

## Tratamiento de las pleuresías pululantes tuberculosas

{*Concluye*}

29—Si este tratamiento conservador es ineficaz, dada la persistencia de los síntomas generales graves, procederá obrar quirúrgicamente y practicar dos-de un principio una pleurotomía (1).

39 Tan sólo después se practicará la toracoplastia, y dentro de los límites que sea necesario para un resultado definitivo, es decir<sup>1</sup>

a) Cuando debajo que la pleuresia evolucionan lesiones pulmonares que precisa colapsar.

b) Cuando, a pesar de pleurotomía, persiste una supuración grave, que repercute sobre el estado general. Trátase, en definitiva, de cortar el paso a la infección, practicando una toracoplastia antes que el decaimiento excesivo del organismo, consecutivo del organismo, consecutivo a la supuración, haga ineficaz toda operación quirúrgica.

c) Cuando, en caso de perforación en la gran cavidad pleu-

ral, la pleurotomía es incapaz de curar las vómicadas abundantes. En este caso, tan sólo la toracoplastia podrá obrar de un modo útil, cerrando la fistula pleurobronquial, peligro contra el cual conviene obrar lo antes posible, d) Finalmente—y ello constituye una indicación tipo de la toracoplastia—cuando, después de pleurotomía, la cavidad pleural del empiema parece definitivamente contenido, no teniendo ya el pulmón ninguna tendencia a recuperar su sitio en el tórax. Según la importancia de la retracción espontánea de la pared, por una parte, y de la reexpansión pulmonar por otra, las dimensiones de la cavidad pleural residual serán mayores o menores y reclamarán resecciones costales más o menos extensas. En las pleuresías purulentas a neumotórax, estas resecciones deberán ser casi siempre muy extensas. En efecto, cuando el pulmón ha estado comprimido durante mucho tiempo, la esclerosis cicatricial ha transformado el órgano en un bloque duro e inextensible y, sobre todo cuando la infección

(1) J. Lardanchet: *De la toracoplastia en los tuberculosos*, Doin, editor, París, 1932.

**DR. ROBERTO LAZARUS**  
**Médico y Cirujano**

Horas:  
De 3 a 6 pm.

Dirección:  
Contiguo al Teatro  
Variedades.

ha profundizado, la pleura se vuelve densa, rígida, y se recubre de falsas membranas gruesas, que contribuyen a fijar el pulmón junto al hilio y se oponen a su reexpansión.

En esta última indicación la toracoplastia constituye esencialmente una operación *plástica*, practicada en *frío*, en tanto que en los tres casos precedentes, tratabas de una operación *en caliente*, y de una operación *curativa*, cuyas indicaciones, a veces únicamente plurales, son casi siempre mixtas, plurales y pulmonares a la vez. Al mismo tiempo que la cavidad pleural, que debe rellenarse, hay que asegurar el colapso del pulmón, ya para luchar contra lesiones evolutivas del órgano, ya para cerrar una fístula pleurobronquial, cuando la pleurotomía no va producido inmediatamente un efecto suficiente. Estas circunstancias añaden al acto operatorio un elemento de gravedad indudable, que debemos saber aceptar, pero con el que debemos contar. Así se explican las diferencias observadas en los resultados, según que la toracoplastia sea efectuada por lesiones estrictamente pulmonares o por lesiones plurales y pulmonares. Tal es, por lo menos, lo que se deduce del estudio detallado de la estadística publicada en la tesis reciente de uno de nosotros (1) y que comprende 32 observaciones recogidas, en Hanteville, entre los años 1913 y 1931.

A. Giraud y J. Lardanchetd.

Del Monde Médicale.

(1) La pleurotomía será practicada siguiendo la técnica de Santy, expuesta en detalle en la tesis de Louvet (*Tesis de Lyon*, 1929J, •*pleurotomti a mínima*). Previa anestesia local con novocaína al 1 por 100, se incide la piel con el bisturí en una extensión de 1 a 2 cm. (punzada con el bisturí con el filo dirigido hacia arriba), en la línea axilar anterior, para no dificultar las resecciones costales bajas **parte-vertebrales**, casi siempre al nivel del décimo espacio intercostal. Los planos profundos, y después la pleura, serán perforados mediante una pinza hemostática a la que el cirujano imprimirá un movimiento de rotación, se introduce después en la pleura, mediante una pinza, una sonda de Nélaton ordinaria, del número 18, cuya penetración se limitará con un imperdible atravesado en el punto deseado; este imperdible es, a su vez, fijado al rededor de la herida, protegida con un poco de gasa y una tira de leucoplasto. La sonda será ocluida (taponcito de madera, pequeña pinza **metálica** o simple acodadura de la sonda), y vaciada con regularidad, una o dos veces al día, según la abundancia del líquido. La pleurotomía a mínima permite en esta forma, practicar un drenaje regular en "vaso cerrado," sin peligro de aspiración.

Véase también Dumarest, Riugy y Mollard: La pleurotomía en el tratamiento de las pleuresías purulentas tuberculosas (*Archives Médico-Chir. de lapp. res.*, t. VII, NP 1932).