

misma, valdrá más pecar por exceso de atrevimiento que por exceso de timidez.

Es preciso también persuadirse de que el enfriamiento, tal como lo entendían nuestros padres, no se debe temer á continuación del baño. Un enfermo en plena fiebre no toma frío. Los verdaderos peligros son el síncope y la asfixia, resultado de desfallecimiento del corazón. Sin embargo, si se puede elegir, se esperará para comenzar los baños que el corazón dé signos de laxitud, prescribiéndolos cuando la pneumonía tome un aspecto poco serio. Mucho más todavía que en la fiebre tifoidea, se acomodará el tratamiento á la edad del enfermo, su resistencia orgánica, la intensidad de su reacción, etc.

Si hay temores de colapso, se darán los baños casi tibios, enfriándolos poco á poco, tanto como lo exija la disminución de la fiebre.

Si se trata de una forma infecciosa, los términos medios no bastarán; será necesario dar los baños fríos por completo. Para sostener la acción del corazón, se emplearán con toda largueza los estimulantes antes y después del baño. Si los baños á 18°, repetidos cada tres horas, no bastan para obtener una detención en la fiebre, se disminuirá todavía el número de grados del baño y se le usará con mayor frecuencia.

II. TÉCNICA.—Prescribese un baño frío cada cuatro horas, de 28 á 30° al principio, luego de 22 á 18°. Si el corazón se hallase en buen estado, se empezará por el baño á 18°.

A la salida del baño la reacción es muy fuerte, produciendo una revulsión enérgica, análoga á la que determinarí la urticación.

Como estimulante, se hará tomar un poco de grog

antes del baño y de vino caliente después. En los casos graves, practicar una inyección de cafeína antes del baño y luego otra de éter.

Si la fiebre persiste á los primeros baños, rebájese su temperatura los días siguientes (18 á 20°).

Los efectos del baño frío no consisten únicamente en la sustracción del calor. Durante la inmersión, el frío sobre la piel determina una contracción violenta de los vasos periféricos y el reflujo de la sangre hacia las cavidades profundas. Pero la reacción produce un movimiento inverso; la sangre afluye de nuevo á los vasos cutáneos, produciendo una revulsión enérgica.

El baño frío produce además cierta excitación nerviosa, aumenta las secreciones, en particular la urinaria, combate la hipertermia, descongiona el cerebro y el pulmón y fortifica el corazón y el sistema nervioso.

Pero es necesario que el organismo se halle en buen estado para que no se resienta del exceso de trabajo que le es impuesto.

Si el corazón se encuentra alterado en su sustancia, debe temerse el síncope; si los vasos periféricos se hallan en mal estado, pueden romperse; si el sistema nervioso fuese profundamente atacado, puede haber un colapso mortal.

Este método se adaptará á la edad y estado del enfermo, comenzando la mayor parte de las veces por baños tibios.

PNEUMOTÓRAX

Potain.

Para evitar la rotura de la perforación, se podrá evacuar completamente el líquido y reemplazarlo, á modo

y medida que sea extraído, por aire esterilizado, destinado á impedir que el pulmón se despliegue.

Fernet.

En el tratamiento del pneumotórax, téngase en cuenta sobre todo las complicaciones sépticas que pueden sobrevenir del lado de la pleura, complicaciones que forman la regla en los pneumotórax de los tuberculosos y que son de gravedad especial.

En el pneumotórax simple, nada hay que hacer fuera de calmar el dolor y amenguar la disnea; en rigor, recúrrase á las inyecciones de aire aséptico, aconsejadas por el profesor Potain.

Si hay un derrame seroso poco abundante, es preciso primero esperar, y más tarde, si persistiese, la evacuación del líquido por la toracentesis sencilla ó seguida de inyección de aire aséptico.

Acompañándose el pneumotórax de accidentes infecciosos, es necesario luchar contra ellos. Los medicamentos generales son ineficaces; precisa hacer la antiseptia local y desinfectar la pleura, con una energía proporcional á la infección.

En los casos poco graves, se harán inyecciones intrapleurales antisépticas y lavatorios. Se ha aconsejado para esto el licor de Van Swieten y la solución acuosa de iodo al 1/1000.

En los casos más serios, se hará evacuar primeramente el líquido derramado en la pleura; después, por medio de un trocar fijo, se inyectará el líquido antiséptico. Esta operación se repetirá hasta que aquél salga bien claro. Antes de retirar el trocar se dejará en la pleura una pequeña cantidad de líquido antiséptico.

Para el lavatorio preferir á la solución de iodo la solución saturada de naftol.

En fin, en los casos muy graves, desde el principio ó cuando los medios precedentes no hayan producido resultado, será preciso recurrir á la *pleurotomía*.

Esta operación es evidentemente menos favorable que en los casos de pleuresía purulenta, dejará generalmente una fistula, pero salvará la vida del enfermo.

La pleurotomía se halla sin embargo contraindicada cuando el estado del pulmón sea tal que ponga en peligro la vida del enfermo, cuando el pulmón tenga lesiones incompatibles con la existencia.

Moizard.

Practíquese con tintura de iodo diluida inyecciones antisépticas en la cavidad pleural, para modificar el estado de la serosa, destruir los microorganismos y agotar la secreción purulenta.

Galliard.

I. TRATAMIENTO. — En el tratamiento urgente del pneumotórax simple, la *toracentesis*, alguna vez ineficaz, es susceptible de producir alivio en el enfermo y hasta de asegurarle la vida. Cuando menos permite ganar tiempo y esperar el período de tolerancia.

En algunos casos, raros desgraciadamente, produce la curación rápida.

Es necesario practicarla con ayuda de un trocar fino, puesto en comunicación con el aparato aspirador.

Las cánulas fijas no deben ser empleadas sino en el caso de hallarse seguro de tratar una pneumonía.

Para que no sean peligrosas es necesario: 1.º, asegurar su colocación en el trayecto intercostal; 2.º, dotarlas de una válvula, ó de un aparato de filtración de los más completos; estas condiciones parecen difíciles de realizar en la práctica.

II. COMPLICACIONES.—La toracentesis puede ser seguida de expectoración albuminosa, complicación poco grave.

Puede ser seguida de enfisema subcutáneo general, complicación muy grave.

Cuando el enfisema subcutáneo se manifiesta á continuación de la toracentesis, si se contrasta la existencia de un piopneumotórax fétido, es necesario practicar inmediatamente la *toracotomía*, colocar un dren en la herida y aplicar un vendaje antiséptico.

Fuera de esta circunstancia, si no se trata de una sencilla colección gaseosa, la toracotomía en principio debe rechazarse (pues inevitablemente sería seguida de una supuración secundaria de la pleura), á menos que no exista la gangrena. Más prudente es recurrir á la toracentesis si es indispensable intervenir de alguna manera.

Alberto Mathieu.

Se ha recomendado no intervenir antes de tiempo en el pneumotórax de sopapo ó válvula, puesto que la salida del aire por la válvula se produce á cada movimiento respiratorio y el derrame se produce siempre. Vale más esperar que la válvula se cicatrice é intervenir cuando el aire no pueda penetrar en la pleura.

En caso de urgencia extrema, la puntura debe ser hecha en seguida.

QUISTES DEL PULMÓN

Debove.

Quistes hidáticos del pulmón.—Extráigase el líquido del quiste é inyéctese en cambio una sustancia medicamentosa, que se retirará después del tiempo que se juzgue suficiente para su acción. Hacer un lavatorio intraquistico.

Hanot.

Vaciar el quiste por completo y abandonar la medicación activa á una dosis no tóxica para el enfermo.

Bouilly.

Quistes hidáticos del pulmón.—Gracias á los nuevos métodos antisépticos, esta enfermedad, antiguamente abandonada á sí misma, puede ser combatida con éxito por la *pneumotomía*.

El punto de la incisión torácica se encuentra determinado por el asiento del equinococo. Por el punto máximo de la bolsa, en la zona de matidez, se penetra en el espacio intercostal para llegar directamente sobre el parásito. Sin embargo, para los quistes de la cima ó parte superior, que tienen salida á la región supra ó subclavicular, en razón á las condiciones anatómicas de estas regiones tan ricas en vasos, se obtendrá ventaja no pequeña en atacarlos por la región axilar. Esta variedad del quiste es, por otra parte, bastante rara.

El procedimiento operatorio que se emplea es el siguiente: Un fragmento en U de base inferior será diseñado y disecado; los músculos gran pectoral y pequeño