

me seroso, transformaciones que han sido atribuidas á la toracentesis. Examinando al microscopio estos exudados, revelan siempre un considerable número de glóbulos blancos y rojos. El examen microscópico y los cultivos, dejan ver muchos micrococos reunidos en cadenas, por lo regular bastante largas.

El exudado turbio, se convierte más tarde en un líquido sero-purulento. Abandonado asimismo, se separa en dos partes; la serosidad que sobrenada y el pus que ocupa el fondo—pus amarillento, grumoso—da idea de un polvo fino poco denso. Esta separación se verifica igualmente en el tórax, de donde resulta que la punción con la jeringa de Pravaz da con frecuencia salida en tal caso á una serosidad casi transparente al principio y luego á un derrame claramente purulento.

Cuando los glóbulos de pus se hallan en cantidad más notable aún, la proporción de suero que sobrenada disminuye cada vez más; pero es excepcional que el exudado quede constituido sólo por el pus; casi siempre, el reposo da origen á la formación de una capa de líquido transparente en la parte superior. El depósito purulento tiene por lo regular un tinte grisáceo y carece de cohesión, lo que revela que no contiene sino muy poca fibrina.

La *pleura costal y pulmonar* en esta pleuresía, presenta modificaciones menos acentuadas que en la pleuresía purulenta con pneumococos. Se observan, sin embargo, en la superficie depósitos amarillentos, muy blandos y generalmente poco densos. Cuando se trata de pleuresías consecutivas á inflamaciones contiguas, son los exudados abundantes, sobre todo, al nivel de estas lesiones. Es común hallar en estos casos, debajo de estas falsas membranas, fajas de un color blanco amarillento, formadas por los vasos linfáticos llenos de pus: linfangitis pulmonares.

Estas lesiones de vecindad, pueden en ciertos casos ser, por el contrario, consecutivas á las alteraciones de la pleura. Así es como la pleuresía purulenta con estreptococos puede ser perfectamente la causa y no la consecuencia de las *linfangitis subpleurales* situadas debajo de la pleura pulmonar, que alrededor de estas linfangitis puedan desarrollarse senos purulentos determinando en el pulmón estados análogos á la pneumonía disecante, y en la pared torácica abscesos profundos ó superficiales; por idéntico mecanismo se explica la formación de estos *empiemas de necesidad*, que pueden aparecer en puntos muy distantes del foco torácico.

En casos más raros aún, la pleuresía con estreptococos es, además, origen de focos metastáticos, los que parece que afectan una particular predilección por la cavidad craneana. Ciertos casos de muerte súbita ó accidentes epileptiformes observados en el curso del tratamiento de la pleuresía purulenta, encuentran su explicación en estos abscesos cerebrales.

No nos detendremos en la descripción de los desórdenes consecutivos que pueden asentar en el pulmón ó la caja torácica. Pueden hallarse en el pulmón las lesiones de compresión y de inflamación intersticial, que hemos indicado en la pleuresía sero-fibrinosa. La caja torácica puede experimentar deformidades frecuentemente muy marcadas y bien estudiadas por Oulmont. Consignemos en este sitio, que la producción de los osteofitos costales, observada por Parise, pertenece más particularmente á las pleuresías purulentas. Marie ha demostra-

do, que en las afecciones crónicas de los órganos respiratorios, las alteraciones pueden generalizarse á todo el sistema óseo.

No pasaremos en silencio, las lesiones viscerales que pueden complicar á la pleuresía purulenta en estado crónico. Nos referimos á las *degeneraciones amilóideas*, que tienen por asiento los riñones, el hígado, el bazo. Esta degeneración es en extremo variable, en lo que se refiere á la época de su aparición. Se la ha visto sobrevenir en ciertos sujetos, al cabo de pocos meses; mientras que en otros, no se ha presentado sino después de varios años. Se ignora aún, en absoluto, la razón de estas diferencias. Tendrían, sin embargo, una importancia esencial, cuando se tratara de establecer el pronóstico y dictar la conducta que debiera observarse.

SÍNTOMAS.—Ya hemos dicho los síntomas y signos físicos que permiten reconocer una pleuresía con exudado sero-fibrinoso. Estos síntomas, se encuentran, en general, en las pleuresías purulentas con estreptococos y no debemos repetirlos. Nos ocuparemos aquí tan sólo, de los que pertenecen especialmente á estas pleuresías purulentas.

Las alteraciones funcionales son las mismas, y las modalidades de la disnea y del dolor de costado, no suministran, en este concepto, ningún elemento diferencial.

No diremos lo mismo de los signos físicos.

Los que suministran la inspección, son ya de gran valía. La presentación de un *abombamiento limitado*, es muy particular en las pleuresías purulentas y sucede bastante tiempo antes de la aparición del empiema de necesidad.

Más importante aún, es la comprobación de un *edema circunscrito*, edema ya pálido, ya de un rosa más ó menos vivo. Los límites de este edema son muy variables, así como su importancia. En ciertos casos, no se presenta más que una leve depresión después de una compresión prolongada. El edema es un buen signo de la purulencia, pero inconstante. Barbe ha dedicado su tesis, al estudio de las pleuresías sero-fibrinosas en que se presenta este síntoma.

Cuando se trata de la formación de un abultamiento mal circunscrito, en el centro del cual se percibe la fluctuación, en una palabra, cuando existen los signos de un *empiema de necesidad*, la naturaleza purulenta del derrame da motivo á las más graves presunciones. Estos empiemas aparecen, ordinariamente, en la parte anterior del pecho, hacia el sexto espacio intercostal.

Conviene también dar á conocer las *modificaciones de los ganglios linfáticos de la axila*, los cuales pueden hallarse dolorosos y aumentados de volumen; adenitis axilar que no sorprende, si se considera la naturaleza estreptocócica peculiar á los infartos agudos ganglionares.

Los *signos suministrados por la auscultación*, no presentan ninguna particularidad notable. Mencionaremos solo el hecho de que el murmullo vesicular puede persistir en los derrames purulentos considerables, en cuyo caso se les ha asignado la posibilidad de suministrar ruidos pseudo-cavernosos perceptibles al nivel del hilio del pulmón.

Muy especialmente debemos mencionar, la falta de la pectoriloquia afona ó signo de Baccelli. No se aprecia la voz del cuchicheo en los derrames densos, en los que tienen en suspensión glóbulos de pus. La observación ulterior ha

demostrado, que el signo de Baccelli no tiene el valor que este sabio médico le había atribuído; se le puede encontrar en los derrames serosos, etc.

En cuanto á los *síntomas generales*, no pueden comprobarse en una sola fórmula; sus maneras de ser difieren mucho, según el origen de las pleuresías purulentas.

En general, se está de acuerdo en describir á la fiebre como muy alta; el termómetro acusa las *oscilaciones cotidianas peculiares á los estados pihémicos*. Con la fiebre se nota una disminución notable de las fuerzas y una demacración rápida. Este tipo se encuentra, en efecto, con bastante frecuencia en las pleuresías purulentas por estreptococos, y en buen número de casos recorre sus períodos con una rapidez extrema, acompañándose de los síntomas comunes á los estados tifoideos. A esta última forma se refieren las denominaciones de *pleuresia sub-aguda, pleuresia séptica* y también la de *pleuresia infecciosa*.

Otras pleuresias con estreptococos, tienen una marcha más lenta y una sintomatología menos alarmante. La temperatura es bastante menos elevada y casi continua. La enfermedad recorre sus períodos con mucha más lentitud, y en lugar de la cara inyectada, inquieta, de la forma precedente, se nota un tinte pálido ó amarillento de los tegumentos, algunas veces acompañado del edema de los miembros inferiores ó de la cara.

Existen, en fin, pleuresias purulentas con estreptococos, cuya evolución es bastante más lenta aún y en las cuales no se presenta fiebre.

Estas notables diferencias, no han sido todavía suficientemente explicadas. Es natural invocar, con este motivo, la influencia simultánea del terreno y del microbio. En los sujetos debilitados, la reacción general es de ordinario poco notable; es un hecho que todos pueden observar.

Sabemos también, que la virulencia de los estreptococos varía mucho y fácil de imaginar es, que estreptococos poco virulentos, darán origen á pocos fenómenos generales.

Por desgracia, nos faltan, en la actualidad, medios seguros de información para indicar estos grados de virulencia. No se puede basar en las particularidades de la forma, ni agrupación en cadenas de los elementos, ni puede fiarse más en la manera de desarrollarse los cultivos. Los resultados suministrados por la experimentación han sido, en fin, falaces en más de un caso, y veremos que no podrían suministrar una base firme, cuando se trata de intervenir.

DIAGNÓSTICO.—De lo dicho hasta aquí, se infiere que el diagnóstico de la naturaleza purulenta, y *a fortiori* estreptocócica, de un derrame pleurítico, no carece de dificultades.

Los datos serán suministrados más bien por las nociones etiológicas, que por los síntomas, por los accidentes generales que por los signos físicos.

Frecuentemente será forzoso no decidirse, hasta haber practicado una punción exploradora.

Desde luego, se ha recurrido para esto á la jeringa de Pravaz, cuya aguja se introducirá en el punto en que los signos del derrame sean más evidentes. El líquido obtenido por la punción, será las más de las veces amarillento, turbio, y suministrará un sedimento abundante de apariencia pulverulenta. Será, en este caso, manifestamente purulento.

Mas no sucede siempre así; muchas veces, la primera punción exploradora da sólo un líquido ligeramente turbio. En este caso, se esperará el coágulo producido en el interior de la jeringa, que no tardará en aparecer bajo la forma de un filamento más espeso, y sobre todo más opaco que en la pleuresia sero-fibrinosa.

Esta apariencia sero-purulenta del derrame, pertenece, sobre todo, á las pleuresias purulentas estreptocócicas que se desarrollan rápidamente por contigüidad: existencia anterior de focos bronco-pneumónicos, supuraciones del mediastino, etc. No es más excepcional en las pleuresias purulentas de la escarlatina y de las enfermedades renales.

El líquido recogido por la punción, se someterá al *examen microscópico* y á los *cultivos*. La presentación de cadenas después de la coloración por el violeta de genciana, no basta para admitir la naturaleza estreptocócica, aunque sean largas, flexuosas, de granos muy redondos. También en estos casos vale más no emitir juicio alguno, hasta después de los cultivos. Es menester, en efecto, no olvidar que los pneumococos en las serosas están generalmente dispuestos en cadenas, cuyos elementos, en verdad, son de ordinario alargados, menos numerosos y contrastan por su rigidez habitual con las flexuosidades que, por lo regular, se encuentran en los estreptococos piógenos.

MARCHA.—TERMINACIONES.—Es bastante difícil resumir en un cuadro único la evolución de las pleuresias purulentas de estreptococos, por lo cual dividiremos esta descripción y examinaremos sucesivamente varios tipos.

Menester es conceder un lugar á las *pleuresias por estreptococos, que coinciden con otras determinaciones de un proceso pihémico*.

Deducir el papel de cada una de estas localizaciones en el conjunto de los accidentes, es cosa siempre difícil y alguna vez imposible. Casi siempre, el papel del derrame pleurítico es secundario, y los síntomas funcionales, oscurecidos por la importancia de los fenómenos generales, están en notable desacuerdo con los signos físicos. Añádase á esto, que en las pleuresias de que nos ocupamos, el derrame es generalmente bilateral y el que la coincidencia de la pericarditis es muy común, y quedará explicado que en estos casos sirva de poco la intervención terapéutica. Estas formas se encuentran, sobre todo, en la infección puerperal, después de ciertas escarlatinas graves, en las erisipelas emigrantes ó en el curso de una supuración aguda del mediastino.

En casos más numerosos, y que se prestan mucho al estudio, el proceso infeccioso permanece, al menos en el principio, localizado en una mitad del pecho: ya sea que el estreptococo llegue de pronto á la pleura, ya lo que es más común sin duda, que pase antes por el pulmón, donde en un punto por lo regular muy limitado, da origen á un pequeño foco bronco-pneumónico. En este caso, son más fáciles de apreciar los síntomas de la pleuresia, y pueden ocurrir las cosas de diversos modos.

1.º *El derrame hace progresos más ó menos rápidos, algunas veces rapidísimos.* En un momento resulta insoportable por su cantidad, y la disnea requiere una intervención. Si ésta es poco enérgica y se reduce á una punción, es lo regular que el derrame se reproduzca cada vez más rápidamente. El orificio de la punción acaba por permanecer abierto, fistuloso. Una rubicundez más ó menos intensa, revela la infiltración de los tegumentos, que son asiento

de abscesos y de erisipelas. El enfermo se debilita gradualmente. La supuración prolongada, puede producir en las vísceras las alteraciones de la degeneración amilóidea. A estas causas de decadencia, deben añadirse los síntomas imputables á la infección de origen pleural, la fiebre hética. En una fase cualquiera, otras determinaciones viscerales de la infección estreptocócica pueden aparecer también y complicar la situación.

2.º Hay casos en los cuales la pleura parece soportar, sin dificultad, la causa de infección que alberga; casos en los que se produce, á la larga, un derrame abundante, sin dar origen á síntomas de importancia. En estas condiciones, se halla un engrosamiento muy notable de la pleura visceral y parietal, engrosamiento que revela los esfuerzos de la naturaleza para enquistar estos exudados.

La pleuresía purulenta con estreptococos puede ser parcial, limitada á un fondo de saco ó á un espacio interlobular. Estas pleuresías parciales, son más comunes en las pleuresías pneumocócicas.

Más raras aún en las pleuresías con estreptococos son la vómica, é igualmente el empiema de necesidad.

TRATAMIENTO. — *Cuando el médico haya reconocido la existencia de una pleuresía purulenta con estreptococos, su conducta parécenos que está perfectamente indicada: en nuestra opinión, deberá recurrir á la toracotomía, á la operación del empiema.*

Sabemos bien, y poseemos observaciones personales, que una pleuresía purulenta estreptocócica puede curar por la simple punción ó sin intervención alguna. Estos casos se refieren ciertamente á pleuresías causadas por estreptococos poco virulentos, y el día en que nos sea posible juzgar con facilidad del grado de esta virulencia, nos hallaremos sin duda con indicaciones muy útiles. Mas, en nuestro parecer, esta ocasión no ha llegado aún, y es necesario recordar la frecuencia con que estos virus se avivan, determinando, en un momento dado, la generalización de un proceso que se creía mitigado ó extinguido tal vez.

Siendo así, no podemos emplear la punción simple.

¿Se puede, en tales casos, recurrir á la punción seguida de lavados únicos ó repetidos, mediante el sifón del profesor Potain ó del Dr. Revillod, ó con el aparato de Bülow, empleado por numerosos médicos alemanes? Sin rechazar absolutamente estos métodos, no podríamos aconsejarlos. No dan la certidumbre de una evacuación completa, de una neutralización del pus, y pueden exponer á la retención en el foco pleurítico de un líquido antiséptico perjudicial al organismo, no menos que para los microbios.

El mejor tratamiento aquí es el del empiema, que se hará según las reglas ordinarias. A nosotros nos ha ido bien, prefiriendo la región posterior del pecho, al nivel de la corvadura de la novena costilla, en el sitio indicado por Walther. Hecha la incisión de la pleura, se introduce un grueso tubo de desagüe, y se hace un lavado con una solución antiséptica (sublimado al 1 por 2000).

El lavado completo con sublimado, debe ir seguido de otro con agua hervida, destinado á impedir la retención del agente antiséptico. Se aplica en seguida un apósito seco, que no se renovará sino cada tres días, á lo más, á no haber

otra indicación. Una vez seguros de que el tubo de desagüe funciona, se puede bien pronto irlo acortando, y, en los casos favorables, quitarlo por completo á las tres ó cuatro semanas.

Se discute aún la utilidad de los *lavados antisépticos*, acusándolos de oponerse á la formación de adherencias y de exponer á la producción de accidentes, tales como las convulsiones epileptiformes. Si la marcha de la temperatura y el aspecto de las secreciones no parecen indicar el empleo de una segunda inyección, creemos bueno suprimirla; pero no vacilamos en recurrir á ella, en el caso opuesto.

Como Wagner, Debove y la mayoría de los autores, *creemos que conviene intervenir lo más pronto posible*, por las siguientes razones: Desde luego, porque no hay tiempo que perder, y es necesario suprimir, lo más rápidamente posible, un foco de infección; mas también porque, á la larga, el derrame de la pleura puede ocasionar alteraciones persistentes del pulmón, de la caja torácica, y lesiones viscerales. En un enfermo, operado por nosotros, de empiema, tres meses después de la aparición de una pleuresía estreptocócica, hemos visto á esta operación ir seguida, en poco tiempo, de la obliteración de la cavidad pleural, y de una curación completa. Pero seis semanas más tarde, este enfermo presentó accidentes asistólicos, que ocasionaron su muerte. La asistolia tenía por primitivo origen, una sínfisis cardíaca, desarrollada en el curso de la pleuresía purulenta.

Los cirujanos alemanes, han recurrido desde luego á la resección subperióstica de una ó varias costillas. Completan así el empiema, y obtienen una vía más amplia para la salida del pus. No es imposible juzgar esta práctica, que apenas encuentra partidarios en Francia. Hemos visto siempre á la operación del empiema, bastar sin esta adición.

II

Pleuresias purulentas con pneumococos.

El pneumococo, es una causa frecuente de pleuresía purulenta.

En un total de 121 pleuresías purulentas, excepción hecha de las pleuresías tuberculosas y pútridas, nos encontramos, en efecto, este micro-organismo 53 veces, ó sea 43,75 por 100.

Esta proporción es, por lo demás, muy diferente, según que se observe en el adulto ó en el niño.

En el *adulto*, hemos encontrado el pneumococo 32 veces en 92 casos, ó sea 34,78 por 100.

En el *niño*, el pneumococo se hallaba 21 veces de 29 casos, ó sea 72,4 por 100.

Esta elevada proporción de las pleuresías purulentas con pneumococos en los niños, ha sido la primera vez indicada por nosotros en 1889. Presenta un interés considerable, desde el punto de vista clínico, y permite explicar ciertas particularidades de la pleuresía purulenta infantil, que hace tiempo habían llamado la atención de los médicos.

En el mayor número de nuestras observaciones, existía el pneumococo en

todo el curso de la enfermedad. Las asociaciones microbianas han sido raras, y en algunos casos tratados á causa del empiema, aquéllas han aparecido, por lo demás, bastante tarde.

Sea como fuere, en los niños existe el pneumococo :

Sólo.....	16 veces.
Asociado al estreptococo.....	1 —
— á los estafilococos piógenos.....	4 —

En el adulto, se hallaba el pneumococo :

Sólo.....	25 veces.
Asociado al estreptococo.....	2 —
A los estafilococos.....	3 —
Al bacilo piocianico.....	1 —
A los bastoncitos saprógenos.....	1 —

Así, el pneumococo en las pleuresías purulentas pneumocócicas del niño ó del adulto, existe aislado de otros microbios durante todo el curso de la enfermedad, en casi tres cuartas partes de los casos.

La pleuresía purulenta con pneumococos, puede suceder á una pneumonía, ó aparecer independientemente de toda pneumonía anterior apreciable.

Es más fácil determinar la existencia anterior de una pulmonía en el adulto, que en el niño.

De nuestras 32 pleuresías purulentas pneumocócicas del adulto, 16 habían sucedido á una pneumonía.

En el niño, la existencia de una pulmonía anterior no ha podido ser afirmada, sino 3 veces de 21.

No podemos olvidar que la pneumonía pasa, á menudo, sin ser notada, y no pensamos que las 16 observaciones de adultos, y sobre todo, las 18 de niños, en las cuales la pleuresía ha parecido sobrevenir sin que haya habido pulmonía anterior, pueden ser todas consideradas como pleuresías primitivas con pneumococos.

Mas este epíteto conviene, ciertamente, á un gran número de ellas, y no se podría negar la frecuencia de la pleuresía pneumocócica primitiva, de la cual he sido el primero en demostrar su existencia.

Hablando de la anatomía patológica de la pneumonía franca, hemos indicado la importancia y la constancia de las alteraciones inflamatorias de la pleura, importancia y constancia que han llevado á Andral á no emplear nunca otra expresión que la de pleuro-pneumonía.

Se ha podido preguntar, si estas alteraciones sólo son constantes en los casos seguidos de muerte.

Maragliano (1), en 1884-1885, ha comprobado, por medio de la jeringa de Pravaz, la existencia de ligeros derrames sero-fibrino-purulentos, en la superficie de pulmones hepatizados, en 21 enfermos. En el transcurso del año de 1890-1891 (2), ha repetido estas punciones exploradoras sistemáticamente en

(1) Maragliano, Lezione di chiusura dell'anno 1884-1885, *Riforma medica*, Agosto, 1886.

(2) Maragliano, L'istituto di clinica medica della reale Università di Genova, *Riforma medica*, Diciembre, 1891.

58 pneumónicos; 38 de éstos, ó sea más de la mitad, presentaban un exudado sero-purulento en pequeña cantidad.

Este exudado desaparece, ordinariamente, cuando termina la pneumonía. Algunas veces, el derrame, al principio sero-purulento, se convierte, antes de desaparecer, en un líquido límpido sero-fibrinoso.

En un pequeño número de casos, la pleuresía purulenta se presenta en el curso mismo de la pulmonía, y es debida á la persistencia y á los progresos de esta pleuresía concomitante.

Pero estos casos son, relativamente, raros; por lo común, la pleuresía no aparece sino algunos días después de la defervescencia, indicadora del fin de la pneumonía. *La pleuresía purulenta, á la cual Gerhard ha propuesto aplicar el epíteto de meta-pneumónica, es una de las afecciones pneumocócicas en la cual se verifica más constantemente lo que hemos dicho de la fase latente, de preparación de las manifestaciones secundarias de la pulmonía.*

Explica bien este concepto el depósito en la cavidad pleural, en el curso de la pneumonía, de un cierto número de gérmenes, cuya virulencia no está más que momentáneamente suspendida en el momento de la defervescencia, que marca el fin del pneumococo en el foco pneumónico. Esta virulencia vuelve al cabo de algunos días, y los organismos que pululan en esta serosa, han adquirido en este medio, tal vez en razón de su existencia anaerobia, cualidades nuevas. Tienen una vida más larga, y presentan un poder piógeno.

A despecho de algunos contradictores, las observaciones se han multiplicado, demostrando que en estas pleuresías exclusivamente por pneumococos, el exudado es francamente purulento.

Es un *pus verdadero* que, con bastante frecuencia, presenta completos los caracteres del *pus loable*, del *pus de buena calidad* de los antiguos médicos, espeso, de un amarillo verdoso, y *extremadamente rico en elementos celulares*. Este pus es muy *viscoso* y rico en fibrina. No se separan el plasma y el suero; á lo más, forma éste una capa delgadísima en la superficie de la vasija, donde se deposita. El líquido de estas pleuresías, presenta á menudo un *tinte verdoso* de puré de guisantes, tinte que se acentua cuando el exudado queda expuesto á la luz y al aire.

Estos caracteres principales, ricos en plasma, densidad, viscosidad y tinte verdoso, son muy especiales de la pleuresía que estudiamos. No son exclusivos, y pueden faltar. No se les puede utilizar, sino á título de inductores, y se necesitará siempre añadirles las apreciaciones microbiológicas.

El examen de las preparaciones microscópicas, coloreadas con el violeta de genciana, permitirá reconocer la presencia de pneumococos. Estos, en las pleuresías purulentas, se presentan, por lo regular, en forma de largas series lineales, que podrán ser confundidas con las cadenas del estreptococo piógeno. En cambio, el pneumococo en estas pleuresías, presenta casi siempre cápsulas coloreables, muy fáciles de descubrir, y sus elementos tienen una forma lanceolada, más marcada que en el exudado ó en los esputos pneumónicos. Algunos de estos elementos tienen también la disposición lanceolada tan exagerada, que figuran un rombo ó un triángulo isóceles. Estas formas parecen casi peculiares de las localizaciones del pneumococo, en las serosas ó en las sinoviales.