corazón.	170 gramos.— Reabsorción rápida después de la primera inyección.	10 cc. azul intrapleural	25 días	Observado tiempo después. Curación perfecta.
14 meses (Obs. 2ª)	Mujer	Neumococos.	Bronconeumonía. Derrame derecho, mediano.	20 gramos.— Seis días e inyección de azul; punctiones blancas. Curación.	10 cc. azul intrapleural	20 días	Un accidente de la inyección, hace que parte del azul penetre en un bronquio con eliminación momentos después por la boca. Ningún fenómeno consecutivo. — Curación perfecta.
25 meses (Obs. 3ª)	Varón	Cocos, estafilococos y estreptococos.	Bronquitis gruesa, el derrame llena la gran cavidad derecha.	140 gramos pus.— Reabsorción rápida después de las dos primeras inyecciones. — Enquistamiento. Curación.	25 cc. azul intrapleural	55 días	Absceso de la pared torácica por contaminación en las punctiones. Absceso de la pared abdominal consecutivo a una inyección de huevo. Curación perfecta.
15 años (Obs. 7ª)	Varón	Cocos, neumococos.	Neumonía izquierda, lóbulo superior. Derrame izquierdo.	513 cc. de pus.— Reabsorción rápida después de las dos primeras inyecciones.—Curación.	10 cc. azul intrapleural	35 días	Observado durante mucho tiempo en perfectas condiciones.

CASOS EN TRATAMIENTO

Edad	Sexo	Bacteriología	Estado del pulmón y de la pleura	Cantidad total de pus extraído y evolución	Tratamiento	OBSERVACIONES
22 meses (Obs. 4ª)	Mujer	Estreptococos estafilococos.	Bronconeumonía, gran derrame pleural izquierdo.	780 gramos. — Reproducción persistente del derrame. Enquistamiento axilar. Persiste pequeña cavidad enquistada. Actualmente mejor estado general. En vía de curación perfecta.	70 cc. azul intrapleural	Lleva 45 días de tratamiento. —
1 1/2 años (Obs. 5ª)	Varón	Diplococos, estreptococos estafilococos.	Bronconeumonía, amebos pulmones. El derrame llena la gran cavidad izquierda.	230 gramos. — Realización rápida después de las dos primeras inyecciones. Nuevos focos de bronconeumonía. Nueva reproducción del derrame. Enquistamiento de la región axilar. Supuración constante. Estado general precario.	53 cc. azul intrapleural	Lleva Absceso de la pared 3 1/2 meses torácica por contaminación en las punciones. — Otitis supurada.

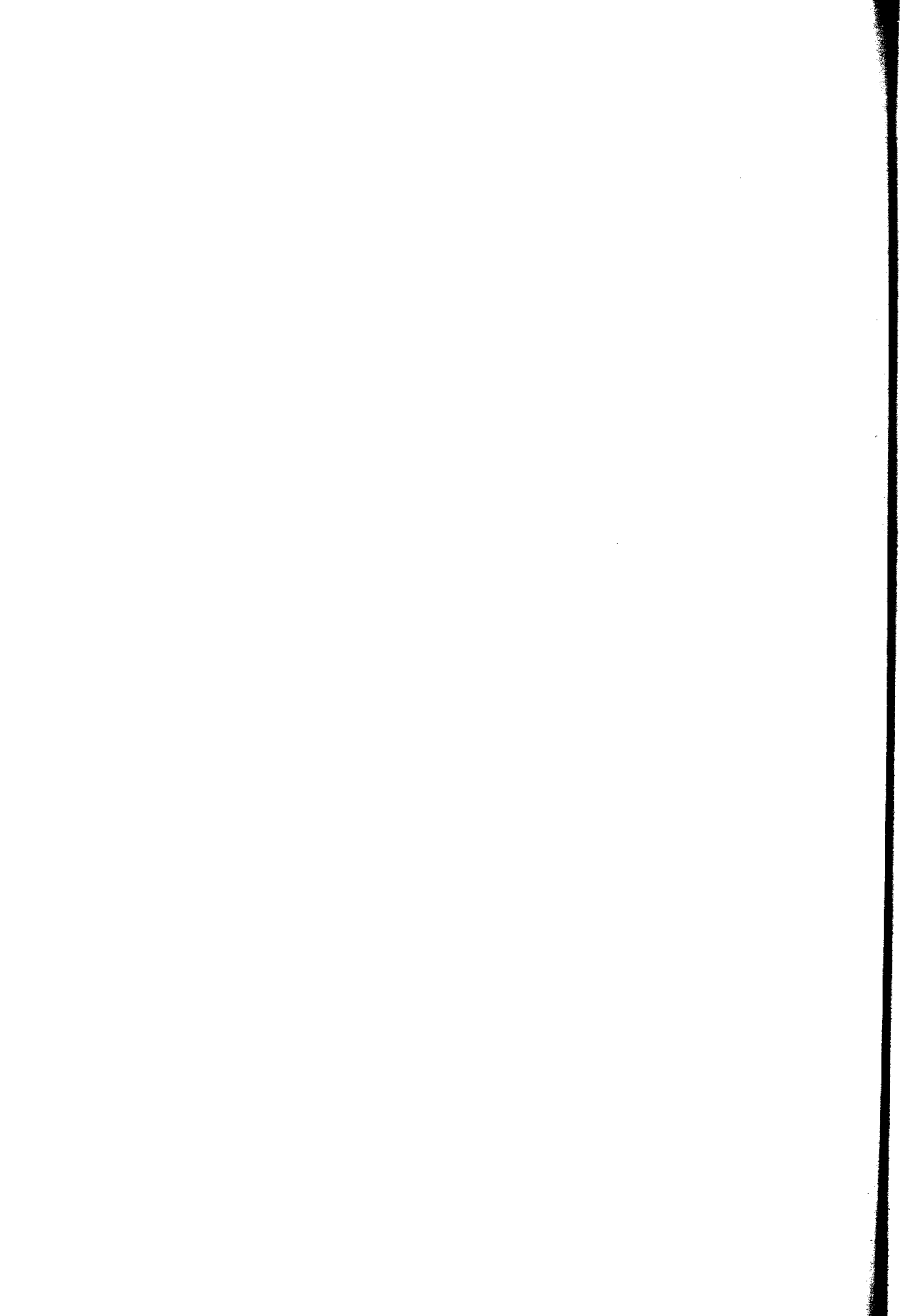
CASOS FALLECIDOS

Edad	Sexo	Bacteriología	Estado del pulmón y de la pleura	Cantidad total de pus extraído y evolución	Tratamiento	Tiempo en que han curado o contraído el estado del tratamiento	OBSERVACIONES
22 meses (Obs. 6*)	Varón	Pneumococos, estreptococos.	Bronconeumonía, Derrame purulento doble.	255 gramos.	30 cc. azul	--	Intoxicación y pésimo estado general a su ingreso. Pericarditis purulenta.



OBSERVACIONES CLÍNICAS

HOSPITAL DE NIÑOS, SALA XV
SERVICIO DEL DR. ELISEO ORTIZ



OBSERVACION I

R. G., edad 6 meses ; ingresó : mayo 1º de 1916 ; alta : junio 25 de 1916.

Diagnóstico— Pleuresía purulenta izquierda (cocos, diplococos y estreptococos).

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Nacido a término, parto normal. Pecho hasta 1 mes y medio ; luego alimentación mixta hasta los 8 meses. Destete a esta edad. Fué siempre sano.

Enfermedad actual — Comienza 15 días antes de su ingreso con tos y fiebre alta ; la primera se hizo más intensa y la segunda viene oscilando entre 37°5 y 38°8. Inapetencia, deposiciones fétidas, enflaquecimiento.

Estado actual — Niño más bien en mal estado de nutrición, piel pálida, mucosas rosadas y limpias. Erupción dentaria : 8 incisivos y 4 molares.

Aparato respiratorio : Disnea y tos. Percusión mate y dura de todo el hemitórax izquierdo por delante y detrás. Traube libre. Respiración ruda, agria, sin llegar a constituir soplo a nivel de la punta del omóplato. Disminución acentuada de la entrada de aire en todo el lado izquierdo. Lado derecho nada de particular.

Aparato circulatorio : El choque de la punta se percibe en el epigastrio a la altura de la punta del esternón. Tonos cardíacos bien perceptibles. Pulso de buena tensión, 124 pulsaciones por minuto.

Abdomen : Conformación normal. Hígado palpable hasta 3 centímetros por debajo del reborde costal. No se palpan otras vísceras.

Sistema nervioso : Nada digno de mención.

Peso : 7.720 gramos. Talla : 70.5 centímetros. Circunferencia craneana : 47 centímetros.

Mayo 1º : Punción a nivel de la escápula. Evacuación de 30 grs. de pus fluído, amarillo verdoso, cuyo examen da : fibrina, leucocitos, células endoteliales. Cultivos : cocos, diplococos, con caracteres de neumococos.

Mayo 2 : Se extraen 80 grs. de pus con los

mismos caracteres que el anterior. Inyección intrapleural de 10 c.c. de azul de metileno al 5 %.

Mayo 4 : El examen de hoy permite constatar : La percusión aclarada en la base izquierda, adquiriendo sonoridad con eco ligeramente timpánico.

La matitez persiste hacia arriba aunque disminuida. Por delante la percusión se ha aclarado mucho. La auscultación deja percibir la entrada de aire en toda la superficie pulmonar. A nivel de la punta del omóplato la respiración continúa siendo agria, ruda. El corazón ha vuelto en parte a su sitio y la punta se siente a poco más de un través de dedo por dentro del mamelón, no ya a la altura de la punta del esternón como anteriormente.

Mayo 7 : Se extraen 50 gramos de pus franco, intensamente teñido por el azul. El examen de este pus da : regular cantidad de elementos celulares, dos a tres por campo, con predominio de linfocitos, estreptococos a cadenas de 4 y de 8 elementos.

Mayo 15 : En dos ocasiones se ha hecho punciones exploradoras, que resultaron blancas. La matitez ha desaparecido casi en la base, dando sonoridad a tono agudo, con buena entrada de aire. Se percibe a este nivel algunos rales subcrepitantes.

Mayo 18 : Se hace examen radioscópico, constatándose : vértice claro, sombra movable en el sexto espacio intercostal, hasta cerca de la punta del omó-

plato, que se desliza con los cambios de posición, dando la imagen de colección líquida, lo que fué luego corroborado por una punción que dió salida a un centímetro cúbico de pus. El líquido estaba libre, puesto que se desplazaba con los movimientos impresos al enfermo. Sin embargo, la percusión en ese punto sólo daba ligera sub-matitez. A la auscultación, respiración agria hacia arriba. Por lo demás, buena entrada de aire.

Mayo 27 : Hace varios días que está en apirexia. El estado general mejora rápidamente. A la auscultación del pulmón izquierdo se comprueba entrada de aire hasta abajo. No hay ruidos adventicios. La percusión es sonora, encontrándose aumentada la resistencia al dedo. A la radioscopia efectuada hoy se comprueba ausencia de rales, persistiendo en la base menos claridad, comparada con la opuesta. El resto completamente transparente.

Junio 10 : Desde varios días, temperatura irregular. Al examen de hoy se nota ligera disminución de sonoridad y elasticidad del vértice izquierdo, por delante y detrás con menor entrada de aire. El resto de la superficie pulmonar perfectamente bien. Mejoría evidente del estado general. El niño está contento, se alimenta bien, comienza a ganar el peso que perdió.

Junio 14 : Examen de sangre (forma leucocita-

ria : glóbulos blancos 19.000, polinucleares 45 %, mononucleares 1 %, formas de transición 1 %, linfocitos 53 %.

Junio 24 : Ha continuado bien. Mejor estado general, buen apetito. Apirexia completa desde hace 20 días. No hay tos. Percusión : sonoridad normal, algo más aguda en la base izquierda. Murmullo vesicular amplio e igual en ambos pulmones. Forma leucocitaria : glóbulos blancos 15.500, polinucleares 61 %, linfocitos 39 %.

Junio 25 : Alta.

Julio 6 : Es traído al servicio. Sigue muy bien. Excelente apetito, está contento. Apirexia. A la percusión se nota ligera disminución de sonoridad en el hemitórax izquierdo. Buena entrada del aire. No se ausculta ruidos adventicios. Peso : 7.050 grs. Temperatura 36°5. El último peso había sido, al ser dado de alta, de 6.860 grs.

Julio 17 : Sigue muy bien, hay buen apetito, continúa la apirexia. La sonoridad y la entrada de aire son iguales en ambos pulmones. Peso 6.920 gramos.

Julio 30 : Continúa bien : Apirexia. Peso 7.500 gramos.

En suma, pleuresía purulenta de la gran cavidad, consecutiva a bronconeumonía, con desviación

del corazón hacia la derecha. Después de la evacuación de 100 gramos de pus (neumococos y estreptococos) e inyección de 10 c.c. de azul de metileno en solución al 5 %, reabsorción rápida del derrame. Curación perfecta en 25 días. Influencia escasa sobre la temperatura, que descendió en lisis.

OBSERVACION II

L. A., edad 14 meses.

Diagnóstico -- Pleuresía purulenta derecha a neumococos.

Noviembre 17 de 1915 : Esta enfermita es tratada en el servicio, pero no internada, trayéndola los padres desde su casa. Fué siempre criada a pecho y sana. Hace 1 mes y medio tuvo sarampión y desde entonces quedó con fiebre por las tardes, tos y pañales verdes, mucosos.

Aparato respiratorio : Disnea y tos. En el pulmón derecho, por detrás, se percute submatitez desde un través de dedo por encima de la punta del omóplato hasta la base. Soplo alejado, suave. Disminución marcada de la entrada del aire. Rales gruesos diseminados en ambos pulmones.

Aparato circulatorio : Nada de particular.

Abdomen : Hígado palpable a un través de dedo por debajo del reborde costal.

Sistema nervioso : Nada digno de mención.

Noviembre 17 : Se extrae por punción 20 grs. de pus verde, cremoso de la pleura derecha. Se le inyecta 10 c.c. de la solución de azul. Un accidente de la inyección hace que parte del azul penetre en un bronquio, eliminándose momentos después por la boca, lo cual, fuera de un acceso de tos, no parece haber tenido mayores consecuencias para el enfermo. La temperatura fué por la tarde de 37 grados.

Noviembre 18 : Temperatura 36°8. No se comprueba ningún fenómeno atribuible al accidente ocurrido durante la anterior inyección. El estado general se mantiene bueno. El examen del pus da : abundantes glóbulos purulentos y diplococos encapsulados de Fränckel. Se ordena pecho únicamente y una poción con adrenalina, benzoato de sodio y jarabe de ipeca.

Noviembre 19 : Se suspende la poción con ipeca, por determinarle vómitos. En el exudado expectorado y vomitado se elimina azul de metileno.

Noviembre 23 : Sigue mejor. Tiene tos con expectoración filante, teñida a menudo de azul. Ligera palidez. Manifiesta buen apetito. Pulmón derecho submate, con buena entrada de aire. Tos con timbre metálico. Se punza en dos sitios diferentes, en

blanco. Se prescribe pecho cada 3 horas más 1 y media cucharaditas de Malted milk en 7 cucharadas de agua. Poción con gomenól.

Noviembre 27 : Continúa algo mejor. Apirexia. Respiración amplia de la base pulmonar. Submatitez acentuada 1º, 2º y 3º espacios intercostales derechos, con soplo tubario. Bronquitis.

Diciembre 3 : Continúa mejor. Manifiesta apetito. Menos tos. No hay fiebre. Bases permeables. Submatitez ligera de la base derecha.

Diciembre 7 : Peso 6.780 grs. Continúa mejor. Varias punciones resultan negativas. Respiración ruda en la axila y base derecha.

Diciembre 14 : Peso 7.360 grs. Sigue bien. Persisten submatitez y respiración ruda.

Diciembre 20 : Peso 7.700 grs. Continúa bien. Persiste ligera submatitez. Respiración amplia.

Diciembre 28 : Peso 7.960 grs. Sigue bien. Persiste la submatitez ligera. Respiración amplia.

Enero 12 : Peso 8.400 grs. Continúa muy bien. Percusión y auscultación normales. Todas sus funciones se cumplen perfectamente.

Febrero 20 : Sigue en perfecta salud. Peso muy aumentado.

En resumen, bronconeumonía, pleuresía purulenta derecha a neumococos mediana. Evacuación

de 20 grs. de pus e inyección intrapleurale de 10 gramos de azul de metileno. Reabsorción rápida del derrame. Seis días después, las punciones repetidas resultaron blancas. Curación perfecta en 20 días.

OBSERVACION III

M. P., edad 25 meses ; ingresó : mayo 20 de 1916 ; alta : agosto 14 de 1916.

Diagnóstico — Pleuresía purulenta derecha (cocos, diplococos, estreptococos, estafilococos).

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Nacido a término, de parto normal. Criado a pecho hasta los 3 meses de edad ; luego alimentación artificial con leche de vaca. Fué siempre sano.

Enfermedad actual — Comienza bruscamente 15 días antes de su ingreso, con alta fiebre, disnea y tos. Se diagnostica neumonía, que hizo crisis al octavo día, pero en seguida vuelve a elevarse la temperatura, por lo que se determina su ingreso.

Estado actual — Niño en regular estado de nutrición. Micropoliadenia cervical, axilar e inguinal.

Aparato respiratorio : Tórax bien conformado. A la palpación, ausencia de vibraciones en el hemitórax derecho. A la percusión, matitez absoluta del mismo lado por detrás en toda su extensión. Skodismo por delante. A la auscultación, respiración ruda, agria, sin llegar a constituir soplo, en el vértice derecho. En el resto, ausencia del murmullo vesicular. Respiración vicariante del pulmón izquierdo.

Aparato circulatorio : Nada de particular.

Abdomen : No se palpan vísceras.

Sistema nervioso : Nada de anormal.

Peso : 11.200 grs. Talla : 88 centímetros.

Mayo 21 : Se extrae por punción 80 grs. de un pus espeso, verdoso y se inyecta en la pleura 10 centímetros cúbicos de la solución de azul de metileno al 5 %. El examen de este pus da : predominio casi absoluto de linfocitos, fibrina, cocos y diplococos. Los cultivos dan colonias de estreptococos y estafilococos.

Mayo 22 : Se extrae 40 grs. de pus y se inyectan 10 c.c. de la solución de azul.

Mayo 23 : La percusión en las fosas supra e infraespinosa derechas acusa ligera sonoridad ; por debajo percusión submate y matitez absoluta a partir del 8º espacio intercostal ; por delante skodismo. A la auscultación, soplo expiratorio en el vértice. No se oyen ruidos adventicios.

Mayo 27 : Desde hace dos días tiene fiebre. Matitez absoluta de la fosa infraespinosa. Respiración tubaria con timbre anfórico. Punciones negativas.

Mayo 30 : Lóbulo superior : sonoridad normal. Matitez acentuada entre la punta del omóplato y la columna. Sonoridad aguda por debajo. Respiración normal hacia arriba, indeterminada en la base. Radioscopia : vértice libre, base bastante transparente. En la parte media sombra del tamaño de una mandarina, de contornos redondeados, nítidos. Se punza en la zona de mayor matitez, extrayéndose unos 10 grs. de pus, teñido de azul, cuyo examen da : glóbulos purulentos y fibrina ; no hay gérmenes. Cultivos : desarrollo de colonias de estafilococos.

Junio 3 : Vuélve a tener fiebre de manera continua alrededor de 39 grados. Se hacen varias punciones, sin conseguirse extraer líquido. Se comprueba una infiltración edematosa de la pared torácica, parte media, punta del omóplato, en la región de mayor matitez.

Junio 5 : En dicha región edematosa de la pared se ha formado un absceso, que se incinde en la fecha, dando salida a pus seroso, abundante, no teñido de azul. No tiene relación con la cavidad pleural.

Junio 14 : Forma leucocitaria : glóbulos blancos

25.000, polinucleares 84 %, mononucleares 7 %, forma de transición 1 %, linfocitos 8 %.

A consecuencia de una inyección de huevo, hecha en la pared abdominal, se ha formado un absceso que se incinde y drena.

Junio 27 : Regular estado de nutrición. Ha enflaquecido mucho después de dos abscesos de las paredes costal y abdominal, los que están ya curados. Al examen del pulmón se comprueba matitez en la fosa infraespinosa, con sople suave y rales húmedos ; entre las líneas axilar y escapular hay matitez absoluta, con respiración alejada. En la base submatitez ligera, con murmullo vesicular rudo. Se punza a la altura de la punta del omóplato, retirándose 2 c.c. de pus azulado, siendo imposible extraer más. Se punza en la región axilar, retirándose también 2 c.c. de pus. Se hacen otras punciones con resultado negativo. El examen de pus da : cocos, diplococos y estafilococos.

Julio 14 : Después de varios días de apirexia vuelve a tener fiebre. Hoy se comprueba matitez a nivel de la punta del omóplato y algo por encima de ella. Punzado a este nivel, se extrae pequeña cantidad de pus espeso, concreto, saciando difícilmente, con aspecto de seudomembranas en organización. Se inyecta en el mismo sitio 3 c.c. de azul.

Agosto 9 : Ha tenido de vez en cuando ascensos térmicos que sólo han durado un día. Por lo demás, el enfermo ha mejorado visiblemente : está contento, manifestando mucho apetito. Al examen radioscópico efectuado hoy, se comprueba transparencia del pulmón derecho en toda su extensión, salvo en la base, donde es algo menor que en el lado opuesto.

Agosto 14 : Sigue muy bien. Aumento de peso, excelente apetito, está contento, deposiciones normales. En la fecha se le da de alta con un peso de 9.600 grs.

Agosto 24 : Es traído al servicio. Sigue perfectamente : apirexia, apetito voraz, está contento y juega. La sonoridad pulmonar derecha está apenas disminuída con relación a la izquierda ; la entrada del aire es amplia.

No tiene tos. Pesa 10.420 grs.

En resumen : pleuresía purulenta derecha, llenando la gran cavidad. Estreptococos y estafilococos. Reabsorción rápida del derrame después de las dos primeras inyecciones intrapleurales de azul de metileno. Enquistamiento consecutivo del derrame hacia la región axilar. Curación completa en 55 días.

OBSERVACION IV

M. M., edad 22 meses ; ingresó (sala 4^a) en julio 27 de 1916 ; pasada a la sala XV el 1^o de agosto de 1916.

Diagnóstico—Pleuresía purulenta izquierda (estreptococos, estafilococos).

Antecedentes hereditarios — El padre es sano. La madre demente. Nueve hijos vivos y 5 muertos.

Antecedentes personales — La persona que la trae ignora el pasado de la niña.

Enfermedad actual — Veinte días antes de su ingreso fué diagnosticada una neumonía. Mejoró, pero casi en seguida vuelve a elevarse la temperatura y aparece una tos seca, muy frecuente

Estado actual — Niña enflaquecida, con pequeños ganglios en el cuello e ingles. Piel rosada, lim-

pia. Lengua saburral, ligeramente roja. Buen desarrollo esquelético. Erupción dentaria : 8 incisivos, 4 premolares y 2 caninos.

Aparato respiratorio : Disnea y tos moderada. Marcada disminución de sonoridad y elasticidad de todo el hemitórax izquierdo por delante, en la axila y por detrás. Estos fenómenos se acentúan sobre todo por detrás, desde el vértice hasta la punta del omóplato, en la axila y por delante ; la base da una percusión más sonora. A la auscultación soplo suave, que se percibe bien entre la columna vertebral y la escápula, a la altura de la parte media de ésta. No se auscultan rales. Pulmón derecho normal.

Aparato circulatorio : Area cardíaca normal ; tonos bien. Pulso regular, frecuente, buena tensión.

Abdomen : Tenso, difícil de palpar. No se palpan vísceras.

Sistema nervioso : Nada de particular.

Dice algunas palabras, camina sosteniéndole.

Peso : 8.480 grs. ; talla : 75 centímetros ; circunferencia craneana : 45 centímetros.

En la sala 4ª, la temperatura ha sido irregular, con mínimas de 37° y máximas de 39°5. En dicho servicio, el 31 de julio, extraen pus líquido, amarillento, cuyo examen da : abundantes elementos celulares, con predominio de polinucleares, fibrina, diplococos que toman el Gram. Cultivos negativos.

Agosto 2 : Se punza la pleura izquierda, extrayéndose alrededor de 180 grs. de pus amarillento, con reflejos ligeramente verdosos, muy líquido y se inyecta 10 c.c. de la solución de azul. Punción hecha a la altura del ángulo del omóplato. El examen de este pus da : fibrina y estreptococos. Los cultivos dan colonias de estos gérmenes. El examen de sangre da : hemoglobina 82 % (Gowers), glóbulos rojos 4.720.000, glóbulos blancos 26.500, relación globular 1 por 178, valor globular 0.87, polinucleares 57 %, formas de transición 2 %, linfocitos 41 %.

Agosto 7 : Continúa con temperatura irregular, disnea y tos. Los fenómenos físicos permanecen iguales. En la fecha se extrae 60 grs. de pus amarillento, algo más espeso que el anterior y se inyecta en la pleura 15 c.c. de la solución de azul. El examen de este pus da : abundantes linfocitos y polinucleares, fibrina y estreptococos. Los cultivos dan colonias de estafilococos.

Agosto 9 : Mejor sonoridad pulmonar. Se oye el soplo en sitio ya señalado. Se percibe a este mismo nivel, al fin de la inspiración, rales finos en foco.

Agosto 10 : Se extrae 150 grs. de pus espeso, bien ligado. Punción hecha en la pleura izquierda, sexto espacio, línea axilar media. Se inyecta 15 c.c.

de la solución de azul. El examen del pus da : abundantes glóbulos purulentos y fibrina. Gran cantidad de diplococos y estreptococos. Los cultivos desarrollan colonias de estafilo y estreptococos.

Agosto 14 : Se retiran 40 grs. de pus de la pleura izquierda.

Agosto 18 : Sigue la temperatura irregular, los tos y la disnea son moderadas. Se oye siempre el soplo en el sitio indicado. La sonoridad pulmonar ha mejorado. La disminución de sonoridad y elasticidad se acentúan sobre todo percutiendo sobre la escápula. En la axila y por delante la percusión se ha aclarado bastante. Se punza en el 7º espacio, línea axilar posterior, extrayéndose 50 grs. de pus espeso y teñido de azul. Se inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de azul.

Agosto 22 : Se punza nuevamente sobre la línea axilar media, 6º espacio, y se extrae 20 grs. de pus espeso también teñido de azul, cuyo examen da gran cantidad de elementos celulares, con predominio de polinucleares ; abundantes estreptococos. Los leucocitos así como los estreptococos, se encuentran coloreados en azul, intensamente. Los cultivos dan colonias de estafilo y estreptococos.

Agosto 28 : Manifiesta más apetito. Deposiciones normales. La percusión se aclara, salvo sobre la escápula y en la axila, donde permanece oscura.

No hay soplo. La entrada del aire es bastante amplia en el pulmón izquierdo. Se punza en el 4º espacio, línea axilar media, y se extrae 80 grs. de pus espeso bien ligado, teñido en parte de azul. Se inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de azul. El examen de este pus da estreptococos, lo mismo que los cultivos.

Septiembre 2 : Sonoridad casi normal por detrás, con buena entrada de aire. Sobre la escápula y en la axila persiste la disminución de elasticidad y sonoridad. La entrada del aire es mucho más amplia. Se auscultan algunos rales gruesos diseminados. Punción en el 7º espacio, línea axilar posterior, extrayéndose 100 grs. de pus espeso intensamente teñido por el azul, que en los cultivos da colonias de estafilo y estreptococos.

Septiembre 4 : Se hace examen radioscópico y se comprueba perfectamente una sombra en el hemitórax izquierdo, que tiene sobre la pantalla unos dos traveses de dedo de ancho, a partir de la punta de la escápula, bien visible por delante y por detrás. La sombra corresponde al líquido pleural, pues se desplaza claramente con los movimientos impresos al enfermo.

Septiembre 8 : Se extrae 50 grs. de pus amarillo, espeso, débilmente teñido de azul. Se inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de azul. El examen de

este pus da : en las preparaciones directas, ausencia de elementos figurados y de gérmenes. En los frotis teñidos con azul de metileno se observan abundantes glóbulos purulentos y estreptococos. Los cultivos dan colonias de estafilococos.

Septiembre 13 : Tiene temperatura irregular desde hace varios días. Se vuelve a punzar en 5º espacio, línea axilar media, extrayéndose 50 grs. de pus obscuro, grumoso, en parte teñido por el azul.

Septiembre 19 : Mejor estado general. Manifiesta apetito. Apirexia desde hace varios días. Buena sonoridad pulmonar por detrás, en toda la extensión. Murmullo vesicular hasta la base. Disminución de elasticidad al dedo en la región axilar, limitada a dos espacios intercostales.

En resumen, pleuresía purulenta llenando la gran cavidad izquierda. Estreptococos y estafilococos. Reproducción del derrame no obstante fuertes evacuaciones, cerca de 800 grs. de pus en total. Enquistamiento tardío del derrame. Acción lenta del azul de metileno sobre la reabsorción del pus y nula sobre la curva térmica.

Actualmente en vías de curación.

OBSERVACION V

J. C. R., edad 1 y medio año ; ingresó : mayo 20 de 1916.

Diagnóstico — Pleuresía purulenta izquierda (diplococos, estreptococos, estafilococos).

Antecedentes hereditarios — Padre de 41 años de edad ; madre de 31. Sanos. Nueve embarazos, de los cuales 5 hijos vivos, un aborto y tres muertos entre un mes y un año de edad, uno de sarampión, otro de coqueluche y el tercero de neumonía.

Antecedentes personales — Nacido a término. Vacunado. Pecho materno hasta los dos meses. Según la madre, el niño perdía de peso con el pecho, por cuyo motivo lo destetaron, criándolo desde entonces con leche de vaca diluída y chuño con leche. Actualmente lo alimentan así : 4 alimentos diarios, a veces leche de vaca (6 cucharadas, más 3 de agua) y otras chuño con leche (1 cucharadita

del primero, más 6 de leche). El niño progresaba satisfactoriamente hasta iniciarse en su afección actual. Primeros dientes a los 6 meses. Comienza a dar los primeros pasos.

Enfermedad actual — Se inicia hace 15 días con fiebre elevada, tos frecuente, disnea y anorexia. Los fenómenos continúan. Ha enflaquecido mucho.

Estado actual — Niño desnutrido, acentuada palidez de los tegumentos, párpados edematosos; micropoliadenia del cuello, axilas e ingles. Erupción dentaria: los ocho incisivos, los cuatro caninos, los dos primeros molares inferiores de cada lado, un primer molar superior derecho y uno izquierdo. Hernia inguinal izquierda voluminosa.

Aparato respiratorio: Disnea y tos frecuente, húmeda. Matitez de todo el hemitórax izquierdo por delante y detrás. Traube libre. Sonoridad normal del pulmón derecho, salvo en la base donde hay submatitez. A la auscultación respiración dura del vértice izquierdo; disminución de la entrada del aire en el resto de la superficie de este pulmón. Pulmón derecho: Se auscultan rales medianos diseminados y en la base un grupo de rales finos.

Aparato circulatorio: La punta del corazón se siente latir en el epigastrio; el órgano ha sido des-

plazado por el derrame. Tonos bien perceptibles, pulso de buena tensión, 160 pulsaciones por minuto.

Abdomen : Distendido, sus paredes han perdido parte del tono muscular. Hígado palpable hasta 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal, superficie y borde liso. No se palpan otras vísceras.

Sistema nervioso : Nada digno de mención.

Peso 8.360 grs. Talla 75.5 cts. Circunferencia craneana 47.5 cts.

El mismo día de su ingreso se extrae por punción 50 grs. de un pus fluído, amarillo verdoso, de la pleura izquierda y se le inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de la solución de azul de metileno al 5 %.

Mayo 22 : Persiste la matitez aunque menos acentuada. A lo largo de la columna vertebral se comprueba sonoridad casi normal. La zona de matitez se percute alrededor de la punta del omóplato. En el pulmón izquierdo se auscultan rales medianos diseminados y subcrepitantes en foco en la región axilar del mismo lado. Igual estado del pulmón derecho. El examen del pus da : abundantes elementos celulares, predominio de los linfocitos, glóbulos purulentos, cocos y diplococos, reacción de Rivalta positiva. Los cultivos dan colonias de diplococos, estreptococos y estafilococos.

Mayo 25 : Extracción de 15 grs. de pus te-

ñido por el azul. Inyección intrapleural de 5 c.c. de azul. El examen de este pus da : algunos polinucleares, abundantes linfocitos, escasos cocos y diplococos.

Mayo 27 : Punzado nuevamente en la prolongación de la punta del omóplato a un través de dedo por debajo de ella, se consigue extraer 5 grs. de pus teñido de azul. Se inyecta en el mismo sitio 5 c.c. de azul. Examinando a la pantalla radioscópica se comprueba : lóbulo superior transparente, obscuridad poco acentuada a partir de la punta de la escápula. El examen del pus retirado hoy da : cocos y regular cantidad de neumococos.

Junio 7 : Al examen se comprueba : matitez y dureza del lóbulo superior por detrás y en la axila, con respiración agria. Se punza entre la escápula y la columna a dos traveses de dedo por encima de la punta de aquella, extrayendo 20 c.c. de pus amarillo, bien ligado, teñido de azul, cuyo examen da : ausencia de gérmenes en los cultivos. Se inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de la solución de azul. La eliminación de azul por las orinas ha cesado hace varios días.

Junio 10 : Al examen de hoy se nota : persistencia de ligera disminución de sonoridad y elasticidad en el vértice izquierdo. A la auscultación del pulmón izquierdo rales medianos y frotés hacia la

base, Pulmón derecho : vértice respiración ruda ; base (disminución de sonoridad con rales finos en focos.

Junio 14 : Glóbulos blancos 17.000 ; polinucleares 50 %, linfocitos 49 %.

Junio 15 : Desde el día 6 está en apirexia. Al examen de hoy se comprueba : pulmón izquierdo por detrás, disminución de sonoridad y elasticidad desde el vértice hasta la punta del omóplato, extendiéndose hasta la axila. Estos fenómenos se acentúan sobre todo desde el borde interno de la escápula hacia afuera, percutiendo sobre el mismo hueso ; pues entre éste y la columna vertebral la sonoridad aumenta casi a la normal. La percusión comparada es la que mejor permite percibir las modificaciones apuntadas. Respiración agria al nivel del ángulo inferior de la escápula. Por delante los fenómenos de percusión se atenúan, el pulmón presenta a este nivel mejor sonoridad y elasticidad. En ninguna parte se oyen ruidos sobreagregados. Punzado un través de dedo por encima de la punta del omóplato, se consigue extraer 3 c.c. de azul de metileno con pequeña cantidad de pus, cuyo examen da : cocos, diplococos y estreptococos.

Junio 24 : Sigue en apirexia. Se alimenta bien. No tiene tos. Persiste disminución de sonoridad y elasticidad del vértice izquierdo, con respiración

agria al nivel de la punta del omóplato. Buena entrada de aire en toda la superficie pulmonar. No se ausculta rales en ninguna parte.

Junio 24 : Glóbulos blancos 11.500, polinucleares 68 %, linfocitos 32 %.

Junio 25 : Al examen radioscópico se nota transparencia de ambos pulmones, siéndolo algo menos el izquierdo. No hay sombras. La expansión respiratoria ligeramente limitada en el izquierdo.

Julio 6 : Tiene de vez en cuando pequeñas elevaciones de temperatura vesperales. Se comprueba al examen de hoy submatitez del vértice izquierdo que llega hasta la punta de la escápula. Se ausculta respiración agria entre la columna y el borde espinal del omóplato. Entrada de aire algo disminuída. Punzado a la altura de la punta del esterno se consigue extraer 5 grs. de pus aún teñido de azul y se inyecta en el mismo sitio igual cantidad de la solución de azul. Por lo demás, el enfermo se alimenta bien y está contento. El examen del pus da : regular número de elementos celulares, abundante fibrina, predominio de polinucleares, escasos cocos aislados. Los cultivos dan colonias de diplococos y estreptococos.

Julio 12 : Continúan temperaturas vesperales de cerca de 38°. Tiene tos gruesa y disnea. Persisten la matitez y dureza del vértice izquierdo, extendiéndose

dose hasta la axila. La auscultación deja percibir rales gruesos y medianos diseminados y un foco de rales finos en el pulmón derecho a nivel de la punta del omóplato. Punzado a esta misma altura, se extrae 15 grs. de pus teñido de azul; no se consigue extraer más ni en ese sitio ni en sus vecindades.

Julio 19: Se punza en el tercer espacio intercostal izquierdo, extrayéndose 30 grs. de pus teñido de azul, punción hecha a nivel de la línea axilar media.

Julio 26: Ha continuado con tos y alternativas de fiebre y apirexia. Se comprueba sonoridad en todo el pulmón izquierdo por detrás; en la región axilar matitez aislada de unos 5 cts. de diámetro, donde se ausculta abundantes rales subcrepitantes. Por detrás, en algunos sitios, se oye igualmente rales finos. Se punza en el segundo espacio intercostal izquierdo, sobre la línea axilar anterior, extrayéndose 20 grs. de un pus fluído, obscuro, aún teñido de azul, cuyo examen da: células, fibrina, leucocitos con predominio de los polinucleares, escasos cocos y diplococos. Los cultivos dan colonias de estreptococos.

Agosto 4: Tiene días de pequeñas elevaciones térmicas que no alcanzan a 38°. La matitez axilar ha desaparecido, la sonoridad a este nivel es bas-

tante buena. Por detrás hay una zona oscura desde el vértice del pulmón hasta la altura de la punta del omóplato, sobre todo percutiendo sobre el hueso. Se ausculta rales finos en diversos sitios de ambos pulmones. Varias punciones efectuadas resultan negativas, notándose el espesamiento pleural al penetrar con la aguja.

Agosto 7 : No presenta fiebre, pero sí un estado miserable de nutrición. Tiene tos y disnea. Se punza la región axilar, extrayéndose 2 grs. de pus espeso. Investigado el bacilo de Koch no se le encuentra en este pus, ni aún con el procedimiento de la antiformina ligroina.

Agosto 9 : Se le entrega a la madre, con recomendación de traerla al servicio para su ulterior observación. Al examen radioscópico de hoy se comprueba vértice y base traslucidos. Hacia la parte media del pulmón hay una opacidad tenue, a límites bien netos, que se modifica con los cambios de posición, percibiéndose difícilmente movimientos de onda líquida. El tamaño de esta sombra es el de una naranja pequeña.

Agosto 12 : Reingresa al servicio. Ha aparecido una otitis supurada derecha. En la axila izquierda se ha formado una colección purulenta por contaminación de la pared durante las punciones. Se incide y drena el absceso, saliendo bastante pus verde obs-

curo. Ni antes ni después de abierto el absceso se puede comprobar que comunique con la cavidad pleural. Se punza la pleura izquierda, línea axilar anterior, extrayéndose 15 grs. de pus verde, obscuro, espeso, bien ligado, inodoro, cuyo examen da colonias de diplococo y estafilococo. Se inyecta en el mismo sitio 8 c.c. de la solución de azul. El enfermo pesa hoy 6.900 gramos.

Agosto 18 : Se punza en 5º espacio, línea axilar posterior, extrayéndose 20 grs. de pus, cuyo examen da : abundantes glóbulos purulentos y fibrina. No se observan microorganismos. Los cultivos dan colonias de diplococos que no toman el Gram, con caracteres del neumococo de Frienlander.

Septiembre 4 : El absceso de la pared continúa supurando. Al examen radioscópico de hoy se comprueba menor claridad del pulmón izquierdo que aparece visto como a través de un velo.

Septiembre 7 : Hemoglobina 55 % (Gower), glóbulos blancos 19.800, polinucleares 67 %, formas de transición 4 %, linfocitos 29 %. Se observan muy escasos mielocitos.

Septiembre 8 : Continúa supurando el absceso. Se hace una punción en el 5º espacio, línea axilar media, extrayéndose alrededor de 40 grs. de pus fluído, obscuro, que sale fácilmente por la aguja. Inyección de 10 c.c. de azul. El examen del pus

da : abundantes glóbulos purulentos y fibrina, escasos diplococos.

Los cultivos dan colonias de diplococos que no toman el Gram.

Septiembre 13 : Se vuelve a punzar en el sitio de la punción anterior donde persiste la disminución de sonoridad, extrayéndose azul puro en un principio y después pus mezclado a esa substancia. El niño tiene fiebre ; estos días conserva el apetito. El absceso de la pared continúa supurando. No orina azul ; esta circunstancia y el hecho de retirarse azul puro (inyectado hace 5 días), demuestran que esa substancia queda enquistada *in situ* seguramente por existencia de scudo-membranas que impiden su reabsorción. El examen del pus retirado hoy da : abundantes leucocitos, predominio de los linfocitos que están teñidos intensamente de azul, fibrina y muy escasos cocos. Los cultivos permanecen estériles.

En resumen : bronco-neumonía doble, pleuresía purulenta izquierda de la gran cavidad, gran derrame a estreptococos y estafilococos. Después de las primeras punciones e inyecciones de azul, reabsorción rápida del derrame con reproducción posterior. Enquistamiento en la región axilar con reproducción persistente del pus. Absceso de la pared torácica. Mal estado general. Lleva tres meses y medio en

tratamiento. Actualmente presenta una pequeña pleuresía enquistada en la región axilar. Las membranas deben ser muy espesas, no permitiendo la absorción, pues el azul no es eliminado por la orina.

OBSERVACION VI

A. C., edad 22 meses ; ingresó julio 3 de 1916 ; fallece el 26 de julio.

Diagnóstico — Pleuresía purulenta doble (neumococos y estafilococos).

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Nacido a término, de parto normal. Criado al seno materno exclusivamente hasta los 13 meses de edad, progresando satisfactoriamente. A dicha edad lo destetan y lo alimentan así : 4 veces 250 grs. de leche de vaca más 20 grs. de agua de cebada, más una cucharadita de azúcar (de estas cantidades, el niño tomaba raras veces el total) y dos veces sopas de fideos. Siguió progresando bien. Desde que enfermó de su actual afección le vienen dando Allemburis una cucharada en ocho de agua, más una cucharadita de

lactosa, tres o cuatro veces en las 24 horas y una vez 40 grs. de leche de vaca, más una cucharadita de agua de cebada. El niño, sin embargo, rechaza casi todo el alimento. Sarampión a los 13 meses, curado sin complicaciones en nueve días. Primeros dientes a los 6 meses. Primeros pasos a los 13. Primeras palabras al año y medio.

Enfermedad actual — Hace 35 días que comenzó su enfermedad con un resfrío; luego se inicia una bronco-neumonía con fiebre, tos, disnea, algunos vómitos, constipación, quejido continuo y el niño se pone pálido, decaído e inapetente; habiendo perdido de su peso anterior. Este cuadro determina su ingreso.

Estado actual — Sujeto en miserable estado de nutrición. Tinte pálido generalizado. Fórmula dentaria: 8 incisivos, 4 primeros molares, 4 caninos. Micropoliadenia del cuello e ingles.

Aparato respiratorio: Disnea y tos seca, frecuente, por accesos. Signos de abundante derrame del lado izquierdo, matitez hídrica en todo el hemitórax arriba y abajo por delante y detrás. Espacio de Traube ligeramente sonoro comparado con el resto de la percusión en el lado izquierdo. Abolición del murmullo vesicular. No se percibe soplo.

Pulmón derecho ligeramente disminuído de sonoridad en la base. Se ausculta en este pulmón algunos rales gruesos diseminados.

Aparato circulatorio : La punta del corazón se ve y siente latir en el epigastrio. El órgano ha sido desplazado por el derrame. Tonos bien perceptibles. Pulso regular, igual, 132 pulsaciones por minuto.

Abdomen : Distendido, timpánico. Hígado palpable hasta una línea horizontal pasando por el ombligo. Superficie y bordes lisos. Bazo descendido hasta un través y medio de dedo por debajo del reborde costal.

Sistema nervioso : Fuera del acentuado decaimiento del enfermo no se comprueba nada de particular.

Peso 9.040 grs. Talla 77 cts. Circunferencia craneana 50 cts.

El mismo día de su ingreso se extrae 80 grs. de un pus amarillo con reflejos ligeramente verdosos bien ligado e inodoro. Se inyectan 10 c.c. de la solución de azul. El examen del pus da : abundante fibrina y glóbulos purulentos, escasos cocos y diplococos. Los cultivos dan colonias de estafilococos.

Julio 4 : Hemoglobina 40 %, glóbulos rojos 4.860.000, glóbulos blancos 15.500, relación globular 1 por 313, valor globular 0.41, polinucleares

65 %, formas de transición 1 %, linfocitos 34 %, cuti-reacción negativa.

Julio 9: Punzado en tres partes distintas sólo se extrae azul puro. Esta substancia ha quedado sin absorberse como lo prueba ese hecho y la circunstancia de no teñirse las orinas.

Julio 14: Continúa con fiebre, disnea y tos. Todo el hemitórax izquierdo está mate entre la columna vertebral y el borde interno de la escápula: la percusión es más sonora, sin embargo. En el vértice se ausculta un foco de rales finos. La base derecha está también disminuía en su sonoridad y elasticidad, auscultándose igualmente a ese nivel rales finos en foco. Se punza en el 8º espacio intercostal izquierdo y se extrae 100 grs. de pus espeso, inodoro, intensamente teñido de azul. Se inyecta en el mismo sitio 10 c.c. de azul. Se punza también la base derecha, extrayéndose un gramo de pus espeso bien ligado, amarillo, inodoro. Punzado en sitios vecinos no se puede extraer más pus de este lado. La punta del corazón, que parecía haber vuelto a su sitio, se siente otra vez en el epigastrio. El examen del pus de la pleura izquierda da: predominio de linfocitos, abundante fibrina, cocos y diplococos encapsulados con los caracteres del neumococo. Los cultivos dan colonias de neumococos. El

examen del pus de la pleura derecha da igualmente colonia de neumococo.

Julio 17 : Se extrae 20 grs. de pus de la pleura izquierda, intensamente teñido por azul. Punción blanca en la pleura derecha que, sin embargo, está mate a la percusión.

Julio 18 : Se punza en el tercer espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior, extrayéndose 5 grs. de pus teñido de azul.

Julio 26 : Continúa mal. Estado caquético. Bajo anestesia se hace una pleurotomía simple en el lado izquierdo, que da salida a unos 50 grs. de pus amarillo, espeso, teñido de azul.

Fallece horas después.

Como ya se ha hecho notar en la observación del 9 de julio, el azul quedó sin reabsorberse. Nunca se tiñeron las orinas, salvo en una micción que tuvo en seguida de ser operado, cuando se dió salida a todo el pus.

Julio 27 : Autopsia. Pleuresía fibrino-purulenta doble. En ambas pleuras había considerable cantidad de pus y mucho azul de metileno. Pericarditis fibrino-purulenta. El pericardio, ocupado totalmente por una masa fibrino-purulenta, daba la impresión de la manteca unida y vuelta luego a separar. Atelectasia del pulmón izquierdo. Hipertrofia del corazón izquierdo.

OBSERVACION VII

N. B., edad 15 meses. Ingresó : agosto 8 de 1916.

Diagnóstico — Neumonía lóbulo superior izquierdo. Pleuresía a neumococo.

Antecedentes hereditarios -- Sin importancia.

Antecedentes personales — Nacido a término. Está vacunado. Pesaba al nacer 3000 grs. Dientes a los 7 meses. No camina. Alimentación natural hasta la fecha. Dos o tres deposiciones diarias. Comenzó hace un mes alimentación mixta, dándole caldo y sopitas.

Enfermedad actual -- Empezó hace 7 días, con fiebre, tos, vómitos y llanto. La fiebre es continua. Ha tenido al parecer algún escalofrío, ligera disnea.

Estado actual -- Buen estado general y nutritivo. Abundante panículo adiposo. Piel sana. Tur-

gescencia normal. No hay ganglios. Esqueleto normal.

Aparato respiratorio : Percusión, pulmón izquierdo : Submatitez en la región subclavicular. Matitez en la axila. Pulmón derecho : normal por delante ; por detrás matitez en el vértice. Elevación de tonalidad en la base del pulmón izquierdo ; el derecho normal. Auscultación : por delante respiración ruda, expiración soplante ; en el pulmón izquierdo y por detrás en el vértice doble soplo anórico y resonancia de la voz hasta la mitad del omóplato. En la base rales medianos y húmedos.

Aparato circulatorio : Corazón, taquicardia. Tonos limpios. Pulso : frecuente, regular, tenso, 130 pulsaciones por minuto

Vientre : abultado, poco depresible.

Hígado : se palpa a tres traveses de dedo debajo del arco costal.

No se toca bazo.

Eczema seborreico del cuero cabelludo.

Fórmula dentaria : 3 y 3 incisivos.

Lengua saburral.

Talla 72 centímetros. Peso 9.200 grs. Temperatura 39°

Julio 9 : Alimentación leche del pecho materno. Fomentos, baños calientes. Inyección de aceite al-

canforado al 20 por ciento, 20 c.c. diarios. Oxígeno.

Julio 11 : Percusión : pulmón izquierdo, matitez por delante en la región subclavicular. Matitez por detrás desde el vértice hasta la base.

Agosto 13 : Ha caído la temperatura en una crisis arrastrada de dos días. Continúan en el foco pulmonar, vértice izquierdo, oyéndose soplo y rales. Matitez a la percusión.

Agosto 22 : La temperatura está sobre la normal con pequeñas remisiones y exacerbaciones diarias. Continúa la matitez y el soplo.

Agosto 23 : La temperatura está en la normal. Se continúa manteniendo la matitez del vértice izquierdo y a la auscultación un soplo neto.

Agosto 30 : Persistiendo la matitez *hídrica* en la zona del pulmón izquierdo se practica una punción exploradora y se saca un líquido fibrino-purulento espeso que en el agua se coagula en copos. cantidad 15 c.c. Se manda al laboratorio para su examen. El informe dice : abundantes glóbulos de pus y fibrina, escasos diplococos, la siembra desarrolla colonias de estafilococos.

Septiembre 1º : Se punza nuevamente y se extrae 80 c.c. de líquido purulento espeso. mejor ligado que el anterior.

Septiembre 5 : Nueva extracción de 20 c.c. de

pus espeso, fibrino-purulento, que analizado da predominio de polinucleares y regular cantidad de microorganismos diplococos con los caracteres del diplococo de Fraenkel.

Septiembre 7 : Desarrollo de colonias de neumococos en la siembra.

Septiembre 10 : La temperatura sigue oscilando muy baja. La percusión denota la persistencia de una matitez en la fosa subclavicular hasta la 2ª costilla, pero de tono más claro que antes. Por detrás la zona ocupa la fosa supra e inter-espinosa de 2 traveses de dedo de ancho. Tonalidad algo más clara ; persistencia del soplo.

Septiembre 11 : Sale de la sala con indicación de pasar al consultorio de lactantes, pesando 7.720 gramos. Temperatura 37°1.

Septiembre 14 : Peso 8.180 grs. Se percute y se nota una zona de matitez desde el vértice hasta la base por detrás. Traube sonoro. Auscultando se oye soplo tubario neto. Se punza la pleura y se obtiene unos 8 c.c. de pus espeso y ligado.

Septiembre 15 : Vuelve a subir la temperatura. El chico ha estado inquieto anoche. Se percute y se nota la matitez en la zona del vértice izquierdo. Soplo tubario. Se punza y se extrae 12 c.c. de pus.

Septiembre 16 : Temperatura 38°7. Se vuelve

a punzar, extrayéndose 17 c.c. de pus bien ligado, espeso y verdoso.

Septiembre 20 : Hay matitez en todo el pulmón izquierdo, especialmente en el vértice hasta la punta del omóplato. Se punza y extrae 60 c.c. de pus amarillo verdoso espeso, bien ligado, fibrinoso y coagulable en el agua.

Septiembre 22 : La percusión denota una mayor claridad en la región de la base pulmonar izquierda y en la región axilar. La matitez persiste en el vértice y por detrás.

Septiembre 25 : Punción y extracción de 2 c.c. de pus.

Septiembre 30 : Reacción de la tuberculina negativa. Se punza y se extrae 30 c.c. de pus.

Octubre 1º : Matitez en el vértice pulmonar izquierdo. Soplo neto. Se punza y extrae 50 c.c. de pus.

Octubre 11 : Punción 70 c.c. de pus.

Octubre 13 : Punción 40 c.c. de pus.

Octubre 19 : Punción y extracción de 50 c.c. de pus. Se inyecta 10 c.c. de solución de azul de metileno al 5 %.

Octubre 25 : Se extrae 25 c.c. de pus. Al examen da : abundante cantidad de fibrina, glóbulos de pus, diplococos del tipo Talamon-Fraenkel. Cultivos.

Noviembre 3 : Punción y extracción de 22 c.c. de pus aún teñido de azul y muy espeso.

Noviembre 5 : Extracción de 2 c.c. de pus espeso y teñido de azul.

Noviembre 6 : A la percusión la sonoridad del vértice izquierdo donde estaba el derrame se encuentra muy aclarada. A la auscultación no se oye soplo ni ruido sobreagregado. El murmullo vesicular algo alejado en toda la zona supra e infra-espinosa.

Noviembre 10 : Se nota un ascenso térmico. Se percute y nota una ligera matitez en el vértice y axila izquierda. Soplo expiratorio alejado y apagado. Se punza y extrae 30 c.c. de pus espeso pardo-achocolatado y azuloso.

Noviembre 16 : Sale de la sala a pedido de la madre y de acuerdo de traerlo al hospital para ser revisado. Pesaba 7.800 gramos.

Noviembre 22 : Pesa 7.000 grs. Reingresa por el mal estado de nutrición, pues ha perdido 800 gramos en 6 días. Este enfermito ha seguido mejor y ha curado en perfectas condiciones. Vuelve de cuando en cuando al servicio para ser revisado, estando en buen estado de nutrición.

Conclusiones

1°—La aplicación en inyecciones intra-pleurales de azul de metileno en solución al 5 % en agua destilada y esterilizada, llega a curar radical y definitivamente, la pleuresía purulenta del lactante, en proporción superiormente mayor a los demás métodos empleados hasta ahora.

2°—Al mismo tiempo que la curación se puede producir con mayor rapidez, no expone a peligro ni contratiempo alguno. El hecho de la necesaria repetición de estas inyecciones ha demostrado su inocuidad.

3°—La reabsorción del derrame se hace gradual y progresivamente y aún llegando a enquistarse la curación es definitiva y completa.

4°—La acción sobre la temperatura, como hemos dicho en otra parte, sufre también modificaciones; la curva térmica ha descendido gradualmente en lisis.

5°—Además queda por decir, que no se han observado secuelas pulmonares, pleurales ni torácicas.

6°—Si estos felices resultados obtenidos se vieran corroborados por nuevas observaciones, sin duda alguna este tratamiento deberá preferirse a los demás.

SANTIAGO P. GIORGI.

Bibliografía

- Aberastury Maximiliano*—Mortalidad de la primera infancia en Buenos Aires. — Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, año 1890.
- Arzeno Roque*—Tratamiento de la pleuresía interlobar. — Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, año 1900.
- Arrillaga Francisco C.*—Pleuresía purulenta. — Anotaciones del curso de Clínica Médica del profesor Ayerza (Revista del C. M. A. y C. E. de M., pág. 191, año 1912).
- Apert*—Rapport sur une pleuresie sereuse a grand epanchement, chez une enfant de vingt-six-mois. — Sociéte de Pediatrie, 1900 y Arch. de Med. des Enf., pág. 703, 1900.
- Armand Delille M.*—Pleuresie en galette chez le nourrisson. — Sociéte de Pediatrie, seance du 17 mai 1910 y Arch. de Med. des Enf., pág. 477, año 1910.
- Abdel Hamid et Chatei*—Empyeme in an infant. — The British Medical Journal, enero 4 de 1913.
- Ausset*—Contribution á l'étude des pleuresies purulentes infantiles. — Bull. de la Soc. de Pediatrie, pág. 257, 1904.

- Armand Delille*—La pleuresie purulente en gallette chez le nour-
rison. — Bull. de la Soc. de Ped., pág. 252, 1912.
- Apert E.*—Precis des maladies des enfants, pág. 275, ed. 1914.
- Aschoff Luigi*—Anatomía Patológica, tomo 2º, pág. 326, edición
italiana.
- Attimont*—Considerations sur le resultat de la parecteses dans
la pleuresie purulente. — Thése de Paris, 1869.
- Abeille*—Epanchement purulente de la pleure. — Gaz. Med. de
Paris, sup. nº. 24, 1874.
- Ahoud J.*—De la pleuresie purulente comparée á la pleuresie
tuberculeuse. — Thése de Paris, 1876.
- Ausset M.*—La pleuresie purulente chez l'enfant. — Gaz. des
Hóp., nº. 32, 1904.
- Ahond Joseph*—De la pleuresie purulente comparée á la pleu-
resie tuberculeuse. — Thése de Paris, 1876.
- Araoz Alfaro*—Las pleuresías sero-fibrinosas en la infancia. —
2º Cong. Cient. Lat. Am., 6º sesión. — La Semana Mé-
dica, pág. 292, 1901.
- Araoz Alfaro y J. M. Hitce*—Septicemia y pleuresia purulenta
estafilocócica. — Arch. Lat. Am. de Ped., pág. 201, 1914.
- Araoz Alfaro*—Triángulo de Grocco y percusión vertebral en
los derrames pleurales. — Rev. de la Soc. Méd. Arg.,
página 289, 1906.
- Butti Ramón*—Tratamiento de la pleuresia. — Tesis presentada
a la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, 1877.
- Borda Samuel*—El drenaje aspirativo en las pleuresias purulenta-
tas. — Tesis presentada a la Facultad de C. M. de Buenos
Aires, 1913.
- Bezy et Bauby*—Contribution aux suppurations de la pleure chez
l'enfant. — Arch. de Med. des Enfants, pág. 30, 1901.

- Bezy et Baudy*—Contribution aux suppurations de la pleure chez l'enfants. — *Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance*, página 463, 1900.
- Ballengheins*—Contributo allo studio delle pleuriti purulente infantile.—*La Pediatria Pratique*, n.º. 14, 15, 17, 1904.
- Buttermilch y Stettiner*—Intorno al trattamento del empiema nel lattante e nella prima infancia. — *Riv. de Clin. Ped.*, página 460, 1914.
- Beclère A.*—L'examen radioscopique des pleures interlobaires. — *La Presse Med.*, pág. 207, 1902.
- Bucquoy*—Analyse de seize observation de pleures, sereuses ou purulentes traité á l'hospital Cochin, par les punctions capillaires avec aspirations. — *L'Union Med.*, 1872.
- Bouchut*—Nouvelles observations de pleuresie purulente guérie sans fistule par la puncton avec l'aspirateur Dieulafoy. — *Gaz. des Hóp.*, n.º. 23, 1873.
- Bouchut*—Pleuresie purulente. — *Gaz. des Hóp.*, n.º. 55, 1877.
- Blachez*—Pleuresie purulente. Empyeme Guérison. — *Gaz. des Hóp.*, n.º. 35, 1879.
- Boyer L.*—De la pleuresie purulente d'emblée, pleuresie infectieuse. — *Thése de Paris*, 1883.
- Blachez*—Contribution á l'etude de la pleuresie purulente chez l'enfant. — *Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*, n.º. 17, 1883.
- Bonney*—Methodes of treatment of empyema.—*Boston Med. and Surg. Jour.*, n.º. 16, 1895.
- Boivard*—Empyema in infants. — *Med. News.*, dec. 23 1899.
- Billard*—Traité des maladies des enfants nouveau nés, et a la mamelle, 1837.
- Bricheteau*—Pleuresie purulente chez en enfant a la mamelle. — *Bull. de Therap.*, 1846.

- Bouchut*—Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance.
- Cima F.*—Pleurite purulenta in un bambino di due mesi. — La *Pediatria*, septiembre de 1902.
- Cadet de Gassicourt*—Pleuresie purulente. — *Academie de Medecine*, seance du 17 mai 1892.
- Cannata S.*—Contributo statistico e clinico alla pleurite purulenta nell'infanzia. — *La Pediatria*, n^o. 12, 1913.
- Chevalier V.*—Pleuresie purulente, lavage de la plevre. Guérison. — *Lyon Med.*, n^o. 33, 1882.
- Douriez Paul*—De la pleuresie purulente du nourrisson, notamment de la pleurésie á pneumocoques. — Thèse de Paris, 1906.
- Delaborde M.*—Traitement des pleuresies purulentes par la ponction suivie d'injection intrapleurale de collargol. — *La Presse Med.*, pág. 326, 1910.
- Fernet*—Pleuresie purulente traité par les injections intrapleurales antiseptiques. — *Gaz. des Hóp.*, n^o. 127, 1890.
- Finkelstein Mlle.*—Remarques sur les pleuresies purulentes de l'enfance. — Thèse de Paris, 1890.
- Gayet J.*—Contribution á l'étude de la pleuresie purulente chez le nouveau-nés. — Thèse de Paris, 1909.
- Grassi*—Dieci casi di empiema curati colle inniezioni di collargolo. — *Riv. de Clin. Ped.*, pág. 801, 1911-12.
- Gaillard M.*—Empyeme a staphylocoques guéris sans pleurotomie. — *La Presse Med.*, pág. 438, 1907.
- Gimbert (Cannes)*—Pleuresie purulente chez un enfant de onze ans. 74 ponctions et lavages; empyeme final. Guérison. — *Lyon Med.*, 45, 1875.

- Guillon*—De la pleuresie purulente dans la pneumonie. — Thèse de Paris, 1883.
- Guinard A.*—Du meilleur mode du traitement de la pleuresie purulente. — Thèse de Paris, 1883.
- Hanot*—Pleuresie purulente. Empyeme. Trois operation d'Estlander pratiques par le Dr. Lucas Championnière. Guérison. — Arch. Gen. de Med., sep. 1886.
- Justo Juan B.*—Comunicación sobre un caso de operación de Letievant-Estlander. — Rev. de la Soc. de Med. Arg., página 57, 1892.
- Koplick H.*—The etiology of empyema in children. — Archives of Pediatrics, october 1890.
- Laureati F.*—Su di una pleurite purulenta guarita spontaneamente. — Il Policlinico, 1902.
- Lesné E.*—Les pleuresies purulentes chez les enfants. — La Clinique, pág. 819, 1907.
- Laurent M. A.*—De la vomique dans la pleuresie purulente. — Thèse de Paris, 1877.
- Le Gendre y Broca*—Le traitement des pleuresies chez l'enfant. — L'Union Med., n°. 2°, 1894.
- Macé O.*—La pleuresie purulente du nouveau-né et du nourrisson. — L'Obstetrique. Arch. de Med. des Enf., pág. 564, 1900.
- Navarro Juan Carlos*—Pleuresia purulenta en la infancia. — Revista del C. M. A. y C. E. de M., pág. 1081, 1914.
- Netter*—Traité des Maladies de l'enfance de Grancher et Comby (Art.: Maladies de la Plevre), tomo 3°, pág. 623.
- Perdrizet L.*—Traitement de l'empyeme chronique par la methode de Bulau. — La Clinique, pág. 477, 1911.
- Petit R.*—De l'emploi du sérum de cheval chauffé dans le trai-

- tement de la pleuresie purulente. — La Tuberc. Infant., juin 1907.
- Rocaz*—Pleuresie purulente chez un enfant, traité par le suc pulmonaire. — Gaz. Hebd. des Soc. Med. de Bordeaux, 1902.
- Reamo M.*—La pleurite nei lattanti. — La Pediatria, pág. 388. 1913.
- Sanmartino Rafael*—De la Pleuresía. — Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, 1860.
- Semerdjieff M.*—Contribution á l'etude de la pleuresie purulente chez l'enfant. — Thése de Toulouse, 1901.
- Schweizer F.*—Pleuresía purulenta a estreptococos y neumococos, en un niño ed 8 meses (curación). — Arch. Lat. Am. de Ped., pág. 361, 1912.
- Schweizer F.*—Pleuresía interlobar en un lactante de 5 meses de edad. — Arch. Lat. Am. de Pediatría, pág. 49, 1914.
- Vasallo Bartolomé*—Mi tratamiento de las pleuresías purulentas. —Tesis presentada a la F. de C. M. de Buenos Aires, 1896.
- Zubizarreta Abel*—Neumonía franca y pleuresía purulenta meta-neumónica en un recién nacido (curación). — La Semana Médica, n.º. 40, pág. 871, 1912.

Buenos Aires, Marzo 29 de 1917

Nómbrase al señor Consejero doctor Angel M. Centeno, al profesor titular doctor Rodolfo de Gainza y al profesor suplente doctor Genaro Sisto, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.
Secretario

Buenos Aires, Abril 24 de 1917

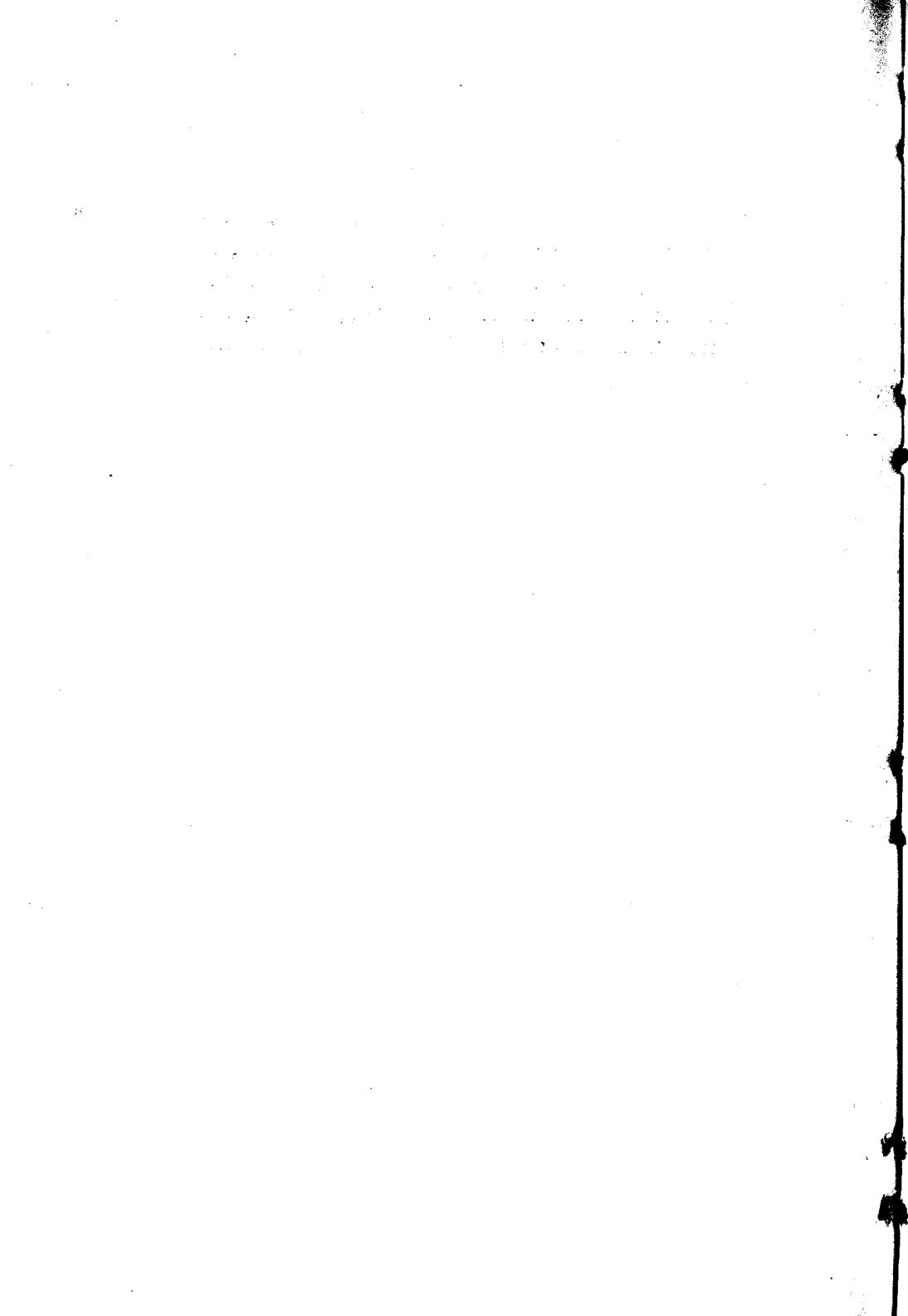
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3242 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario



30549



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diversos factores en el pronóstico de la pleuresía purulenta de la primera infancia.

Centeno.

II

Comparación de los resultados obtenidos con los demás métodos de tratamiento.

R. de Gainza.

III

Pleuresías purulentas primitivas y secundarias.

G. Sisto.

