

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

pectoral sufrirán una incisión vertical, y su retracción pondrá francamente las costillas al descubierto. Se verificará la resección y descubrimiento de las costillas en una extensión de 6 á 7 centímetros. Se obtiene de esta suerte una ancha ventana cuadrangular.

Se introducirá un trócar conductor hasta la caverna del pulmón, indicando su penetración en la cavidad la salida del gas, que se verificará silbando, la del líquido claro ó purulento y la de la sangre.

Se practica la incisión al termocauterio, siguiendo una dirección transversal, de las pleuras, cuyas dos hojas son sondables, pero no se pueden reconocer perfectamente. Se penetra en el parénquima pulmonar carnificado y resistente y se llega á la cavidad que se incisa.

Un dren será introducido profundamente en la caverna, y la llaga cutánea cosida y curada. La cura no se renueva sino algunos días después; el dren puede retirarse con bastante rapidez.

La resección costal deberá ser empleada casi siempre. Interviniendo así, la operación se facilita y no se detiene nada la cicatrización. Las adherencias que unen las dos hojas de la pleura destierran todo temor de que se deje penetrar el líquido quístico en la cavidad de la serosa, siendo, pues, inútil hacer la operación en dos tiempos ó suturar la pleura visceral en la hoja parietal.

Antes de introducir el trócar director en el quiste, convendrá aguardar que el enfermo esté dormido; de esta suerte se evitará todo reflejo, y, por consiguiente, habrá que temer menos la muerte súbita.

Para incisar el parénquima pulmonar, todos los autores concuerdan en desechar el bisturí y emplear el termocauterio, con el cual se evitan las hemorragias frecuentemente abundantes y difíciles de contener. El pul-

món, aun esclerosado y carnificado, sangra mucho, mayormente por cuanto los esfuerzos de la tos y la molestia respiratoria favorecen la introducción de la sangre en los bronquios y en la laringe y provocan accesos de tos y de disnea que pueden inquietar mucho.

Habiendo llegado á la bolsa quística, es fácil cogerla con pinzas y sacar el núcleo; también puede sacarse la hidátide entera.

Es necesario rechazar el empleo de los lavatorios, que son irritantes para el pulmón y producen ataques de tos. Se evita de esta suerte ver los despojos membranosos proyectados en la laringe obstruir la glotis y producir accesos de sofocación.

La operación es rápida. No dura arriba de veinte minutos. La curación es pronta; la expectoración disminuye el mismo día para desaparecer muy en breve, la fiebre decae y las fuerzas tornan. La cicatrización de la llaga pulmonar se verifica rápidamente. En algunos días los signos estetoscópicos se modifican, los fenómenos cavitarios desaparecen y el parénquima recobra su integridad.

#### Chauffard y Vidal.

**Quistes hidáticos del pulmón.**—En un quiste de capacidad de 2 litros, toda germinación piógena será detenida por la inyección de 36 gramos de licor de Van Swieten.

#### Galliard.

**Quistes hidáticos del pulmón.**—Se practica la punción con el aspirador, sirviéndose de una aguja finísima y procediendo á la evacuación con gran lentitud.

Es de temer, en efecto, sobre todo en los casos de grandes quistes, que la pared del tumor se halle demasiado cerca de un bronquio, y que la aspiración demasiado rápida y brusca provoque la perforación bronquial, como ha sucedido en algunas ocasiones.

De temer es también la congestión pulmonar agudísima, mortal, que puede provocar una evacuación demasiado brusca.

## SÍFILIS PULMONAR

**Dieulafoy.**

**Sífilis terciaria del pulmón.**—Ioduro de sodio en dosis de 10 á 15 gramos.

Al tratamiento específico añádanse fortificantes: jarabe de ioduro de hierro, arsenicales, etc.

**Lancereaux.**

**Sífilis de los pulmones hereditaria.**—El tratamiento será pronto y enérgico.

Lo más frecuentemente en el adolescente, y con mayor razón en el adulto, el mercurio y el ioduro de potasio, hasta en dosis respetables, no logran hacer desaparecer enteramente la lesión pulmonar, de lo cual es fácil darse cuenta si se observa que al cabo de cierto tiempo la esclerosis sifilítica se organiza en un tejido definitivo que no deja lugar á los agentes terapéuticos, incapaces de transformar este tejido, como sucede cuando se trata de elementos jóvenes y aglomerados sobre un punto determinado.

Pero su acción no es menos útil, pues combatiendo á estos últimos detienen el proceso sifilítico.

**Hallopeau.**

**Sífilis de las vías respiratorias.**—Combatirla por la inhalación de vapores, obtenidos arrojando un poco de cinabrio sobre una paleta ó cogedor enrojado al fuego.

**Julien.**

**Sífilis terciaria del pulmón.**—La sífilis del pulmón se presenta con tal cortejo de síntomas engañosos que el diagnóstico se puede hacer raramente. Se la engloba entre las enfermedades esclerosas ó tuberculosas, privándola del solo tratamiento especial susceptible de producir, si no la curación, al menos el estacionamiento.

Contra estas lesiones terciarias aplíquese el método de Scarenzio-Smirnoff, que es sumamente eficaz: háganse inyecciones de calomelanos y añádase el ioduro de potasio tomado en lavatorios de leche.

Si la debilidad creciera, recúrrase á las inyecciones de Brown-Séguard; se obtiene todo el partido que nuestra terapéutica especial puede sacar de tan precioso recurso.

No se puede tener la pretensión de curar tal enfermedad; sin embargo, el enfermo parece mejorar grandemente.

## TISIS PULMONAR

**Germán See.**

Trátense los tísicos por las atmósferas artificiales á baja presión; durante tres á seis horas por día, el enfermo deberá permanecer en un aparato de aire comprimido conteniendo fumigaciones de creosota y eucalipto.