



N.º 2937

Mir. B. h. 2. 14

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

PLEURESÍA INTERLOBAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

V. F. BISCAYART

Ex-practicante del Instituto Jenner (1907—1910)

Ex-practicante menor interno del Hospital Cosme Argerich (1910—1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital Alvear (1913)

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Ramos Mejía (1913—1914)

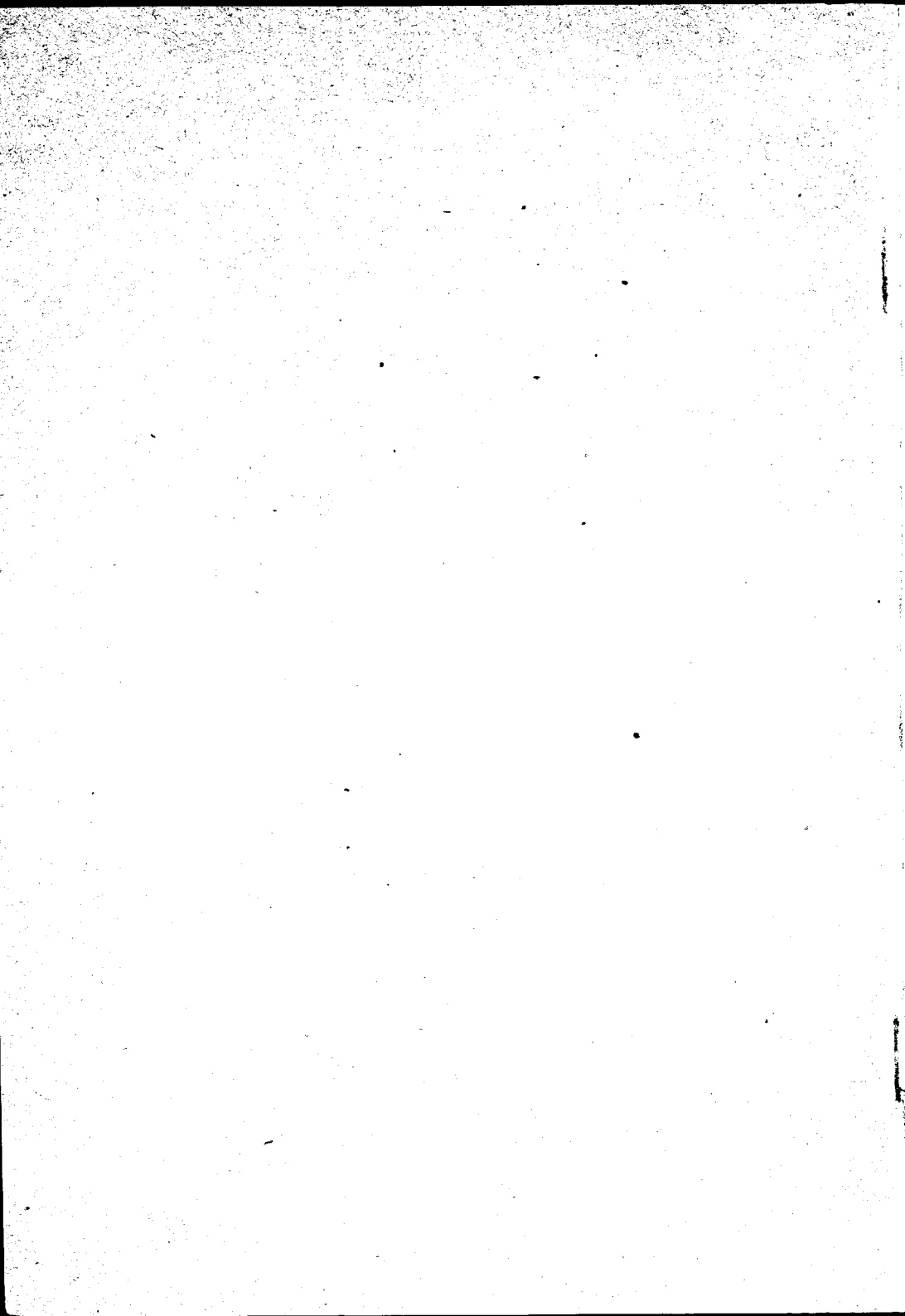


BUENOS AIRES

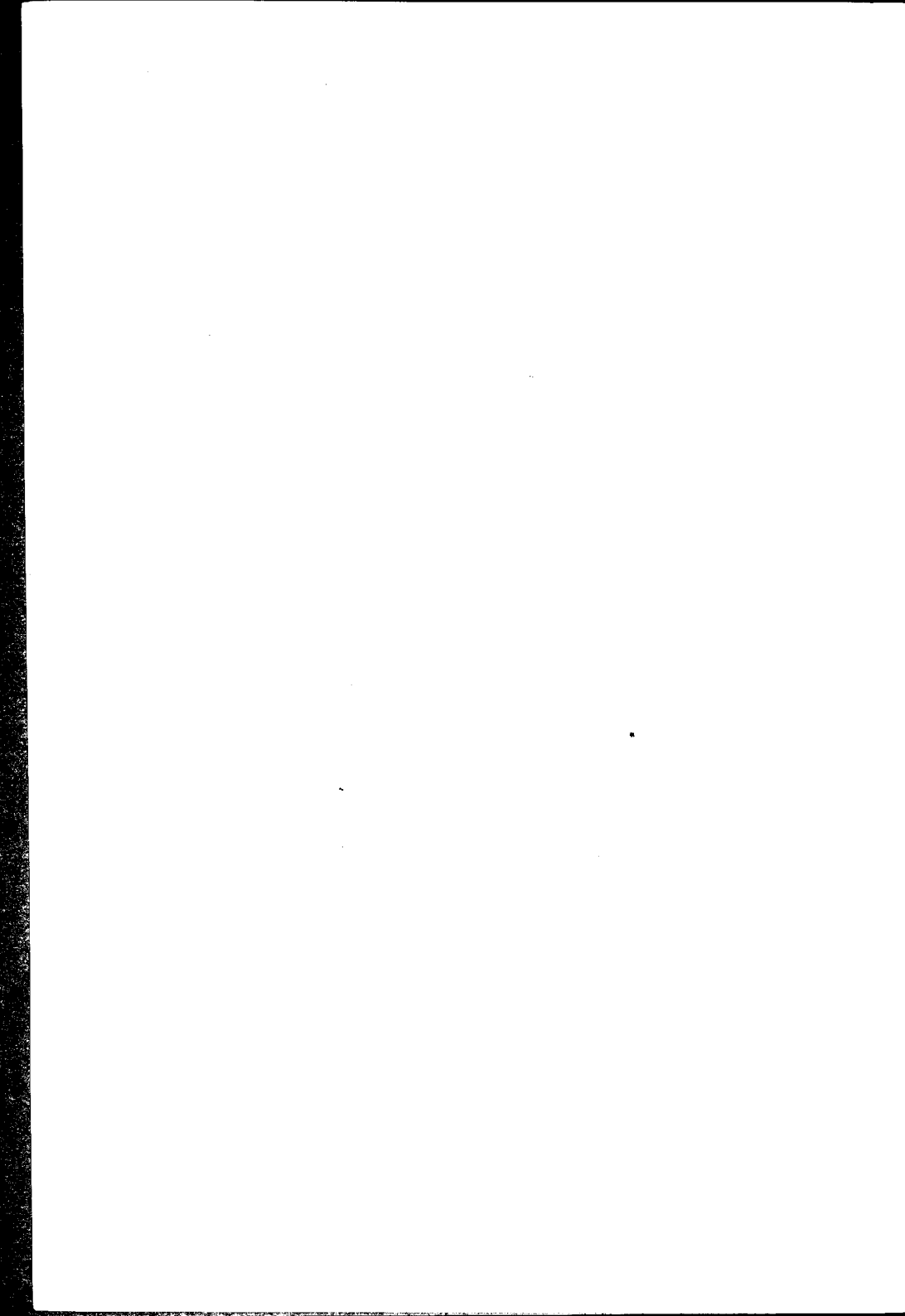
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 845

1915



CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
PLEURESÍA INTERLOBAR



Año 1915

N.º 2937

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

PLEURESÍA INTERLOBAR

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

V. F. BISCAYART

Ex-practicante del Instituto Jenner (1907—1910)

Ex-practicante menor interno del Hospital Cosme Arzopich (1910—1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital Alvear (1912)

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Ramos Mejía (1912—1914)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — JUNIO — 845

1915

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. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

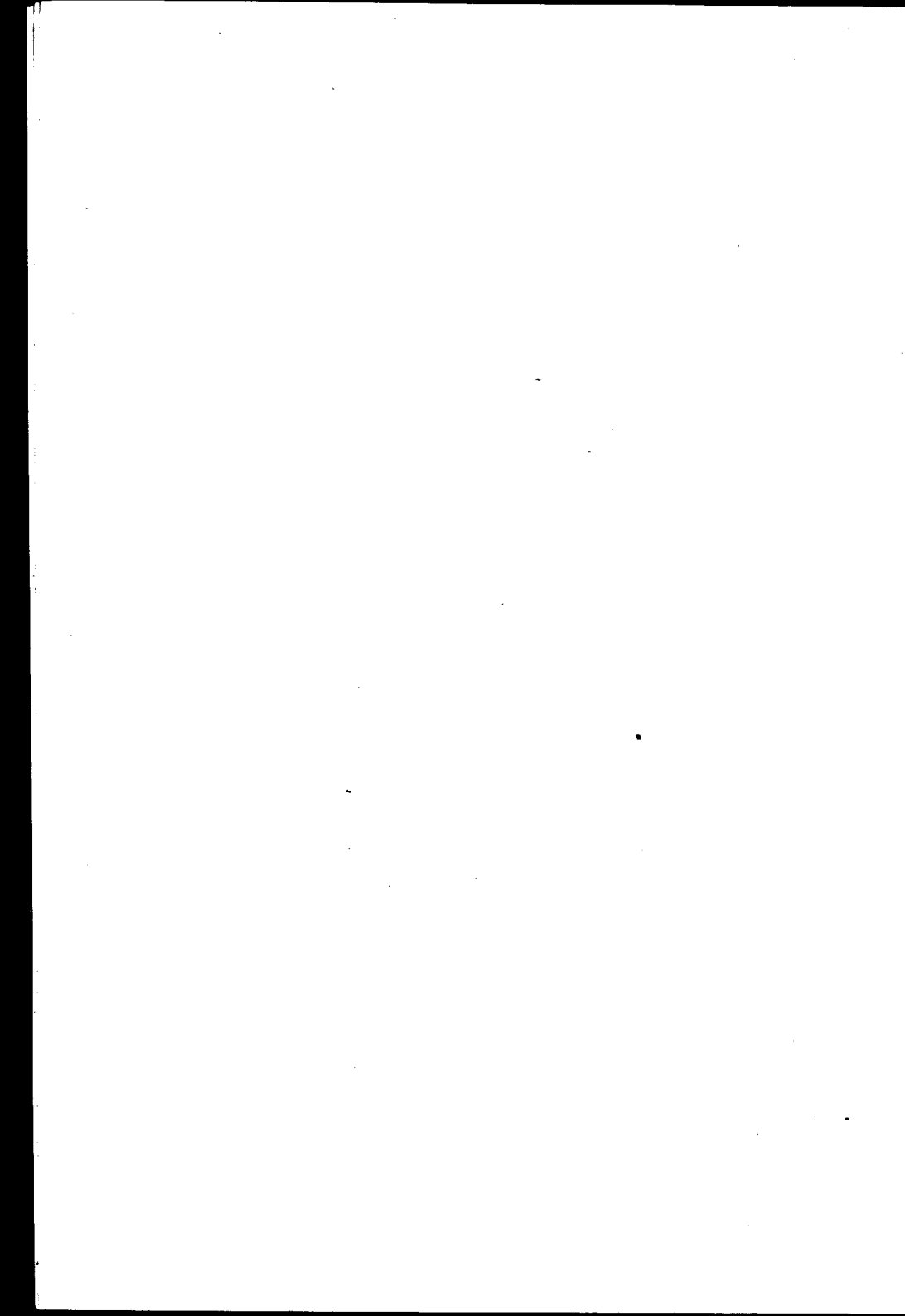
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

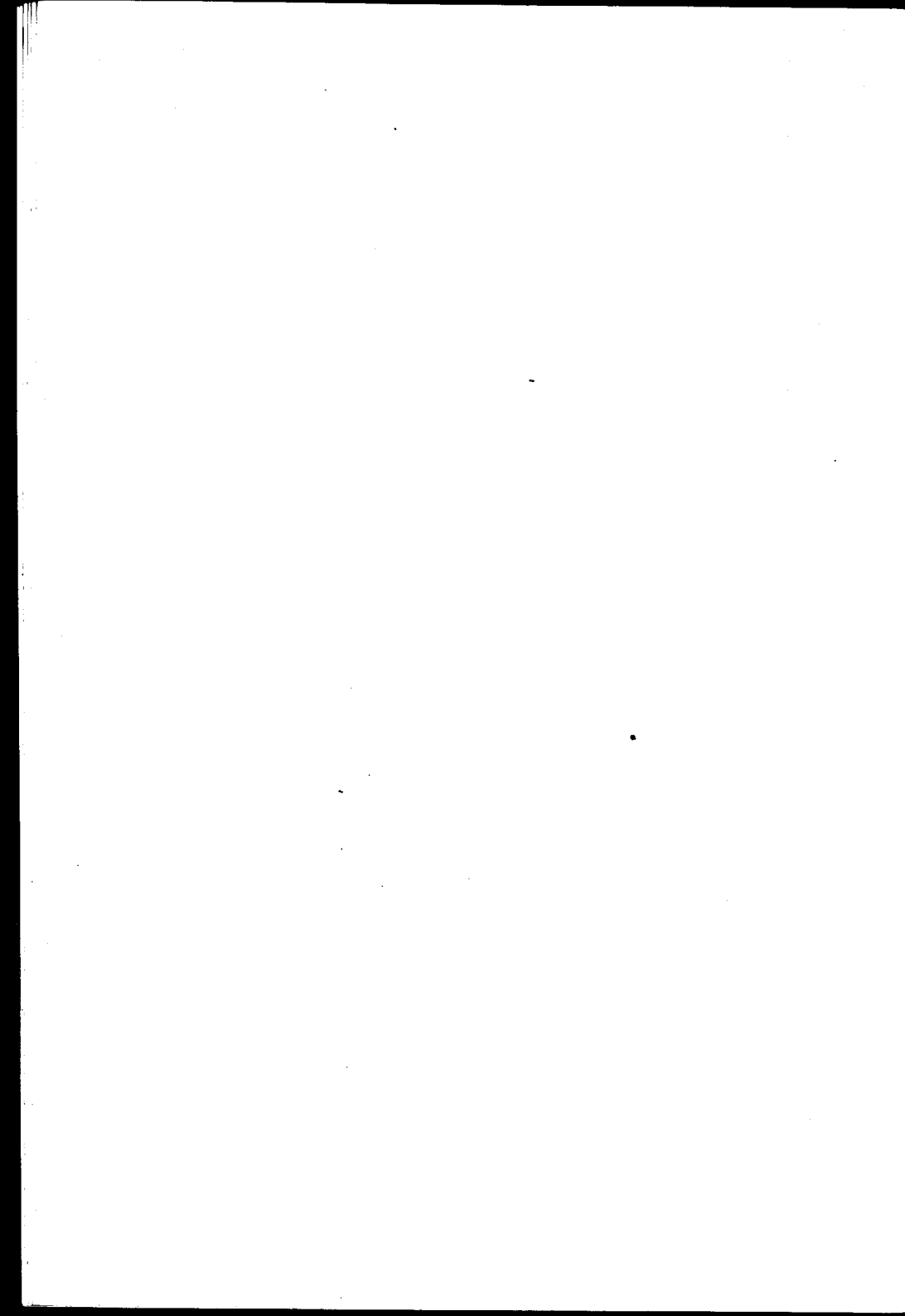
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

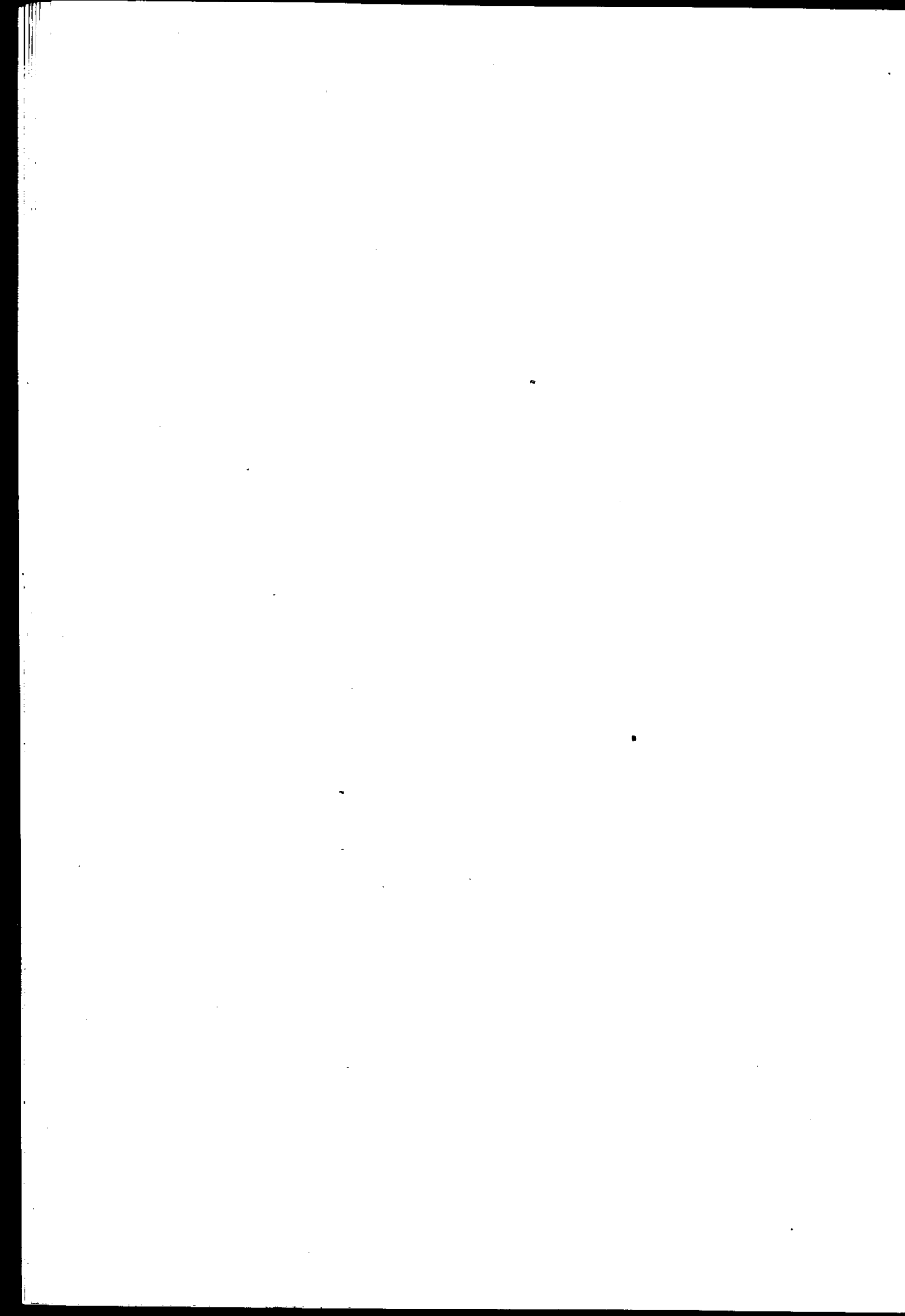
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI



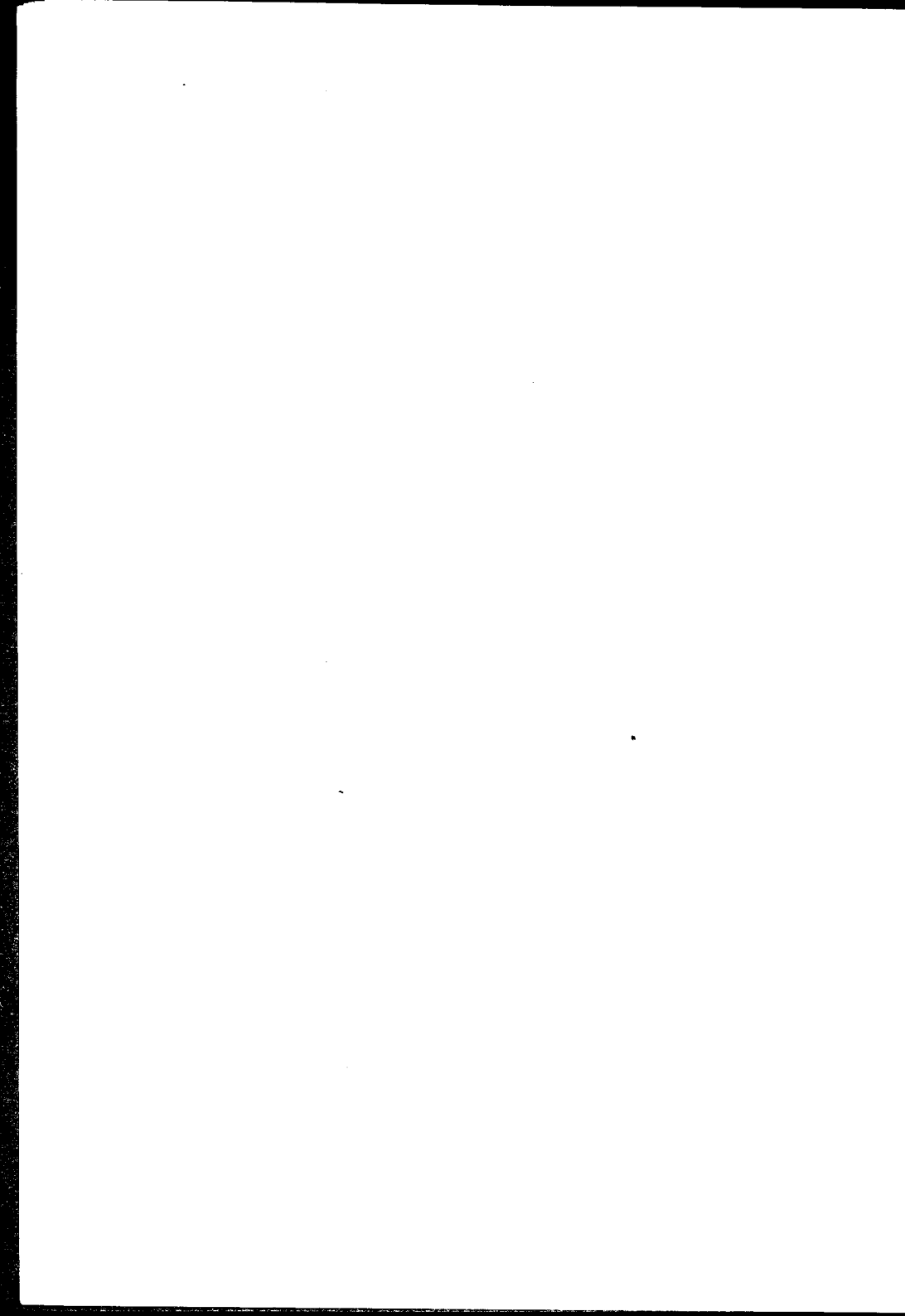
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOSÉ ARCE
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» (Vacante)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURU
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN F. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

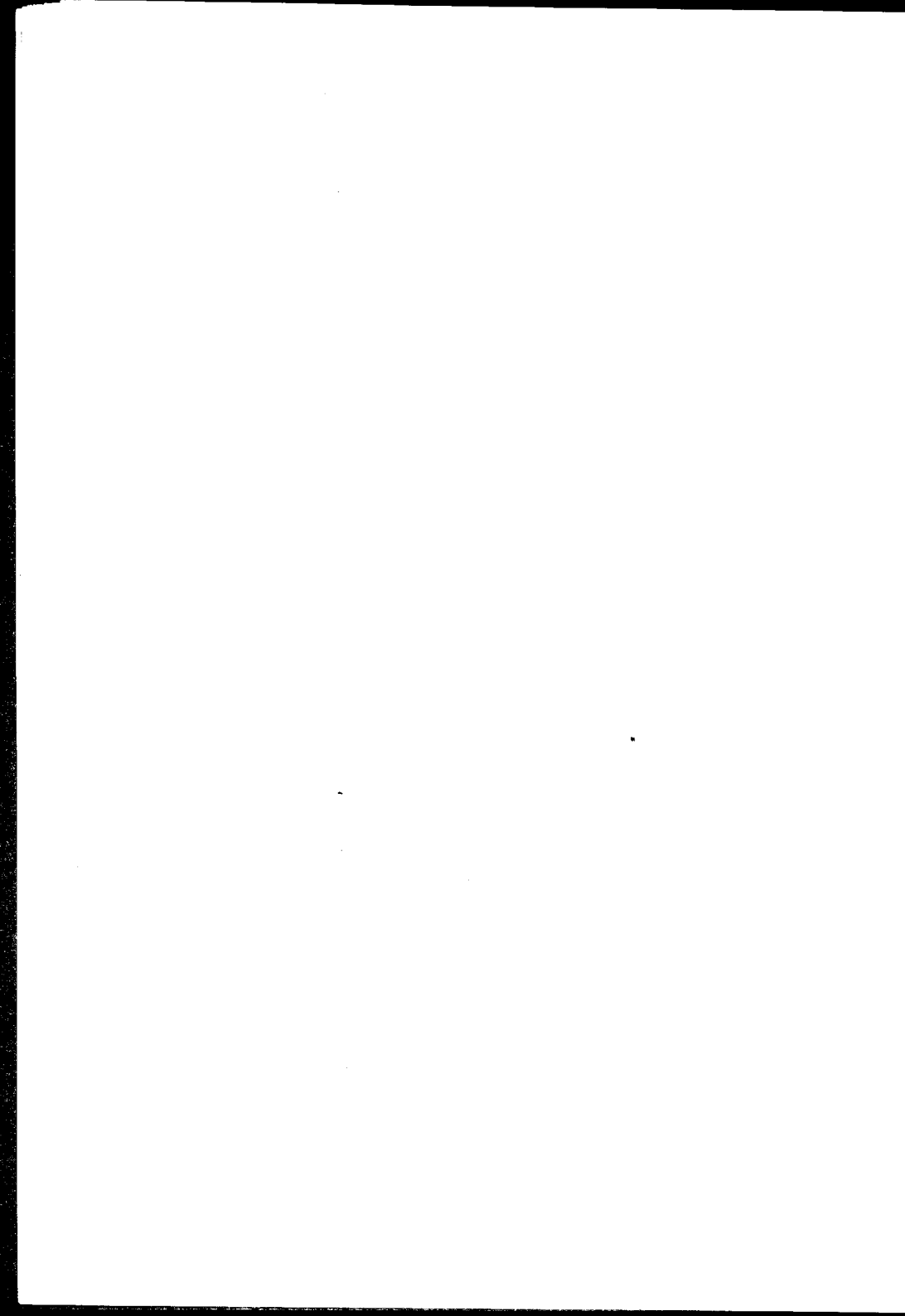
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLELMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva.....	» EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anat. Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
• Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARIA
	» ADOLFO NOCETTI
• oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» ARMANDO MAROTTA
• Quirúrgica.....	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
• Médica.....	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» RAUL R. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
• Pediatría.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
• Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PRRALTA RAMOS
• Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal.....	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Pedagogía y Minerología.....	» ANCELFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MI TEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARBAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLÉ
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IKIZAN
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLÉ
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	{ » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año.....	Vacante
Segundo año.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año.....	DR. FANOR VELARDE

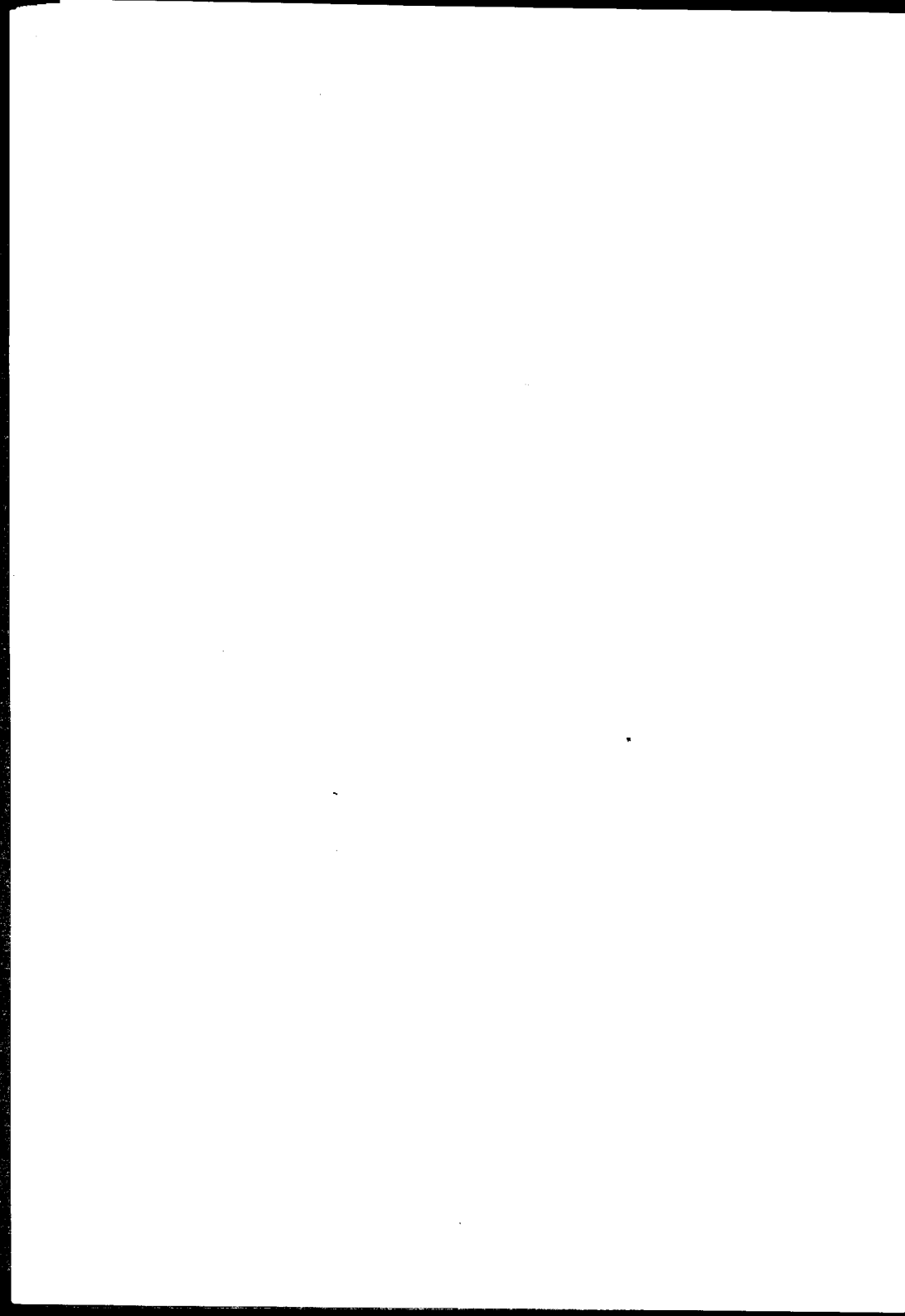
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Segundo año.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Tercer año.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

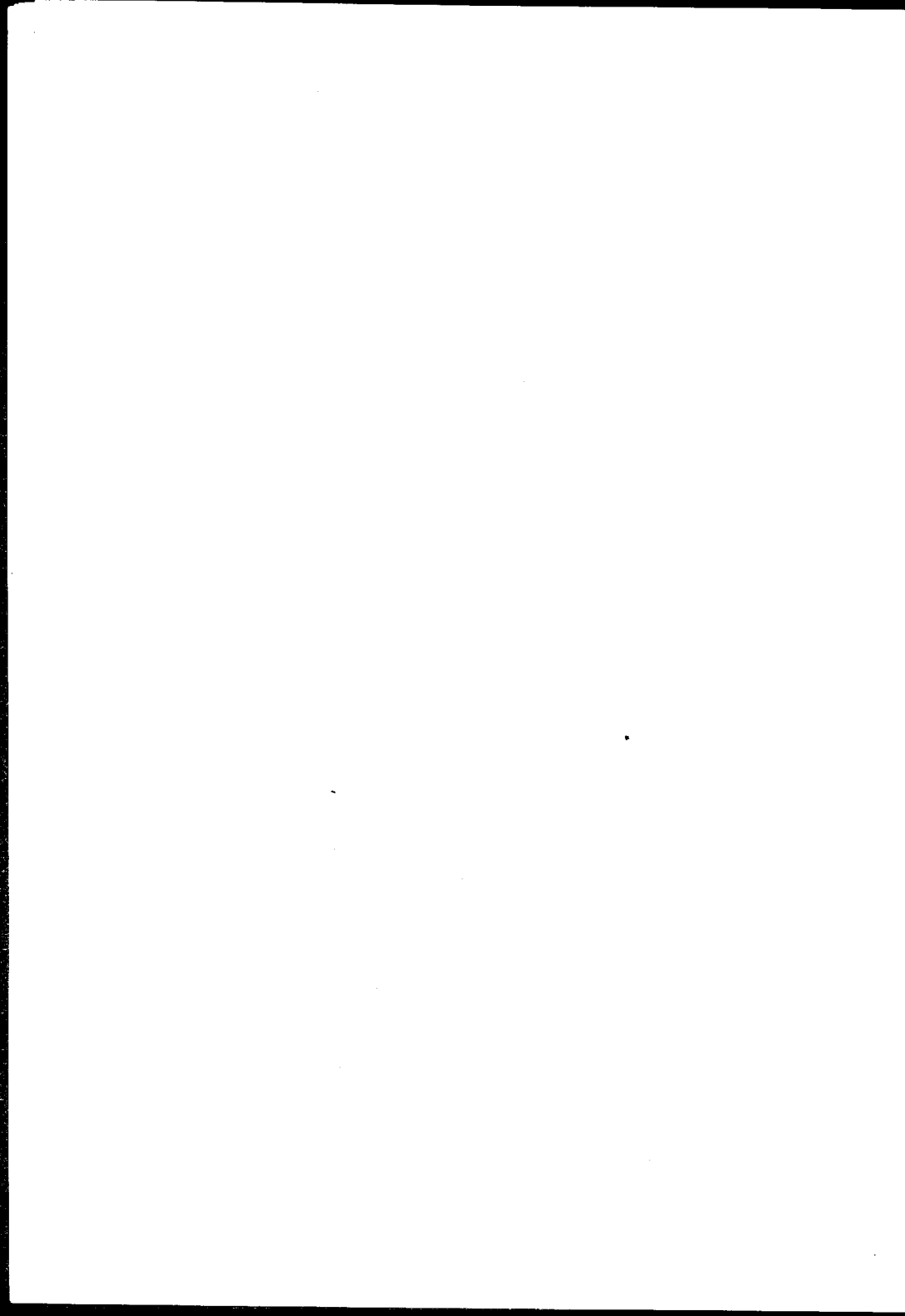
Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

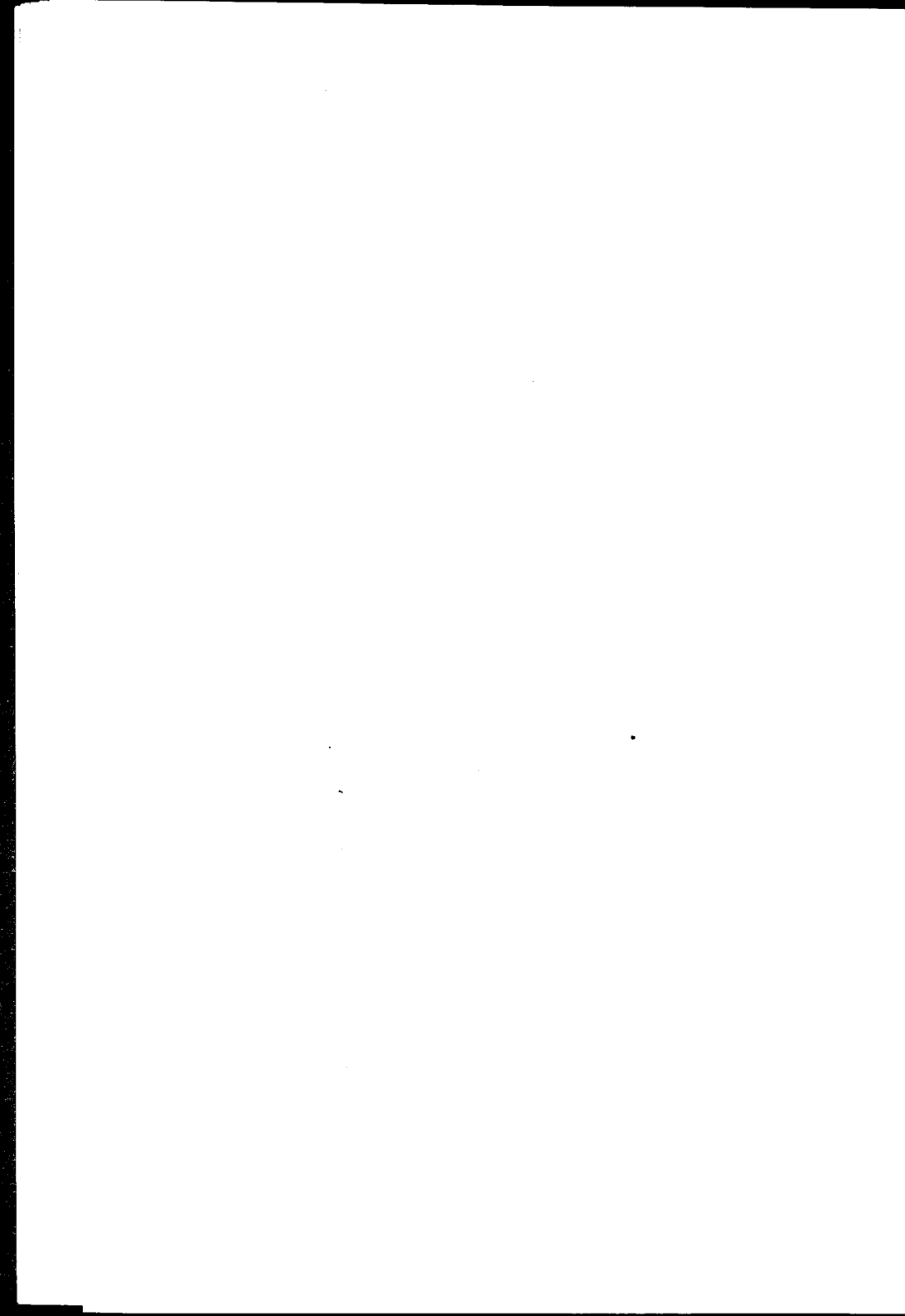


PADRINO DE TESIS

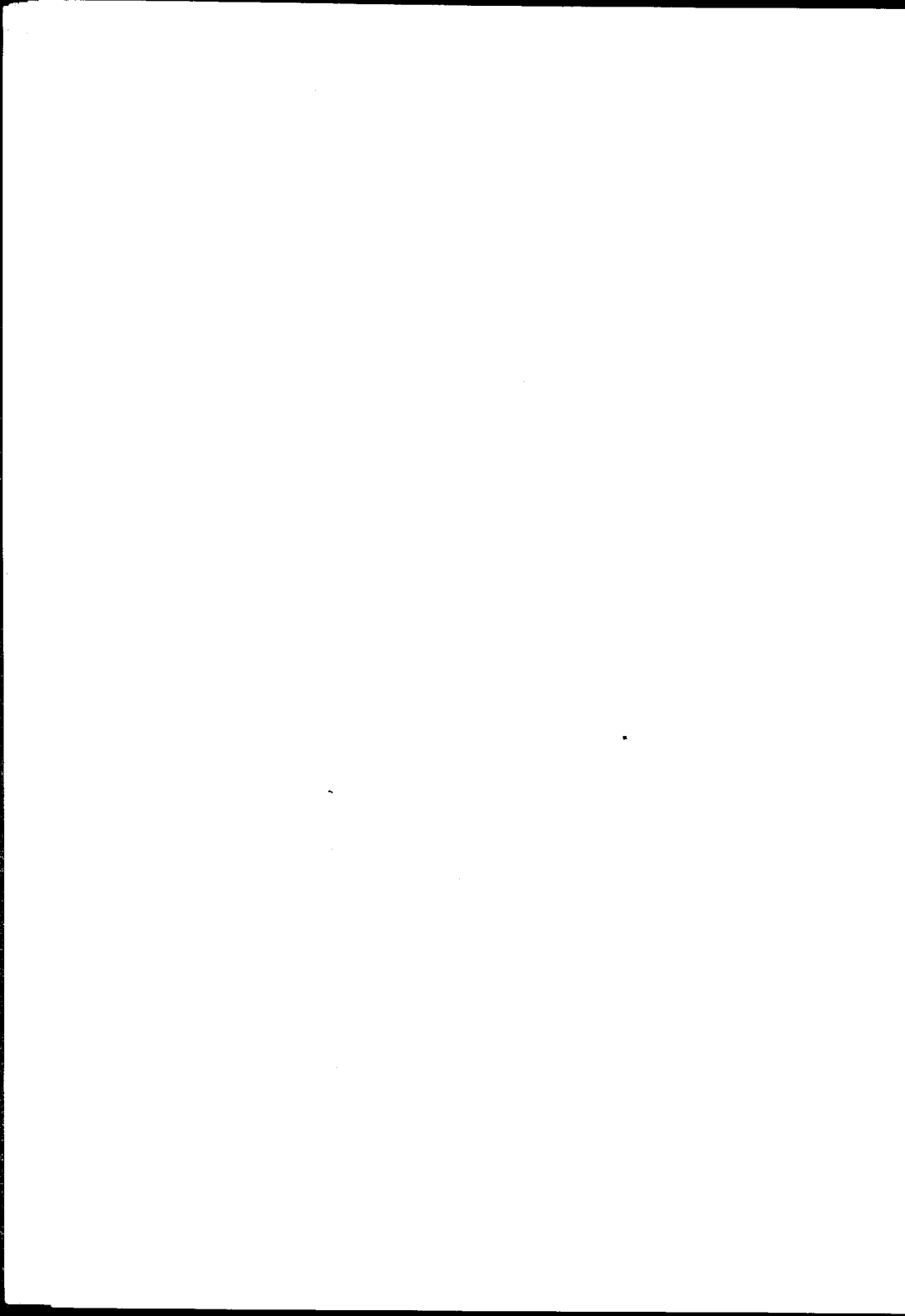
DOCTOR S. BARABINO AMADEO



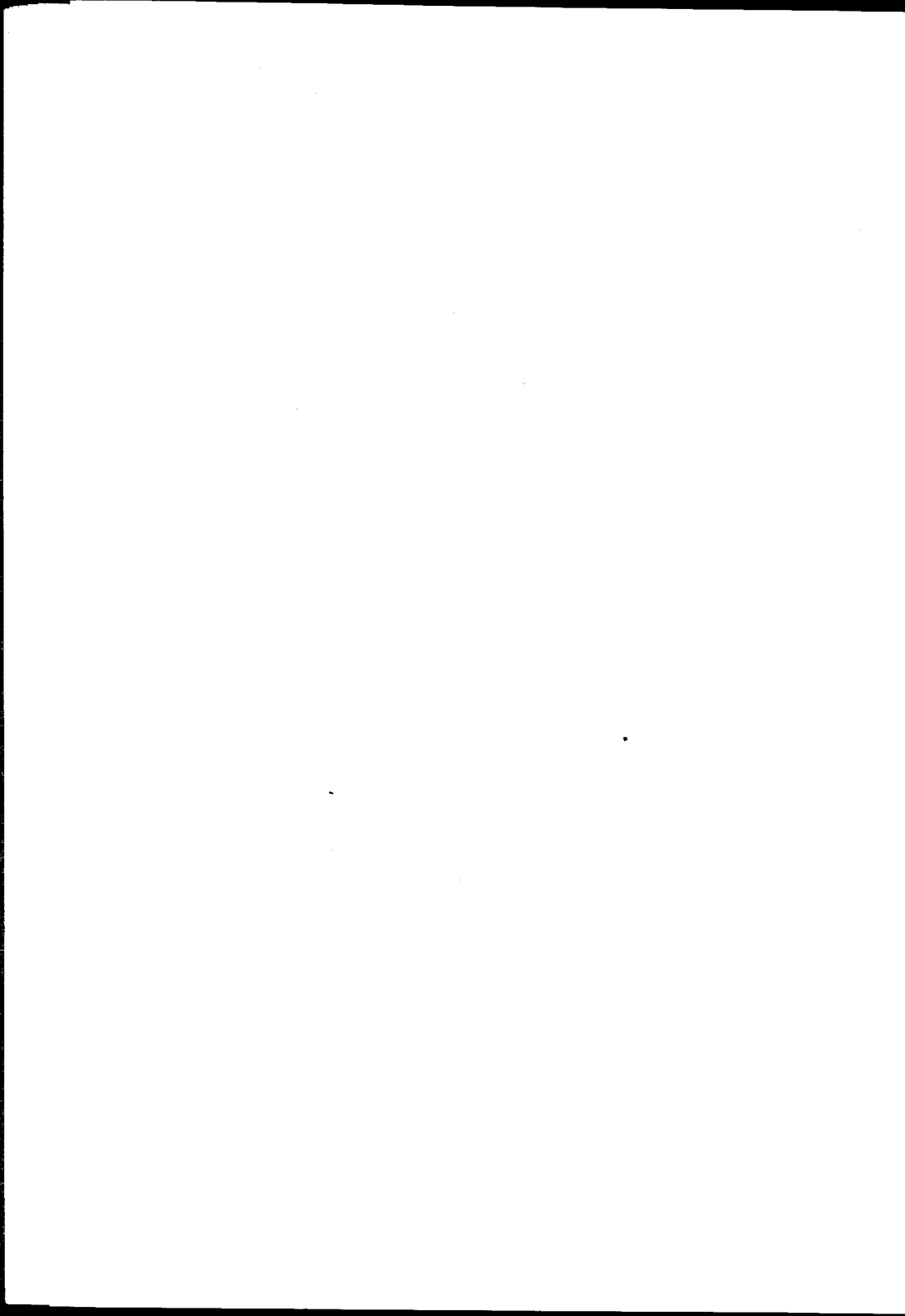
A LA MEMORIA DE MI PADRE



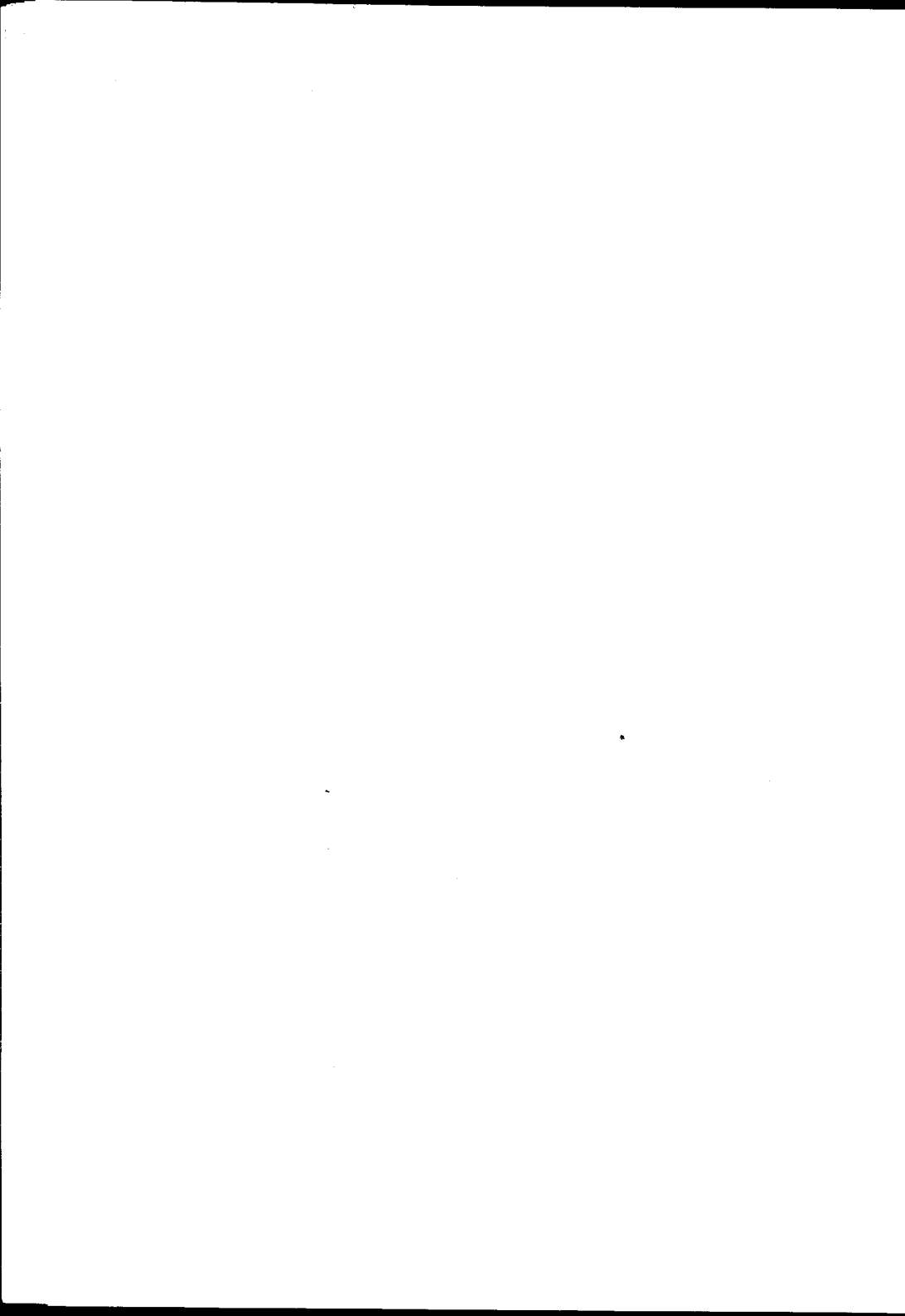
A MI MADRE



À MIS HERMANAS Y HERMANOS



À MIS PARENTES Y À MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Presento á vuestra consideración el presente trabajo que solo tiene el mérito que puede darle una buena intención, inspirada en la constancia para cumplir así con el último pondaño reglamentario de esa Facultad para optar al honroso título de Médico.

Permitidme que llegando hasta aquí sienta en mi alma con verdadera emotividad la transición de la vida en sus varias modalidades, pues ya no serán para nosotros las aventuras de estudiantes, ni las visitudes de la vida como entonces!... Todo aquí se ha paralizado, lo que es una verdad sentida pero evidente; por eso, no puedo con gesto tranquilo dejar ese pasado de inconmesurable recuerdos donde ha estado el caudal más hermoso de la vida, sin la nota del intenso cariño que lleva el adiós de una separación larga y si se quiere eterna.

Quiero recordar en estas breves líneas á mis camaradas de estudio y ex-compañeros de internado de los hospitales Argerich, Torcuado de Alvear y Ramos Mejía, quienes con su espíritus alegres supieron acompañarme compartiendo en un todo mis alegrías como también los sinsabores de la vida estudiantil; á ellos grandes éxitos profesionales é inolvidable gratitud.

Aprovecho igualmente esta oportunidad para dejar constancia de mi agradecimiento á todos aquellos profesores de la Facultad como también á los Señores Médicos quienes ya sea en su carácter de amigo, jefes de sala ó médicos internos contribuyeron á formar mi criterio médico con sus enseñanzas y consejos.

Quiero igualmente dejar en estas líneas mi agradecimiento á mi padrino de tesis doctor S. Barabino Amadeo quien con la modestía que lo caracteriza me honra grandemente apadrinándome á la presentación de este modesto trabajo.

HISTORIA

Hace una breve reseña histórica de esta afección y para ello, es necesario que me remonta á muchos años atrás para que me sea posible encontrar las primeras descripciones y observaciones clínicas de la pleuresia interlobar. En efecto es á mediado del siglo XIX donde se encuentra en la bibliografía médica las primeras nociones precisas.

Bayle, en sus célebres publicaciones, hablando de tisis pulmonar, en 1810, describe colecciones purulentas formadas á expensas pura y exclusivamente de la pleura, es decir, con integridad de parenquima pulmonar:

Con anterioridad á la mencionada fecha se hizo también mención describiendo procesos inflamatorios pleuro-pulmonares que daban lugar á verdaderas vómicas; pero en sus observaciones estos autores no pudieron precisar su sintomatología clínica y

menos darnos una idea rudimentaria de los conocimientos de su proceso anátomo-patológico para que podamos decir que la pleuresia interlobar fué por ellos conocida.

Según la opinión de Pinel y Bricheteau, *Broussais* es el que la descubrió; y estos autores dicen que la pleuresia interlobares pueden encontrarse principalmente: *primero*, en la parte inferior y lateral de la cavidad pleural; *segundo*, en las cisuras interlobares; y *tercero*, en la parte limitante entre la base del pulmón y el diafragma.

El célebre Laemec, que tantos beneficios aportó á la ciencia médica, estudió también algunos años después esta afección, pretendiendo diferenciar las vómicas de estas pleuresia de aquellas que se producen en los abscesos pulmonar.

Thomel en esta misma época también estudia esta afección y sostiene que la vómica que sobreviene súbitamente es el único medio de diagnóstico,

Muchos son los autores, antiguos unos, como Cayol, Graves etc. y modernos otros, que estudiaron esta afección hasta hacer de ella en nuestros días una entidad mórbida de difícil diagnóstico si se quiere, sobretodo tomada en el comienzo de su evolución, pero bien conocida, con su sintomatología propia, con su pronóstico y tratamiento perfectamente delimitado.

NOCIONES DE ANATOMÍA É HISTOLOGIA

Las cisuras interlobulares son surcos más ó menos profundos que penetrando en los pulmones los dividen en lóbulos; en dos el izquierdo y en tres el derecho.

El pulmón derecho tiene dos cisuras; una oblicua que empieza por detrás á la altura del extremo vertebral de la tercera costilla; á la altura de la espina del omoplato, se dirige hacia delante y abajo, para terminar en la línea mamelonar á nivel del extremo anterior de la séptima costilla, es decir que tiene una oblicuidad concomitante con la de las costillas, pero algo más pronunciada.

La otra es horizontal y se destaca de la anterior hacia el borde externo del omóplato, á unos 5 ó 6 centímetros por encima de su punta y se dirige casi horizontalmente hacia el borde derecho del esternón donde termina á nivel del cuarto ó quinto car-

tilago costal. El pulmón derecho queda casi dividido en tres lóbulos, superior, medio é inferior y todo ésto por una sola cisura bifurcada.

El pulmón izquierdo presenta una sola cisura oblicua cuya dirección es idéntica á su congénere del derecho y divide á este pulmón en dos lóbulos, uno superior y otro inferior.

En la pared lateral del tórax las cisuras oblicuas, tanto la izquierda como la derecha, corresponden centímetro más ó menos al quinto espacio intercostal y la cisura horizontal del derecho, al cuarto.

Ahora bien, estas cisuras tienen su serosa que las tapizan, la pleura visceral y si esta pleura se inflama por razones etiológicas que más adelante indico, sus bordes se unen formando adherencias, las que soldándose forman una cavidad independiente de la gran cavidad pleural, quedando así constituida la pleuresía interlobar.

Las arterias de la pleura visceral están formadas por las brónquicas ramas de la aorta.

Las de la pleura parietal provienen de fuentes diversas; para la diafragmática las arterias diafragmáticas superiores é inferiores; para la mediastínica las mediastínicas superiores, posteriores, brónquicas, mamaria interna y diafragmáticas superiores; para la intercostal, las intercostales anteriores, rama de la mamaria interna, las posteriores, rama de la aorta.

Las venas siguen el trayecto de las arterias y desembocan la mayoría en la Azigo y de ahí á la cava superior.

Los nervios que irradian la pleura son mal conocidos aún.

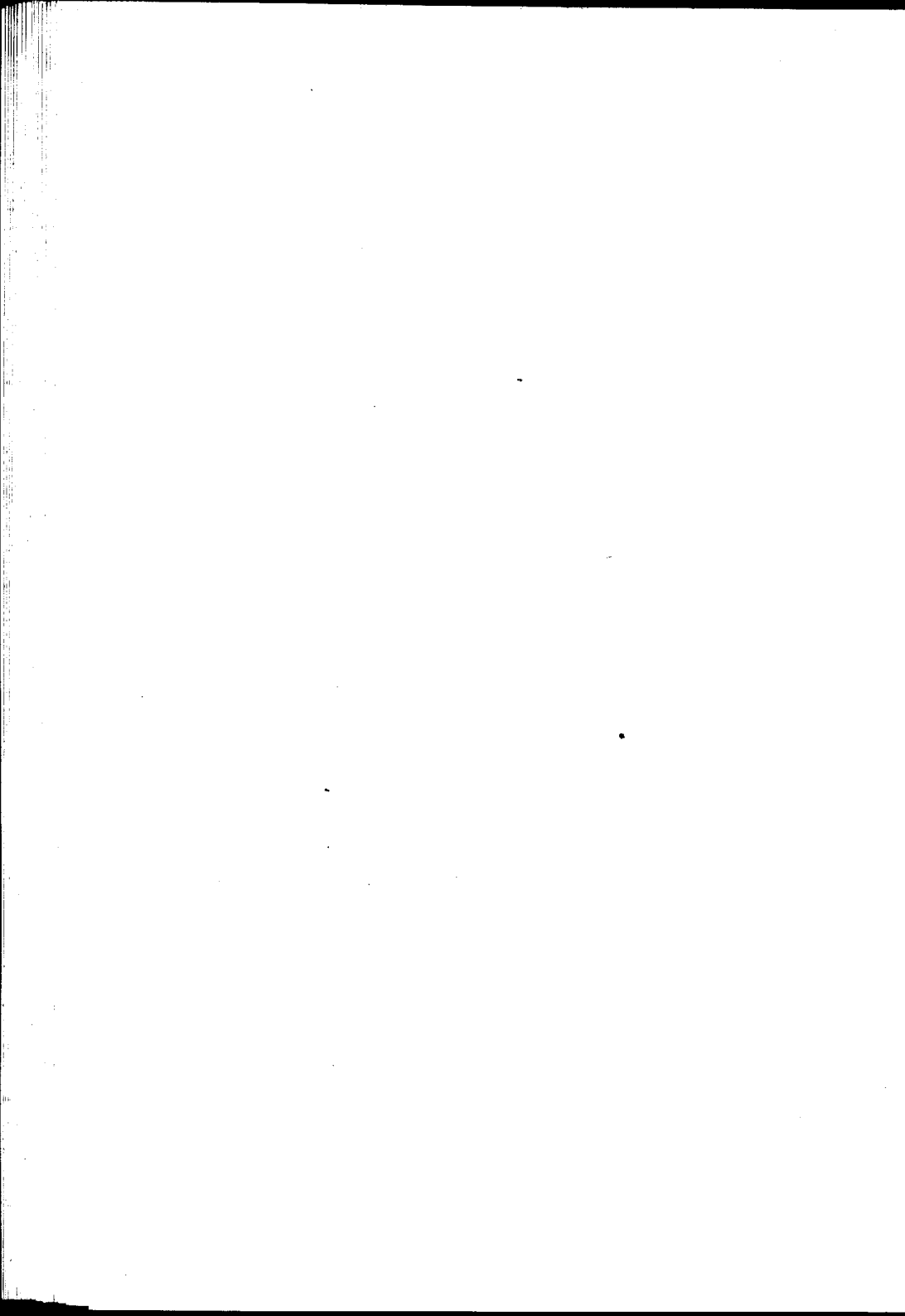
Para la parietal provienen de los vecinos, intercostales, neumogástrico, simpático y frénico.

Para la visceral provienen del plexo pulmonar y llegan á la pleura por el mismo trayecto que las arterias.

Histología.—Presenta la estructura ordinaria de toda membrana serosa. Se compone de dos capas, superficial y profunda.

La superficial está formada por células aplanadas, poligonales, midiendo 40 micrones de diámetro. Presenta una serie de orificios por donde comunica la cavidad de la serosa con los linfáticos.

La capa profunda que sirve de subestructura á las células endoteliales, está representada por una trama conjuntiva muy rica en fibras elásticas. Esta capa es muy gruesa en la pleura parietal y delgada en la visceral, siendo ésta muy adherente al pulmón y constituida casi exclusivamente por fibras elásticas.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La pleuresía interlobar puede ser primitiva y secundaria. Dieulafoy dice que la mayoría de las veces es primitiva; los casos clínicos que presento son de origen secundario.

Los numerosos análisis practicados de los líquidos interlobares demuestran que ésta es una afección microbiana y que no existe para ella un agente patógeno propio. La gran mayoría de las veces es el pneumococo el que predomina solo ó acompañado de estreptococos, estafilococos, etc., y otras veces cualquier otro agente microbiano ya conocido.

Cuando es consecutiva á una afección pulmonar toma el nombre de secundaria.

De estas afecciones la más común es la neumonía y cuando en el transcurso de ella se declara una pleuresía interlobar, se le denomina paraneumónica; y cuando aparece algunos días después metaneumónica.

Además de la neumonía, pueden producir secundariamente esta afección interlobar cualquiera otra enfermedad bacteriana, como la influenza, fiebre puerperal, infecciones intestinales, heridas infectadas, etc., siendo en estos casos, como es lógico suponer, la patogenia la propagación metastásica de los agentes microbianos que la producen.

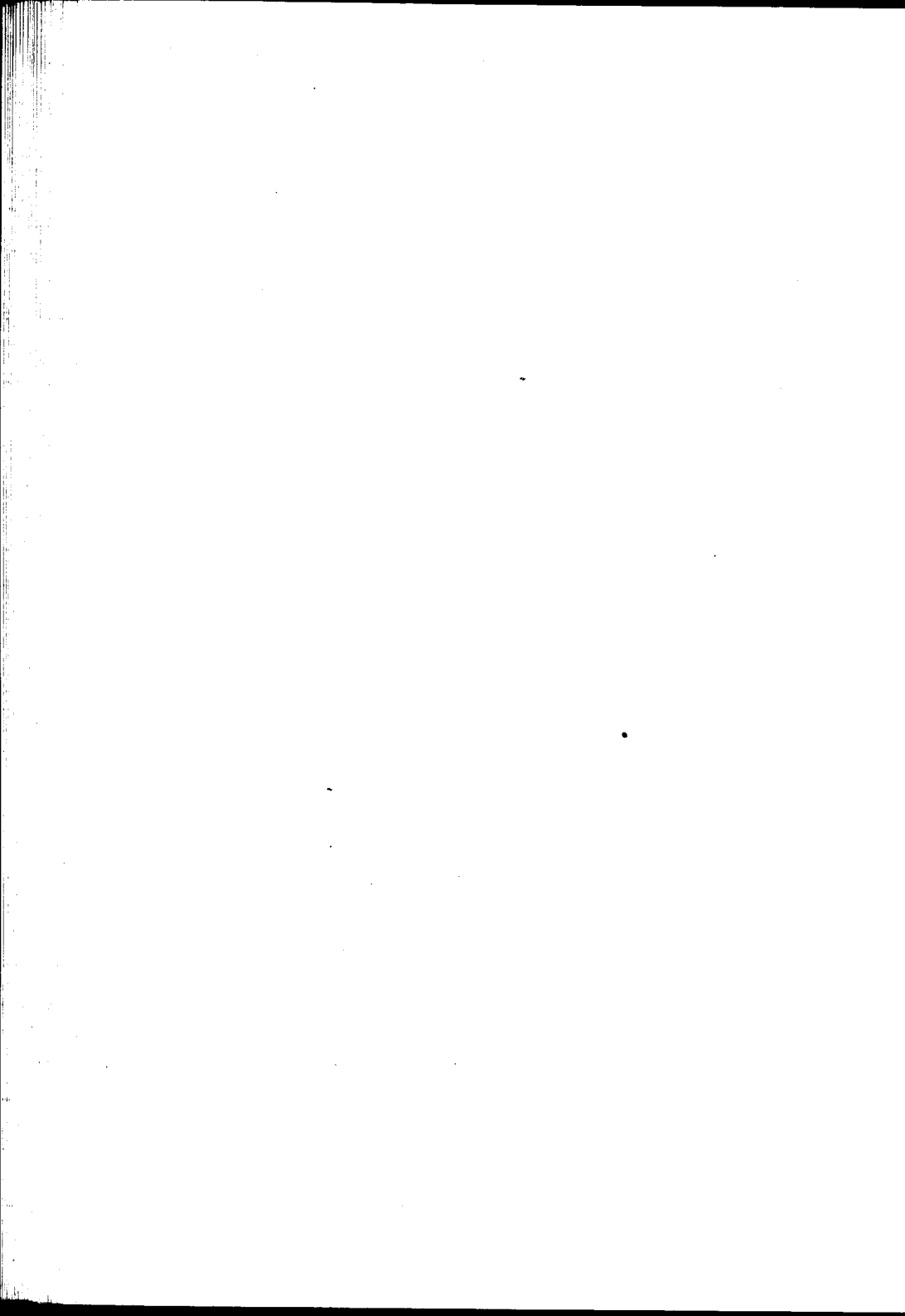
Ahora bien, ¿sólo es necesario que exista una propagación metastásica (cuando se trata de una pleuresía secundaria á distancia ó una infección repentina para que de hecho quede establecida? No; es necesario que existan causas orgánicas que favorezcan esta localización, causas que son generales unas y locales otras. Entre las primeras es innegable que el enfriamiento tiene una acción secundaria que predispone á esta afección, determinando, como cualquier enfermedad aguda, un *locus minoris resistencie* que proporciona un terreno favorable al desarrollo de los microorganismos.

Pero la razón por la cual esta pleuresía elige precisamente la cisura interlobar del pulmón y no la gran cavidad pleural, nos es completamente desconocida para las interlobares primitivas, pudiendo explicarse más ó menos satisfactoriamente cuando es consecutiva á un foco de neumonía desarrollado al nivel de esa parte del pulmón.

Siendo la causa etiológica de esta afección que me ocupa, una infección microbiana en una cavidad

cerrada, fácilmente se comprende que siempre su exudado sea purulento.

En lo que respecta al sexo diré que aparece indistintamente en el uno ó en el otro, y en cuanto á la edad, es más frecuente en el adulto que en el niño y en éste más que en el viejo.



ANATOMIA PATOLÓGICA

La pleuresía interlobar, como he dicho anteriormente, es siempre purulenta y aunque al principio es sero-fibrinosa, una vez cerrada su cavidad por procesos inflamatorios y siendo este líquido un buen medio de cultivo para los agentes patógenos principalmente para estreptococcus, estafilococcus, etc., éstos no tardan en determinar una formación de pus en el interior de la cavidad interlobar.

Una vez formado el pus produce la mortificación del tejido pulmonar vecino y luego ulceración que puede alcanzar un bronquio y dar salida al exterior al contenido de la cavidad, constituyendo la vómica.

Las partes vecinas del pulmón que se encuentran alrededor de este foco de supuración, presentan lesiones inflamatorias crónicas que determinan la esclerosis del parénquima pulmonar.

El líquido es generalmente abundante (hasta un litro), pero puede ser mucho menor. Su olor es muy fétido.

Cuando se extrae el pulmón de la cavidad torácica, en algunos casos si se fuera á juzgar por su aspecto exterior, correríamos el riesgo de considerarlo sano cuando en su interior contiene pus.

Otras veces, al contrario, el aumento de peso, su deformación, las adherencias que lo unen á la cavidad torácica, el espesamiento de la pleura, nos hacen ver que dicho órgano está profundamente alterado. El parénquima que rodea la colección purulenta ofrece cambios que no pueden pasar inadvertidos: es pesado, crepita bajo el dedo, á veces es friable y otras da una sensación de dureza.

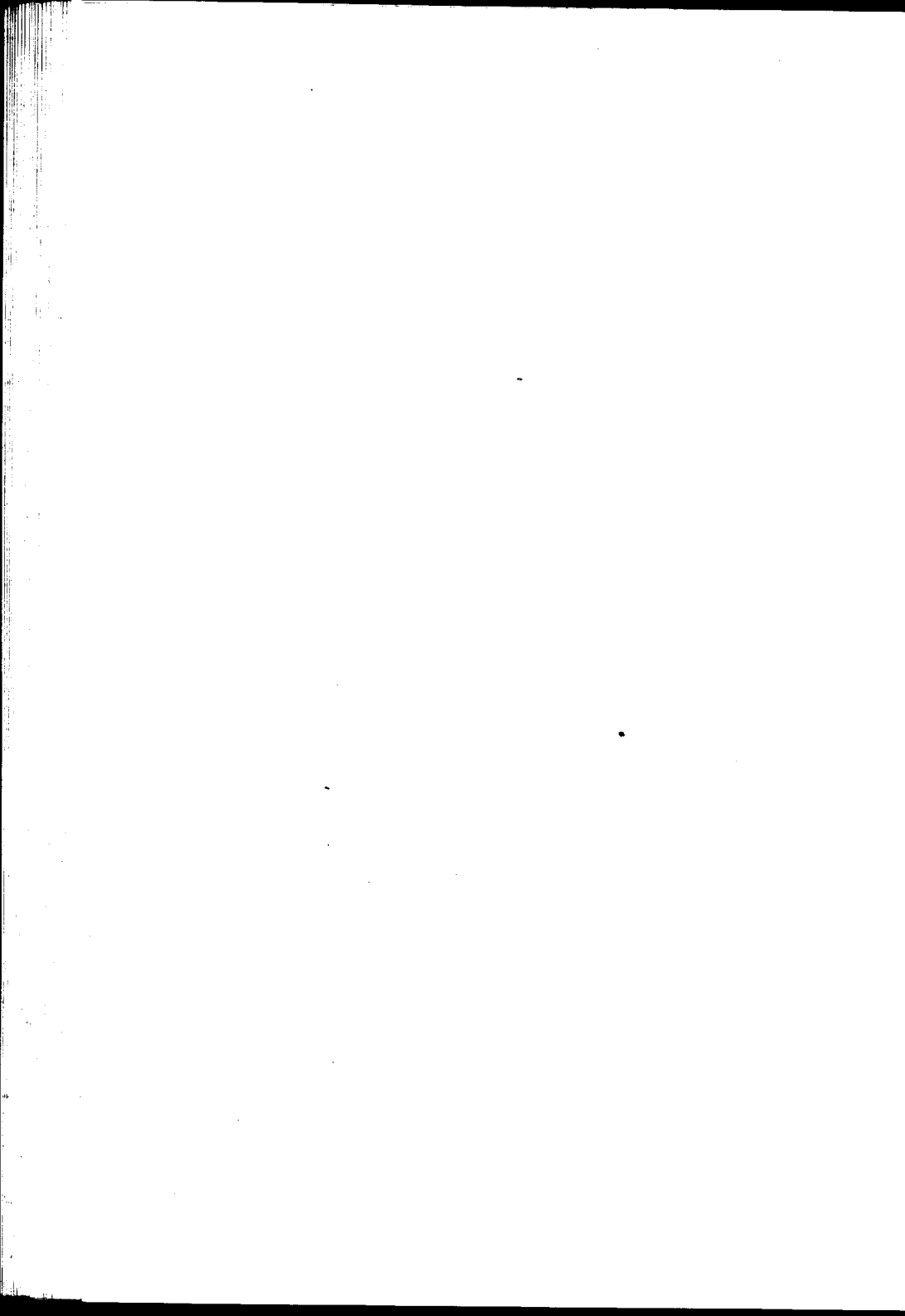
La superficie supurante, está recubierta por detritus celulares, glóbulos de pus, leucocitos y restos de tejido elástico en completo estado de putrefacción.

Cuando esta superficie supurante es de grandes dimensiones, rechaza generalmente el parénquima pulmonar hacia arriba y hacia abajo y si está próxima á la superficie, extraído el pulmón, se le ve hacer relieve.

Si la autopsia es hecha en una época muy distante del comienzo de la afección puede haber y se encuentra en la mayoría de los casos esclerosis pleuropulmonar bastante extensa.

Si la cavidad se ha vaciado se encontrarán las paredes casi adosadas la una con la otra, la cantidad de pus será poca y la pleura engrosada y en vías de esclerosis.

En resumen los caracteres de la pleuresía interlobar anátomo-patológicos son semejantes en todo á los de la pleuresía purulenta de la gran cavidad, más que á ningún otro proceso pleuro-pulmonar.



SINTOMATOLOGIA

Ya dije en capítulos anteriores que la pleuresía en cuanto á su origen puede ser primitiva y secundaria: la descripción de sus sintomatologías en nada difieren, sea la una ó la otra.

Nada hay más difícil que el descubrir el comienzo de una pleuresía interlobar; la puntada de costado, la fiebre, tos, escalofríos, etc., son signos que indican que una afección torácica aguda entra en escena; pero cuando se trata de fijar la naturaleza de esta afección no tenemos signos precisos de orientación y entonces ocurren estas preguntas: ¿se trata de una neumonía, de una pleuresía ó de una fluxión de pecho? y nos vemos precisados á efectuar un diagnóstico por exclusión; pero titubharemos siempre día á día hasta que la aparición de nuevos síntomas nos ponga en el verdadero camino.

Veamos ahora su sintomatología propia, siguiendo

do la fases de un enfermo desde su primer día y dividiendo la evolución de esta enfermedad en tres períodos: primero, el de congestión; segundo, el de formación del líquido y tercero el de la aparición de la vómica.

El primer período se inicia de una manera brusca con una fuerte puntada de costado, tos, disnea y fiebre, todo lo que indica que es el aparato respiratorio el atacado, pero sin poder aquellos síntomas precisarnos la afección que se nos presenta.

La auscultación nos revela que existen soplos y rales, y la percusión, aunque limitadamente, submatitez; todos estos fenómenos son debidos á focos congestivos de vecindad.

En el segundo período ya nos encontramos con signos que nos inducen á efectuar un diagnóstico, pues habiendo empezado á formarse el derrame y siguiendo éste las líneas anatómicas de las cisuras interlobares nos da en todo el trayecto de ellas una zona de matitez extendida oblicuamente desde el axila á la parte anterior del tórax, con la particularidad siguiente: que arriba y debajo de esta zona mate existen partes sonoras.

Para esto es necesario que la cantidad del líquido sea ya grande, de 300 á 400 gramos.

El murmullo vesicular también ha desaparecido.

Otros síntomas de mucha importancia se agregan con frecuencia en este período y así tenemos que es

suficiente un derrame pequeño, de sólo 400 gramos, según Dieulafoy, para encontrarnos con una matitez cardíaca muy desviada hacia el lado opuesto de la colección; mientras que para encontrar este fenómeno en la pleuresía de la gran cavidad se necesita que el derrame sea mucho mayor.

El espacio de Traube no se encuentra ocupado, ocurriendo á la inversa en las pleuresías de la gran cavidad.

Un síntoma que suele también encontrarse á menudo y que casi siempre precede á la vómica, es la hemoptisis debida á la ulceración del tejido pulmonar, que puede atacar un vaso y dar lugar á una hemorragia.

En una época más avanzada se presenta otro síntoma que Dieulafoy considera importante y como precursor también de la vómica, y es la fetidez del aliento y el mal gusto de la boca.

La causa de esta fetidez es seguramente debida á que una pequeña cantidad de pus escapa por la fisura que va á tener lugar la evacuación de la colección purulenta.

En medio de un acceso violento de tos el enfermo tiene una vómica de 300, 400 ó más gramos de pus, constituyendo esto el comienzo del tercer período en que he dividido la evolución de esta enfermedad.

Una vez efectuada esta vómica los síntomas anteriormente descriptos cambian ó desaparecen com-

pletamente, según sea más ó menos grande el vaciamiento de la cavidad interlobar y la luz de la comunicación establecida con el exterior por la perforación brónquica.

Tomemos, por ejemplo, una cavidad grande, ampliamente abierta, con vaciamiento casi completo superficial, nos será dado encontrar soplo autórico, sucusión hipocrática, retintin metálico, etc. Tomando un caso diametralmente opuesto al citado, encontraremos gorgoteo, soplo cavernoso, pectoriloquia y en fin todos los signos cavitarios.

Una vez producida la vómica, dos cosas pueden ocurrir al enfermo: la desaparición de los signos que tanto le molestan, como ser la fiebre, la tos seca ó con escasa expectoración mucosa, etc., y que tienden á la curación del enfermo, y la otra más rara por suerte, que el estado del paciente no mejora, la expectoración sigue abundante, la fiebre no desaparece, el apetito no vuelve y el enfermo es consumido por la caquexia ó por una de las múltiples complicaciones interesantes.

Todo lo antedicho es en el supuesto caso de que la vómica se produzca, de lo contrario los productos sépticos, sino se interviene quirúrgicamente, determinan una intoxicación lenta, dando lugar á una sintomatología propia, como ser fiebre intensa, sudores abundantes, inapetencia, agotamiento de las fuerzas, miocarditis, etc., que terminan pronto con la vida del enfermo.

DIAGNÓSTICO

Entramos de lleno en la descripción de uno de los capítulos interesantes del tema que nos ocupa y á la vez, de difícil solución para los médicos, sobre todo cuando están en presencia de un enfermo cuya afección pleurítica interlobar está en su comienzo.

Pero aún pueden presentarse al facultativo y sobretodo, en los consultorios hospitalarios, enfermos que habiendo tenido ya su vómica de pus, solo se quejan de su tos con regular expectoración purulenta. La afección puede confundirse entonces con una simple bronquitis ú otro trastorno pulmonar, especialmente si el médico ha descuidado un tanto la obtención de los antecedentes precisos de la enfermedad del paciente. Ya veremos más adelante como, en estos casos, una historia bien llevada del enfermo puede colocarnos en la vía del diagnóstico.

Pero, como hemos dicho, la afección en su principio, puede, fácilmente, despistar al facultativo, pues, su comienzo brusco, con puntadas de costado, fiebre y tos, es también patrimonio de varios otros trastornos pleuro-pulmonares. Pero, aún en el comienzo, un exámen p̄olijo del enfermo nos permitirá ir eliminando algunas enfermedades de la pleura ó del pulmón, y reduciendo el número de las mismas á aquellas que, por su semejanza semiológica con la pleuresia enquistada, nos mantienen en la duda é imposibilitan el diagnóstico.

Haremos, pues, ante el caso práctico, nuestro razonamiento clínico. Los frotos, los signos de un derrame, la matitez, las vibraciones disminuidas, la egofonia, el apagamiento del murmullo vesicular, etcétera, son los signos de una *pleuresia de la gran cavidad*.

La *neumonia* se presenta con escalofríos, soplo tubario, rales crepitantes, esputos herrumbrosos, lo que nos permite diagnosticarla.

La *fluxión de pecho*, por su bilateralidad, sus rales diseminados, su soplo y sus frotos, que atestiguan la participación del pulmón y pleura respectivamente, permiten la eliminación de esta afección en nuestro paciente. Pero, debemos también tener en cuenta que una pleuresia interlobar en su principio está acompañada por una participación del pulmón vecino. Este se congestiona y se produce una flu-

xión pulmonar, en tal forma, que el enfermo presentará más el cuadro de un pulmonar que el de un pleurítico. Entonces el diagnóstico se nos presenta con el máximo de dificultades, pues, no es ni neumonia, ni una pleuresia franca. Seguramente al principio aceptaremos, como más probable que se trata de una pleuro congestión.

En esta incertidumbre, mientras la afección permanece unilateral, con tos más ó menos fuerte, alta temperatura, expectoración nula ó casi, disnea intensa, dolor de costado más ó menos vivo, los días pasaran sin que aún podamos precisar el diagnóstico.

A los doce ó quince días del comienzo de la pleuresia interlobar, cuando contiene como medio litro de líquido purulento en el adulto ó 200 gramos en el niño, los síntomas nuevos que se presentarán, de una matitez más ó menos extensa, rodeada por zonas sonoras, permitirán seguramente el diagnosticar una pleuresia enquistad. En este caso haremos una ó varias punciones torácicas con el fin de cerciorarnos de la existencia de pus y proceder al mismo tiempo á su análisis bacteriológico. Pero, si efectivamente se trata de una pleuresia interlobar, que no fuera muy superficial, sino muy profundamente situada en la císura, el pulmón estaría interpuesto entre el foco purulento y el exterior, lo que daría por resultado que la ó las punciones torácicas

efectuadas no dieran resultado. En este caso también la percusión no nos revelaría una franca matitez, sino más bien una submatitez, siempre que la afección pleural no sea acompañada de una congestión muy pronunciada del tejido pulmonar que la rodea. En este caso, se auscultarán rales y soplo que fatalmente, y, sobre todo en un primer examen del enfermo, nos desviará del verdadero diagnóstico.

Pero, volviendo á la zona mate ó submate apercebida, diremos que éstas, en la práctica, hayan perdido un tanto sus relaciones normales con el tórax.

Si la colección purulenta llegara á estar situada en las cisuras oblicuas y descendente del pulmón izquierdo, podría, como se ha observado en algunos casos, desviar el corazón hacia la derecha.

Pero el hecho es, por otra parte, raro, pues el pus, en estas pleuresías no suele ser muy abundante como lo demuestran las zonas claras que limitan la mate en la misma cisura y el estar el espacio de Traube completamente libre.

De cualquier modo, todos estos hechos van robusteciendo la idea de una pleuresía enquistada.

No debemos, en el estudio de tales enfermos, descuidar el examen radioscópico y radiográfico, complementos útiles de nuestro examen.

Como puede verse, hasta ahora, el diagnóstico

certero se hace poco menos que imposible, y lo expuesto no da más signos que de presunción.

Pero siguiendo la enfermedad su natural evolución, dos síntomas nuevos y de real importancia se presentan en el paciente: la hemóptisis y la vómica. Sobre la primera insiste mucho Dieulafoy en su lección clínica sobre este tópicó, en su tercer tomo de 1900. Y para probar su importancia, sobre todo para evitar la creencia de que todas las hemóptisis sean de origen tuberculoso, cita varios casos de observación, entre ellos los de Prengrueler y Beurmann, Letulle y Segond, Talis, etc.

Dieulafoy cita el de este último, que, como podrá verse, es muy interesante: «Un hombre de cuarenta y cinco años, convaleciente de una neumonía izquierda, fué sorprendido por fiebre, puntada de costado y disnea violenta. Algunos días más tarde se constató en la parte media y posterior del tórax una zona de matitez envuelta de rales. Durante unos 20 días, la tos, la disnea, el dolor y la taquicardia fueron los síntomas dominantes. Una mañana el enfermo tuvo quintos de tos más intensos que de costumbre y arrojó una cantidad de pus; acaba de vaciar una pleuresía interlobar. A continuación de esta vómica, continuó, todas las mañanas, llenando una ó dos saliveras de expectoración purulenta, después de lo cual la tos se moderaba durante una parte del día. Este estado duró de cuatro á cinco semanas,

durante las cuales la fiebre desapareció, pero la aceleración del pulso persistió. Un día aparecieron algunos esputos sanguinolentos seguidos de una abundante hemoptisis. Se pensó en una tuberculosis, pero no se encontró bacilos de Koch ni en la expectoración purulenta, ni en la sangre de la hemoptisis. La convalecencia fué lenta; la expectoración no desapareció sino después de cuatro meses, lo que no impidió que el hombre recobrar su salud, sin conservar la menor reliquia de su pleuresía interlobar. Los esputos de sangre no reaparecieron ».

Estas hemóptisis que pueden preceder, seguir ó ser contemporáneas á las vómicas y que el mismo proceso ulcerativo bronquial que provocan estas últimas, puede ulcerar un vaso y dar lugar á las primeras, propone Dieulafoy llamarlas «hemóptisis interlobar».

Pero la vómica no es patrimonio exclusivo de las pleuresías interlobares, pues se presenta en el curso de otras afecciones pleuropulmonares, y requerirán de parte del médico un estudio y examen prolijo de las mismas, á objeto de diferenciarlas en la medida de lo posible.

Con este motivo, creemos oportuno pasar revista y dar los caracteres propios de las distintas vómicas de algunas afecciones pleurales ó pulmonares que la producen.

La pleuresía de la gran cavidad puede abrirse en

el pulmón y terminar por vómica. Pero el examen anterior del enfermo, el tiempo más largo transcurrido con el derrame antes que el hecho se produzca y la mayor cantidad de pus arrojado en la misma, bastan para su diagnóstico. Además, la disnea de la pleuresia interlobar es intensa desde un principio é independiente de las complicaciones que pueda provocar, así como el edema de la pared es menos frecuente.

La dilatación bronquial puede también ofrecer dificultad cuando se trata de diferenciarla de la afección, objeto de nuestro estudio. Los principales caracteres que la diferencian son: la evolución más corta, más aguda y febril de esta última, así como su aparición brusca y ruidosa.

El aumento progresivo de la expectoración bronquial, así como su olor butírico, la vómica matutina y pequeña, son otros tantos caracteres particulares de la dilatación bronquial. Además, las cavernas bronquiales, con sus signos auscultatorios, no corresponden á las cisuras interlobares.

Si se quiere hacer la diferenciación de la vómica interlobar con la de una tuberculosis pulmonar, el problema se presenta algunas veces muy difícil, sobre todo si ambas afecciones se encuentran simultáneamente en el enfermo.

Pero en el supuesto caso de que sólo la pleuresia interlobar afecta á nuestro paciente, la falta de tras-

torno en los vértices, de lesiones pleurales ó pulmonares (aparte de los que presenta en la cisura) la ausencia en repetidos análisis del bacilo de Koch y la historia minuciosa del paciente, confirmarán la vómica interlobar.

El absceso pulmonar, aunque es una afección más rara, puede dificultar nuestro diagnóstico.

Debemos recordar, en este caso, que tal afección se sitúa, en general, en el lóbulo inferior; su curso es mucho más rápido, y el pus de su vómica de un color más ó menos obscuro, por venir mezclado con más ó menos cantidad de sangre variablemente alterada.

El pus de una gangrena pulmonar tiene caracteres propios que la distinguen del pus de la vómica interlobar. Así su color es negruzco, su olor recuerda á las materias orgánicas en estado de putrefacción. Se encuentran en él: fibras elásticas, cristales de hematoïdina, parénquima pulmonar, que no encontramos en el pus de la vómica interlobar.

El cuadro que presenta el enfermo de gangrena pulmonar, es también más grave; su fin es más próximo, la fiebre muy alta y en estado adinámico profundo, revela una alarmante intoxicación séptica.

La vómica que puede producir un quiste hidatídico del pulmón, siempre que no esté infectado, no presenta dificultad para el diagnóstico. Es en estos

casos de un color citrino y generalmente con membranas. Si por el contrario, es un quiste supurado las dificultades del diagnóstico se acrecientan, pero las membranas y ganchos de tenia arrojados con la vómica nos evita el error en la mayoría de los casos.

La ausencia de todo signo anormal al nivel de las cisuras, así como el síndrome mediastínico, en las pleuresias mediastínicas nos impedirán el diagnóstico.

Los diversos abscesos de los diferentes órganos abdominales, que hagan irrupción en el pulmón y provoquen una vómica, suelen presentar ciertas dificultades al clínico, aunque por lo general un detenido examen del paciente permite descubrir su origen.

Si se tratara de colecciones purulentas vertebrales que determinaran por evacuarse en el pulmón, las desviaciones de la columna, las manifestaciones medulares de compresión, etc., evitarán el error.

Hemos manifestado en el curso de este capítulo, que el diagnóstico en un enfermo con pleuresia interlobar, que acudiera á nuestro consultorio después de unos días de producida la vómica, puede frecuentemente resultar erróneo sobre todo si no obtenemos del paciente los datos precisos sobre el comienzo y marcha de su dolencia, hasta el estado actual de la misma.

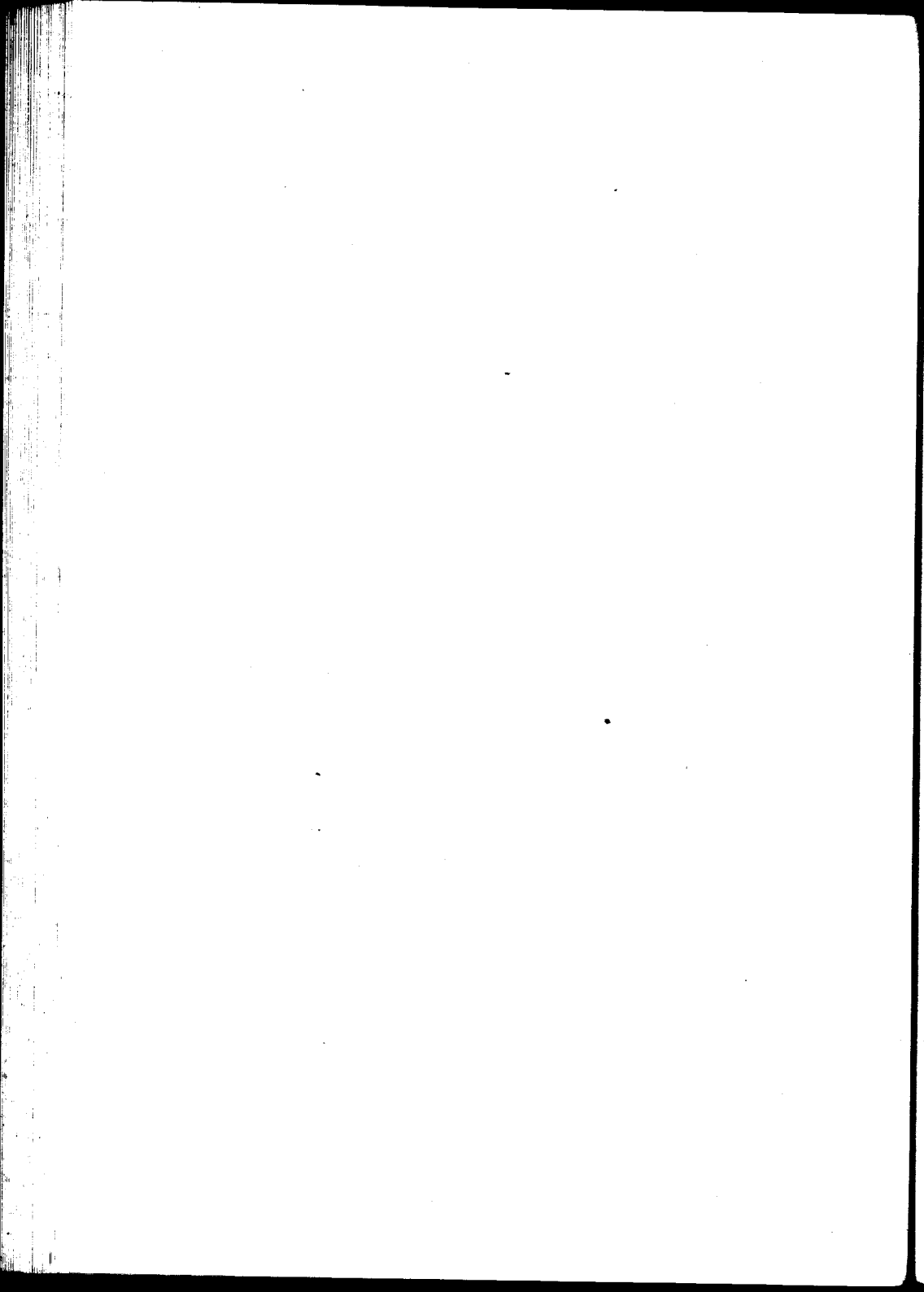
Los antecedentes del pleurítico interlobar, prolijamente obtenidos, como el comienzo brusco, con puntada de costado, fiebre, gran disnea, poca ó ninguna expectoración y los caracteres de la misma, la repentina aparición (después de 15 á 20 días de enfermedad) de una vómica acompañada ó no por hemoptisis, que ha aliviado al paciente, mejorando su estado general y tendiendo la cantidad á disminuir, así como nuestro examen torácico del enfermo, nos permitirán, por lo menos á acercarnos á la verdadera dolencia, sospechando en nuestro examinado una pléuresia interlobar, que exámenes posteriores, así como una evolución feliz y natural del proceso, ó el bisturí corroborarán.

He dicho que el bisturí podría corroborar nuestro diagnóstico y, en efecto; algunos casos, desgraciadamente, necesitan ser operados para su curación, pues, ó la herida pulmonar por donde se evagua la colección purulenta se ha cicatrizado muy pronto ó, es muy pequeña y dificultad la fácil salida del pus, retarda ó impide la curabilidad del enfermo y lo expone á complicaciones que deben evitarse.

Con todo lo expuesto creo dejar comprender que si bien la pléuresia interlobar puede diagnosticarse en muchos casos, requiere en otros un examen minucioso, completo y muchas veces repetidos.

PRONÓSTICO

Aunque en general grave, varía para cada enfermo, pues depende de la edad, del estado del paciente, de la amplitud de la afección, de las complicaciones que puedan sobrevenir, etc., etc.



TRATAMIENTO

Hemos dicho en el capítulo anterior que una pleuresía puede presentar dos evoluciones. O bien, después de una vómica, el enfermo evolucionaba rápidamente hacia la curación, ó, por insuficiencia del drenaje ó por cicatrización prematura de la herida pulmonar producida, terminaba por sucumbir.

La primera eventualidad se produce raramente y, es prudente que el médico, hecho su diagnóstico, no espere que ella se produzca; y, en el segundo caso, la intervención quirúrgica se impone, pues una cavidad de pleuresía interlobar que drena en forma deficiente, puede permanecer infectada largo tiempo y producir una esclerosis pulmonar y bronquectasia.

En estos casos, en los que á pesar de una vómica el enfermo sigue tosiendo con expectoración, la fiebre reaparece, la cavidad sigue segregando y no se llena, hay disnea, inapetencia, enflaquecimiento,

dedos hipocráticos, etc., el paciente toma la apariencia de un tuberculoso, sin serlo.

Con estos trastornos, en este estado de infección é intoxicación, así como por sus complicaciones, el enfermo fatalmente sucumbirá.

El examen atentò, la prontitud y certero diagnóstico de la pleuresía interlobar, así como el buen criterio del clínico en cada caso particular y la hábil mano de un cirujano, son los medios que evitarán la desgraciada evolución de esta afección.

Por otra parte, cuando el diagnóstico no se ha hecho con la prontitud debida, ó se teme á la operación, ó por cualquier otro motivo no se interviene á tiempo y el enfermo se ha caquetizado demasiado ó se han presentado complicaciones, aún la cirugía suele fracasar en estos casos como en uno de los enfermos de los casos clínicos que publicamos.

En las otras dos observaciones personales que presentamos, la evolución ha sido feliz, pues, después de su vómica, los enfermos curaron rápidamente.

El tratamiento médico no es más que un paliativo. El facultativo recetará en un principio, de acuerdo con la sintomatología.

Contra la disnea y el dolor: revulsivos, inyecciones de morfina, bolsa de oxígeno, codeína, etc.

Para favorecer la expectoración: tiocol, benzoato de soda, terpina, creosota, tolú, etc. Como medica-

mento tónico: cafeína, aceite alcanforado, alcohol, acetato de amonio, inyecciones de éter, etc. Los balsámicos como la trementina, sándalo, etc., no consiguen dominar el olor desagradable de la expectoración y del aliento. El tratamiento médico es, pues, una medicación del momento.

Hemos visto, al hablar del momento del diagnóstico, las dificultades que se presentan, para poder afirmar antes de producida la vómica, la pleuresía interlobar.

Por este motivo los enfermos, en su mayoría, son operados en estas condiciones, salvo que la cantidad de pus coleccionada y el estado del paciente lo exijan.

Pero si la vómica se ha producido y el facultativo confirma la afección pleural interlobar, y el paciente continúa, á pesar de todo, con tendencia á prolongar la enfermedad, á evolucionar por tanto, hacia la caquexia, con fiebre, expectoración, etc., se impone la intervención quirúrgica, cuyo objeto es naturalmente, facilitar la evacuación del pus tan pronto como sea posible, evitando así al paciente posibles complicaciones y, al mismo tiempo, acelerar su curación.

Estas pleuresías interlobares constituyen, del punto de vista de la intervención verdaderos abscesos intrapulmonares, alojados más ó menos profundamente en una cualquiera de las cisuras.

La misión del clínico es precisamente, indicar al cirujano el sitio preciso de la colección purulenta para que éste proceda en consecuencia. Si el estado del paciente imposibilitara la anestesia completa, que es la preferible, podrá hacerse una local por medio de la adreno-novocaína. La técnica de la operación es sencilla. La describiremos aquí brevemente.

Al nivel de la línea axilar media, se hace una incisión, que para aumentar el campo operatorio y facilitar la intervención, puede hacerse en forma de una H, donde la incisión media corresponda á la sexta costilla. En esta forma tendremos dos colgajos uno superior y otro inferior que se rebatirán, respectivamente, hacia arriba el uno y hacia abajo el otro.

Esto hecho, se reseca una buena porción de las costillas 5.^a y 6.^a y se procederá á ligar las intercostales. En presencia, luego, de la pleura incindiremos esta también en forma de \perp , con todas las precauciones requeridas para evitar un posible neumotorax y la caída de pús en la gran cavidad pleural en el momento de la apertura del absceso interlobar.

Tendremos, así, á nuestra vista una amplia superficie pulmonar. En ella se buscará la cisura, la que se reconocerá por su tinte negruzco. Una vez hallada esta, se separarán sus labios con sonda acanalada. Si no se encontrara la cisura á simple vista,

se efectuará una ó varias punciones en el parenquima pulmonar y hallado así el lugar del pus se abrirá suficientemente la cavidad, por medio del termocauterio.

Una vez evacuada la cavidad y limpiada con gasas, se deja un amplio drenage.

Los cuidados post-operatorios del enfermo, consistirán en aumentar sus fuerzas, mediante inyecciones de suero fisiológico, de éter, de aceite alcanforado, pociones alcohólicas, etc.

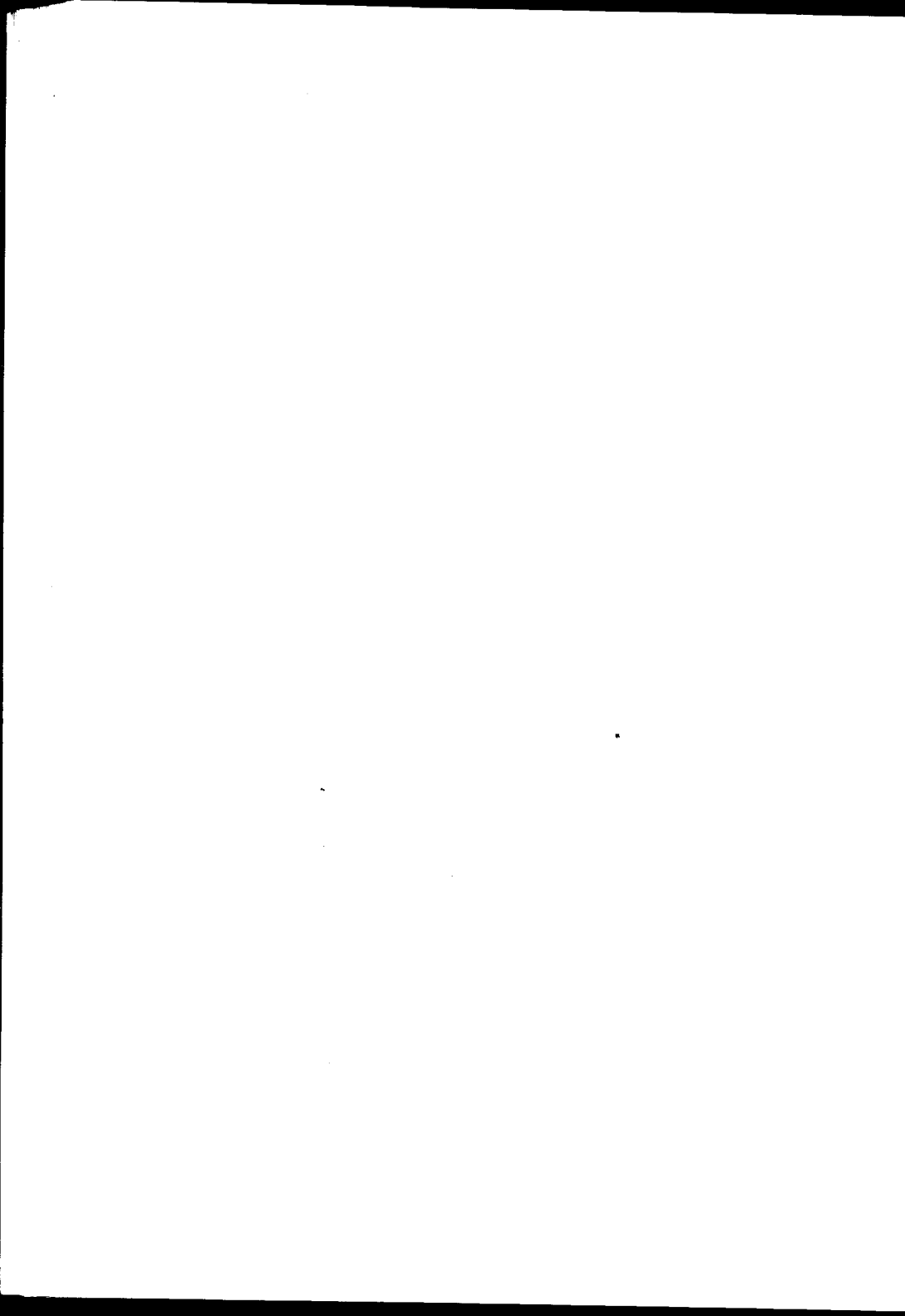
Se tratará de facilitar la salida del pús que, en los primeros días siguientes á la intervención será abundante.

Las curas serán hechas, por lo menos una vez al día y comprenderán una capa aséptica y otra de algodón hidrófilo, con el objeto de absorber el pús, asegurando todo con un vendaje de franela.

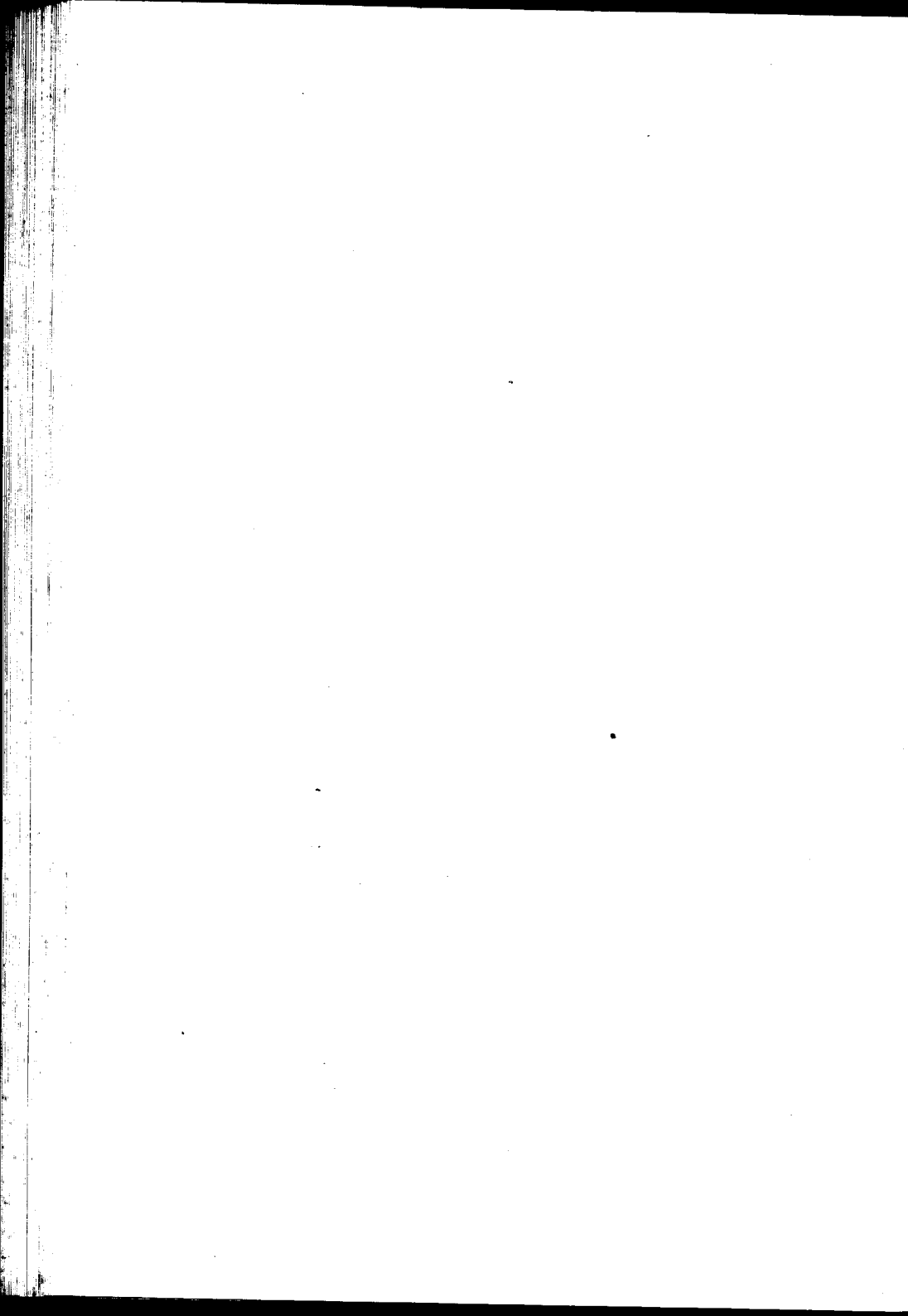
Los lavages de la cavidad infectada, por medio de líquidos antisépticos, mediante los tubos de drenaje, favorecerán la fistulización.

Los drenages no se suprimirán hasta la completa cura del enfermo, y, en el curso de las curaciones, solo se irá acortando paulatinamente su profundidad.

Debe aconsejarse al enfermo, el hacer con alguna frecuencia grandes inspiraciones las que facilitarán la expulsión del pús de la cavidad; como también, se le ordenará levantarse y caminar lo más pronto posible.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



Observación I

HOSPITAL RAMOS MEJÍA, SALA II

S. T., 18 años, española. soltera, sirvienta.

Entró el 10 de Agosto de 1914.

Diagnóstico.—Pleuresía interlobar.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad y estado actual.—Con el objeto de ser breves, hacemos una síntesis de la historia que hemos obtenido de nuestra enferma, tomando los datos de mayor importancia solamente.

Desde hace cuatro meses, la enferma se encuentra con tos.

Hace tres días que empezó á sentir dolores en el cuerpo y una puntada del costado torácico derecho, con temperatura.

Entró al servicio con mucha tos, cianosis de los labios y de las manos, con disnea y ligera expectoración mucopurulenta.

Al examen del aparato respiratorio se comprobaron los siguientes hechos:

Pulmones por detrás.—*Inspección.*—Respiración frecuente y costo-abdominal; tórax simétrico.

Palpación.—Vibraciones conservadas en ambos pulmones.

Percusión.—Pulmón derecho: zona mate en la base. Pulmón izquierdo: sonoridad algo aumentada.

Auscultación.—Pulmón derecho: respiración silenciosa; haciéndola toser se oyen rales mucosos. Pulmón izquierdo: *respiración:* más normal. Se oyen pocos rales. Aereación más normal que en el derecho. El pulso es igual, regular, frecuente (130 pulsaciones por minuto).

Tensión máxima del pulso con el esfigmomanómetro Rogé = 12, y la mínima = 8.

Lo que llama la atención en el examen de esta enferma, es la disnea y el tiraje, que no están en relación con los fenómenos auscultatorios, y con la facilidad con que se cianosa intensamente el miembro á la menor presión del bazo.

El 12 de Agosto 1914 se hace análisis de sangre con el siguiente resultado:

Sale con facilidad, color rojo obscuro, escasa red de fibrina, coagula lentamente.

Hemoglobina.....	75 %
Glóbulos blancos.....	24.333
Glóbulos rojos.....	4.280.000
Relación globular... ..	$\frac{1}{178}$

Fórmula leucocitaria

Polinucleares.....	80.33 %
Linfocitos.....	14.33 »
Mononucleares.....	2.00 »
Transición.....	3.34 »

No se observan parásitos intraglobares, ni anomalías globulares.

Un nuevo examen de la enferma del 14 de Agosto nos reveló: persistencia del silencio respiratorio y algunos rales mucosos en la base del pulmón derecho. La temperatura ha descendido, sin embargo, ese día á 37° c. El pulso es de 115 latidos por minuto.

Tiene un herpes labial bastante acentuado.

Una punción al nivel de la máfitez pulmonar revela la presencia de pus.

El estado general parece algo mejor; la respiración es más amplia en el pulmón derecho, aunque persiste la zona mate de su base.

Como siguiera con temperatura y expectoración, se resuelve operarla. Previamente se lo practican al día siguiente, varias punciones, pero esta vez sin conseguir extraer pus.

En vista de ello y de la inseguridad del diagnóstico se opta por suspender la intervención, vigilando cuidadosamente la evolución de la afección.

El 17 de Agosto, ó sean siete días después de su

entrada al Hospital, la enferma tiene una vómica de pus muco-purulento que contribuyó á fortalecer la creencia de una pleuresía interlobar.

La temperatura, que hasta entouces oscilaba entre 37° á 40°5 C., bajó de pronto á 36°8, pero siguió con alternativas entre 39°5 á 36°5 C. y con expectoración.

Se hace análisis de los esputos el 19 del mismo mes con el siguiente resultado:

Examen macroscópico.—Muco-purulento, aereado, adherente, grumoso, amarillo-verdoso, poco fluido.

Observación microscópica.—Mucus, escasas células epiteliales, abundantes leucocitos granulosos, escasos microorganismos banales. No se observan bacilos de Koch (método antifórmica).

El 25 se hace una dermo-reacción de la tuberculina con resultado negativo. •

El análisis de orina efectuado el 20 de Agosto comprueba también la existencia de una nefritis con congestión renal. He aquí el análisis:

Caracteres físicos.—Color citrino; aspecto opalescente; sedimento abundante; espuma blanca; reacción ácida; densidad á + 15°, 1021.

Examen químico.—Urea 14,011; fosfatos 2,25; cloruros = 5,10; albúmina = 1,25; glucosa y bilis, no tiene; urobilina y sangre, tiene; pus, no tiene; indican y diazo-reaccion, negativos.

Examen microscópico.—Mucus; regular número de células epiteliales; regular número de hematíes; cilindros hialinos; hialinos granulosos; granulaciones de urato de soda y microorganismos.

La enferma, después de su vómica, siguió una evolución de franca mejoría, y el 7 de Septiembre, muy mejorada, pide el alta y sale del Hospital.

TRATAMIENTO

Agosto 10.—Polígola; al día siguiente se le agrega al tratamiento unos sellos de teobromina.

Agosto 13.—Se le prescribe también sulfato de soda.

Agosto 15.—Se suspende la polígola y se ordena sellos de Thiocol y Codeína.

El día de su entrada al Hospital, por su gran disnea, se le hace una inyección de morfina, otra de cafeína y se le ponen ventosas, lo que contribuyó al alivio de la enferma.

Observación II

HOSPITAL DE CLÍNICAS, SALA IV, CAMA 29

D. A., español, 28 años, soltero, dependiente de almacén.

Entró el 24 de Septiembre de 1914.

Diagnóstico.—Pleuresía interlobar.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sano en su infancia. A los 18 años, herida de bala en el tórax, línea axilar media izquierda á la altura de la 8.^a costilla.

Por tal motivo, estuvo 15 días hospitalizado, siendo dado de alta sano. No es fumador y es bebedor de toda clase de bebidas alcohólicas.

Enfermedad actual.—Hace aproximadamente tres meses que se encuentra enfermo. Comenzó por una puntada en el hipocondrio derecho, irradiándose hacia la región pectoral del mismo lado. Dolor que llegaba á hacer muy intenso cuando el enfermo efectuaba algun esfuerzo, llegando á veces á no poder agacharse de ese lado.

Por ese entonces, el enfermo dice que se restringía con mucha frecuencia, pasando un resfrío para reaparecer inmediatamente otro.

Conjuntamente le apareció tos, que al principio era seca, luego á expectoración mucosa y mucopurulenta, haciéndose más tarde francamente sangui-nolenta, sobre todo expectorando cuando le sobre-venían verdaderos accesos de tos.

El dolor en su hipocondrío derecho le duraba 4 ó 5 días, para luego desaparecer, volviendo nueva-mente.

En este espacio de tiempo el enfermo no descui-dó el trabajo, pero cuando efectuaba un gran es-fuerzo, por ejemplo, al llevar á los hombros una bol-sa llena de maíz, le aparecía disnea y conjuntamen-te un acceso de tos, que terminaba arrojando san-gre en sus esputos.

Así estuvo hasta el 12 de este mes de Septiembre en que de mañana le sobreviene un vómito mucoso seguido de una abundante epístaxis. Alta tempera-tura y escalofrío inicial, acompañan á abundantes sudores.

En estas condiciones ingresa al hospital de Ra-mallo, donde estuvo una semana. Salió mejorado. Ha enflaquecido mucho. Conserva el apetito. Duer-me bien. Mueve regularmente su vientre; orina bien.

Es en estas condiciones que ingresa al Hospital de Clínicas, sala IV.

Estado actual.—Sujeto de constitución robusta, de abundante desarrollo de tejido óseo muscular y adiposo.

Cabeza.—Cabellos, cejas y bigotes abundantes.

Boca.—Dentadura conservada, mucosas labiales rosadas, lengua ligeramente saburral.

Cuello.—Sin ganglios ni latidos frecuentes.

Torax.—Diámetros normales. Excursión torácica disminuida en el costado derecho.

Pulmones.—A la *palpación*, las vibraciones están disminuidas del lado derecho, tanto posteriormente y en la base como en el 3.º y 4.º espacio, anteriormente. A la *percusión* se nota una gran matitez, que se extiende desde el 6.º espacio intercostal posteriormente y del lado derecho, hasta la base, y anteriormente en el mismo hemitórax en una zona de 3 ó 4 centímetros cuadrados entre el 3.º y 4.º espacio intercostal. A la *auscultación* se percibe la entrada normal del aire en el pulmón izquierdo; no se siente en la zona de matitez del lado derecho y además á la altura del 10º espacio, coincidiendo con la línea axilar posterior derecha, hay un soplo en el que ocupa los dos tiempos de la respiración.

Corazón.—Área normal. Tonos conservados y normales.

Pulso.—Regular, igual. Presion máxima al *Palpación*, 15; mínima, 5; frecuencia de latidos, 94.

Abdomen.—Higado normal, no se palpa bazo.

Sistema nervioso.—Reflejos conservados, marcha normal. Sensibilidad térmica, táctil y dolorosa conservadas.

Temperatura.—Oscila entre 37°9 y 36° C.

Análisis de sangre

Glóbulos rojos	5,01.0000
» blancos	18.600
Hemoglobina	95
Proporción globular	1 × 269

Espatos.—No se observan bacilos de Koch.

Orina.—Albúmina, 0,33. Nada más de anormal.

TRATAMIENTO

Después de observado á los Rayos X y hecho el diagnóstico de una pleurosia interlobar derecha, fué sometido á una intervención quirúrgica, saliendo á los 20 días completamente curado.

Observación III

HOSPITAL RAMOS MEJÍA, SALA XIII, CAMA NÚM. 10

A. R., alemán, 58 años, casado, isleño.
Entró el 9 Setiembre 1914.

Diagnóstico.—Pleurresia interlobar.

Antecedentes hereditarios.—Nada de particular; el padre y la madre eran robustos, habiendo muerto de enfermedad aguda, ignorando cual; tiene tres hijos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Como única enfermedad que recuerda, relata que tuvo difteria hace 24 años. Nunca ha sufrido de los pulmones, no era propenso á los resfrios. Hacen 43 años que está en Sud-América habiendo trabajado la mayor parte del tiempo en el campo (estancias de Entre Ríos, Pampa y Córdoba).

Hacen 4 años que habita las islas del Tigre. Ha comido siempre mucha carne hasta la aparición de los síntomas que lo obligan hoy á internarse en este

hospital. No ha notado nunca manchas en el cuerpo ni sentido escosor. En Octubre de 1913 se le amputó la 2.^a y 3.^a falange del dedo medio izquierdo, después de haber sufrido hace un año, de una lesión supurativa del hueso á consecuencia de una herida traumática infectada. Dice el enfermo que nunca se ha sentido del todo bien desde la enfermedad del dedo.

Padecimiento actual.—Hace tres meses empezó á toser y esgarrar esputos de un color verdoso amarillento. Manifiesta el enfermo que eran tan verdes como el pasto y otras veces amarillos.

En aquella época recuerda haber tenido chuchos de fríos y malestar general muy grande. Repugnaba y repugna al enfermo el olor nauseabondo de los esputos y el gusto tan desagradable de los mismos.

Tiene pérdida casi completa del apetito. Todo lo cual le ha hecho perder varios kilos de peso. Las cantidades de líquido esgarrado varían de unos 150 á 250 gramos por día y el color de los mismos se ha hecho más obscuras en la actualidad.

En ninguna época fué claro el líquido esgarrado. Relata que hace dos meses en su casa al toser hechó unas membranas del tamaño de la uña-blancuecinas y otra vez en el Hospital de San Fernando. No podemos precisar si eran realmente membranas ó coágulos. Nunca ha tenido trastornos intestinales. A veces al toser le duele en el flanco derecho. Va-

rias veces los esputos tenían estrias y coágulos de sangre.

Estado actual.—Sujeto de mediana estatura, mejillas y mucosas rosadas buen desarrollo; poco pániculo adiposo. Tórax abovedado del lado derecho región latero-anterior.

Pulmones: (D. P.). Sonoridad normal límite inferior al nivel del 10º espacio intercostal, bases móviles, vibraciones y murmullo vesicular normal en todo el resto.

D. A.—Matitez hepática al nivel del 5.º espacio, vibraciones y respiración normal Línea axilar anterior sub-matitez al nivel del cuarto espacio intercostal que se continúa en el 6.º espacio con la matitez hepática. Vibraciones conservadas. Murmullo vesicular alejado al nivel de la sub-matitez. No se observan ruidos agregados.

Línea axilar posterior.—Sonoridad normal hasta el 4.º espacio intercostal; sub-matitez á este nivel del 8.º espacio. A este nivel las vibraciones son conservadas y existen rales húmedos con timbre metálico.

La auscultación de la voz no ayuda el diagnóstico quizás un poco broncofonía al nivel del ángulo inferior del omóplato.

El enfermo se presta mal para la auscultación precisa ya que tose cuando se le obliga á respirar profundamente.

Hígado.—Borde superior. De la descripción anterior se desprende que su borde superior no está acendado 5.º espacio por delante. Pero al nivel de la región lateral del tórax no se puede establecer claramente si la sub-matitez alta es de parénquima hepático ó pulmonar.

Borde interior del hígado no se palpa y se percute bajo el reborde.

Abdomen.—Nada de particular.

Temperatura.—Normal y demás órganos en buen estado.

Se observa al enfermo en los rayos X y puede apreciarse una sombra en la zona de matitez torácica derecha que se continuaba con la sombra hepática, por cuya razón hizo pensar en un absceso sub-diafragmático.

Se decide operarlo y la intervención comprueba grandes adherencias pleurales y una cavidad purulenta interlobar con complicación del tejido pulmonar circunvecino.

Debido á la duda que presentaba el caso, si era ó no un absceso sub-diafragmático, se interviene por región torácica algo más bajo de lo que se suele hacer en una pleuresia interlobar. Con este motivo se hace la incisión al nivel de la 10ª costilla derecha, se reseca una parte de esta y como el campo operatorio resultara insuficiente ante la extensión de las

partes afectadas, se opta por reseca también parte de la 9.^a costilla.

Debido al estado anormal del pulmón en esa región y las fuertes adherencias pleurales, que imposibilitaron caer en la cisura, se llega al foco purulento atravesando lóbulo pulmonar. Se limpia la cavidad y se deja drenaje.

A pesar de todos los esfuerzos y solícitos cuidados post-operatorios empleados para con el enfermo, este muere al día siguiente.

CONCLUSIONES

De lo brevemente expuesto en el transcurso de nuestra tesis creemos poder llegar á las siguientes conclusiones:

I. Del punto de vista de la intervención, las pleuresías interlobares deben ser consideradas como abscesos intra-pulmonares, situados más ó menos profundamente en una cualquiera de las cisuras interlobares.

II. El diagnóstico, en su principio se hace muy raramente, debido á sus síntomas comunes con un buen número de otras afecciones pleurales ó pulmonares.

III. La vómica y las hemoptisis, son hechos que hacen posible el diagnóstico.

IV. Que cuanto más profundo se encuentre en la cisura, el foco purulento de la pleuresía interlobar, mayores serán las dificultades para el diagnóstico

de la misma, razón por la cual, las punciones exploratrices suelen no dar resultado.

V. Si el diagnóstico se ha podido hacer antes de la aparición de la vómica, debe aconsejarse la intervención, así como también si aquélla se hubiera producido y la afección no tendiera á curarse.

VI. La pleuresía interlobar no es casi nunca tuberculosa.

VII. Que el enfermo puede morir, aun con la intervención, debido á las complicaciones que puede producir la afección.

VIII. Que en una pleuresía interlobar las homóptisis pueden ser abundantes y frecuentes.

IX. Que la pleuresía interlobar izquierda raras veces consigue desviar el corazón hacia la derecha.

X. La vómica va precedida por unos días de expectoración de esputos fétidos, así como por el aliento desagradable del enfermo; y se produce, generalmente, á los 15 ó 20 días del comienzo.

XI. La vómica puede presentar pequeñas cantidades de pus, y la cavidad de la pleuresía interlobar evacuarse por vía pulmonar, simulando las pequeñas vómicas de una dilatación bronquial.

V. F. BISCAYART.

Buenos Aires, Abril 8 de 1915

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrega Vegas, al profesor titular Dr. Pedro Belou y al profesor extraordinario Dr. Francisco Llobet para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 20 de 1915

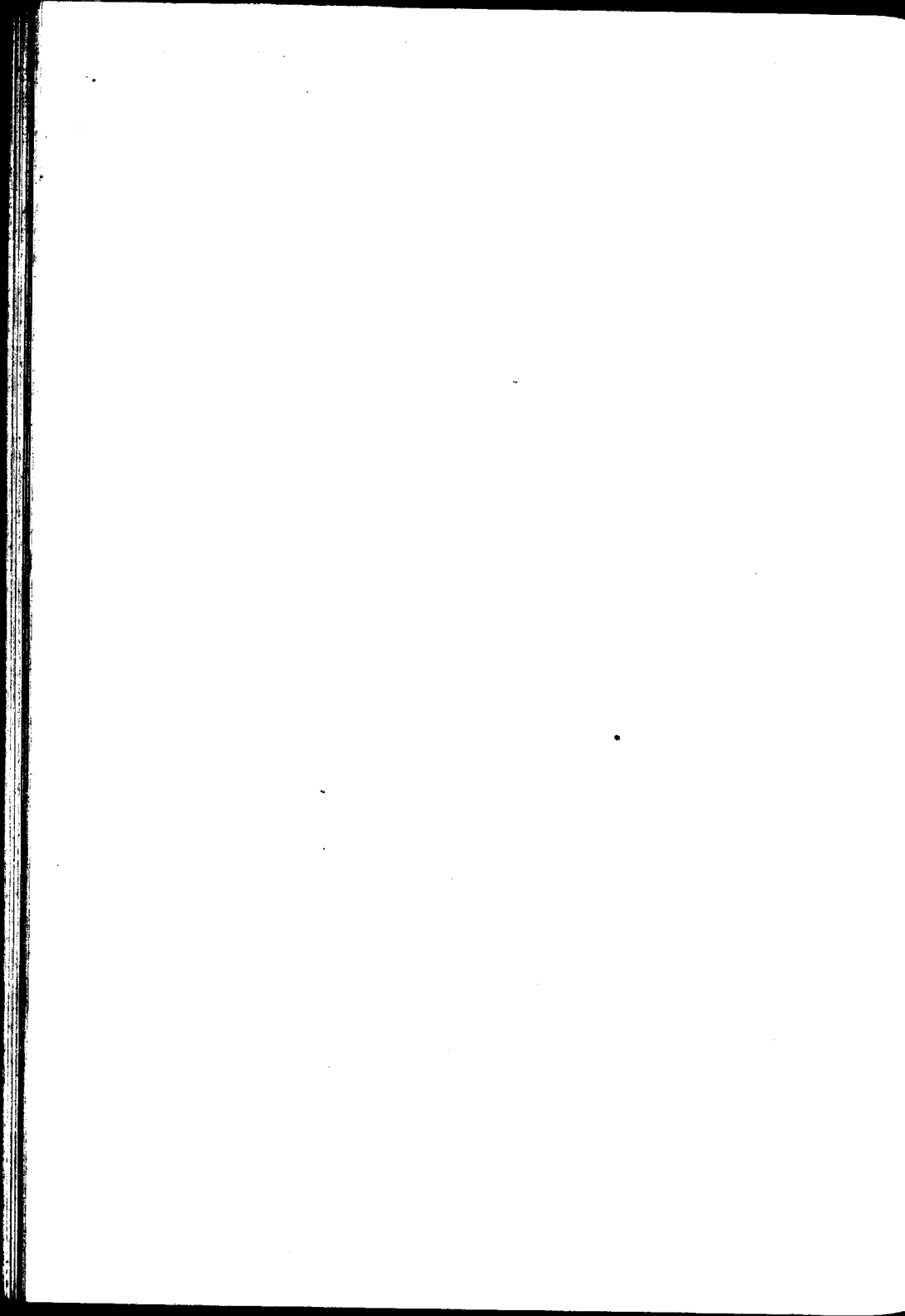
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2937 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

P. LACAVERA

J. A. Gabastou
Secretario

30734





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Complicaciones y dificultades en la cirugía pleuro-pulmonar

M. Herrera Vegas.

II

La radioscopia en el diagnóstico de la pleuresía interlobar.

Pedro Belou.

III

Oportunidad de la intervención en las colecciones sépticas endopulmonares.

F. Llobet.

