



Año 1914

Núm. 2890

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dir. B. 2h. 5

Tratamiento de los derrames pleurales por la autoseroterapia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS LONCAN

Ex-practicante externo del Hospital San Roque, 1909-1910
Ex-practicante interno del Hospital Francés, 1911-1912-1913

BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" - ALMIRANTE BROWN 1076

1914



TRATAMIENTO DE LOS DERRAMES
PLEURALES POR LA AUTOSEROTERAPIA

Año 1914

Núm. 2890

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de los derrames pleurales por la autoseroterapia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS LONCAN

Ex-practicante externo del Hospital San Roque, 1909-1910

Ex-practicante interno del Hospital Francés, 1911-1912-1913

BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914



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. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

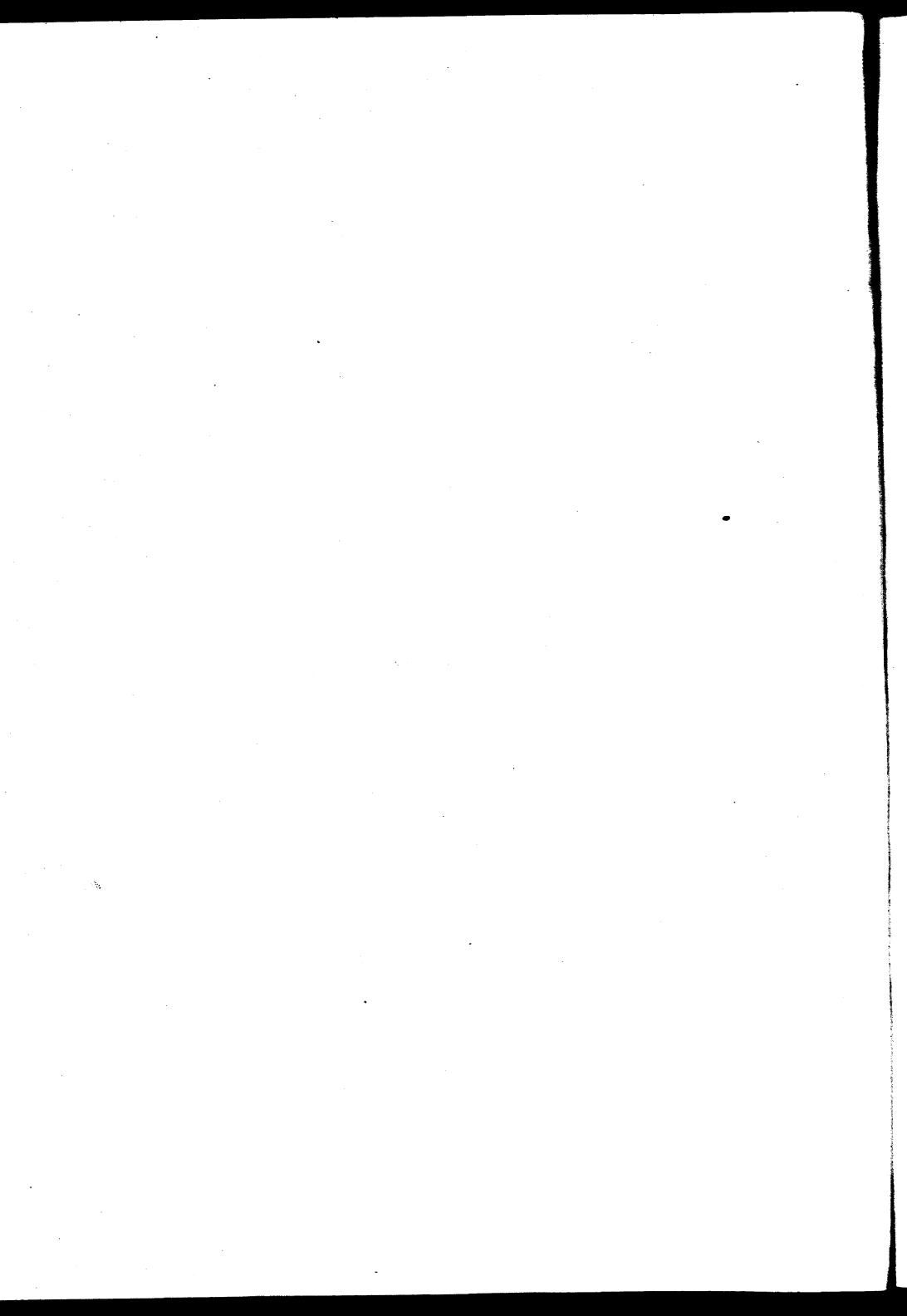
DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

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

Secretaries

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " GREGORIO ARAOZ ALFARO

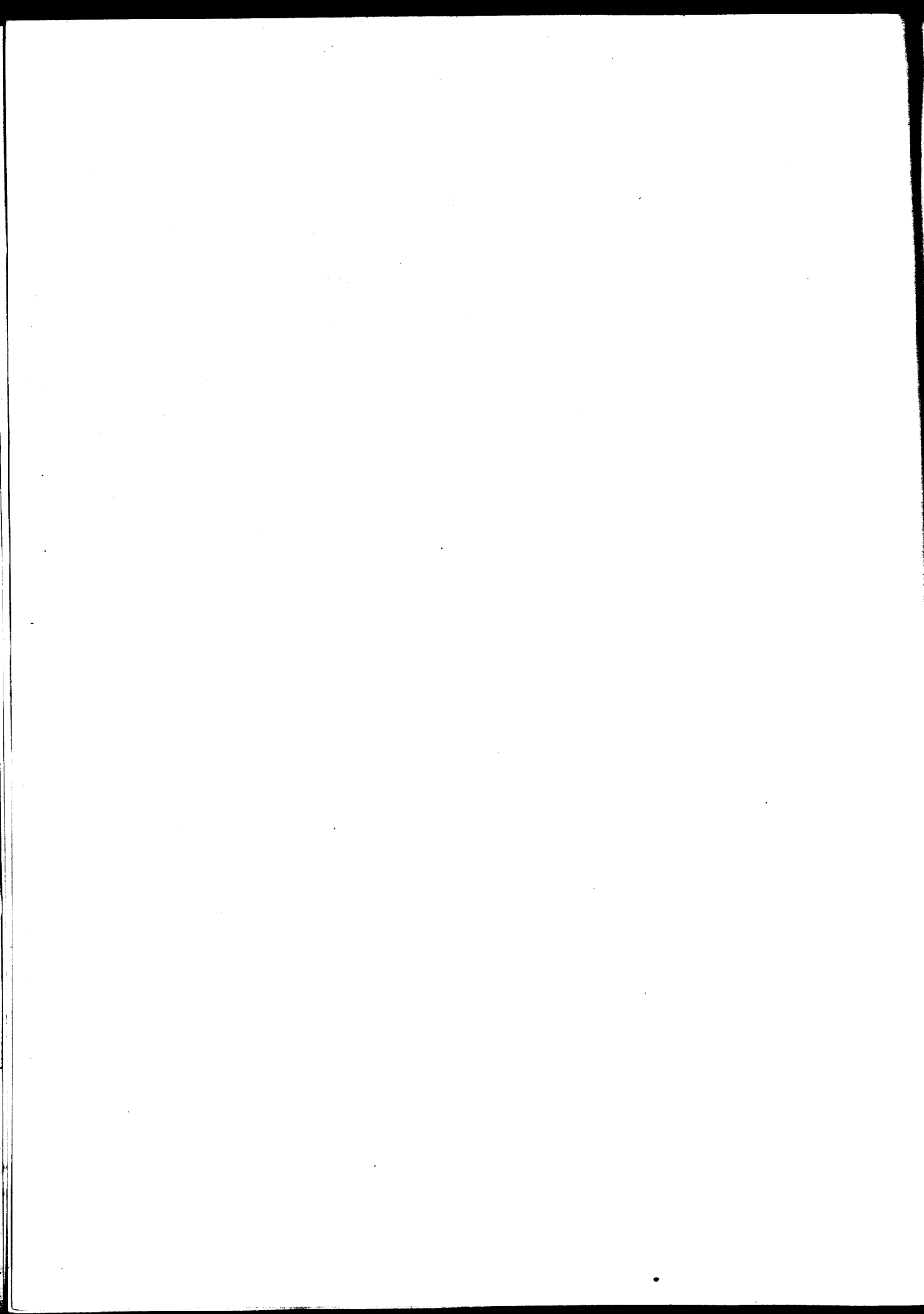


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " 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

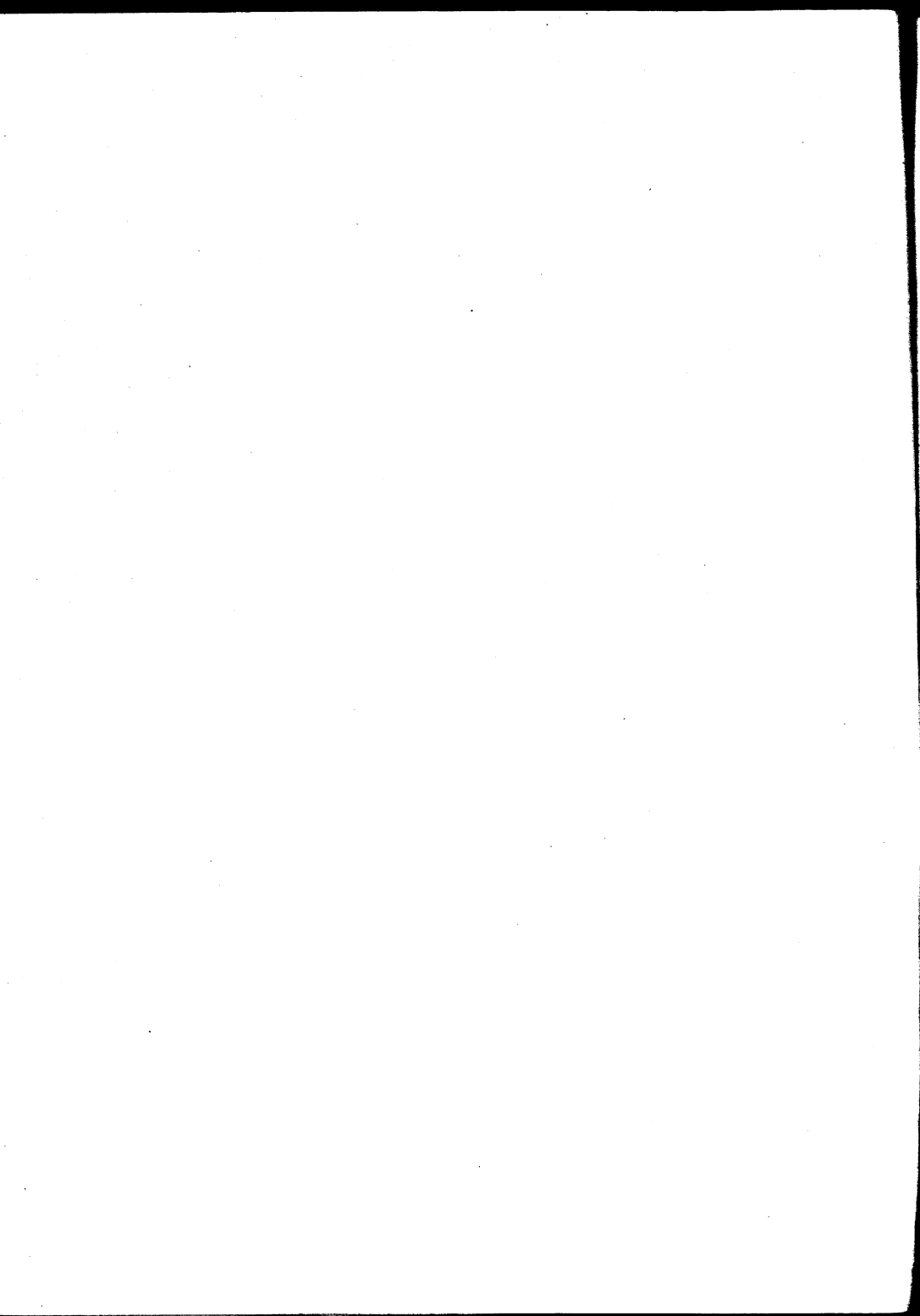
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

" " FRANCISCO SICARDI
" " TELÉMACO SUSINI
" " NICASIO ETCHEPAREBORDA
" " EDUARDO OBEJERO
" " LUIS GÜEMES
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " JUAN A. BOERI (suplente)
" " ENRIQUE ZÁRATE
" " PEDRO LACAVERA
" " ELISEO CANTÓN
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

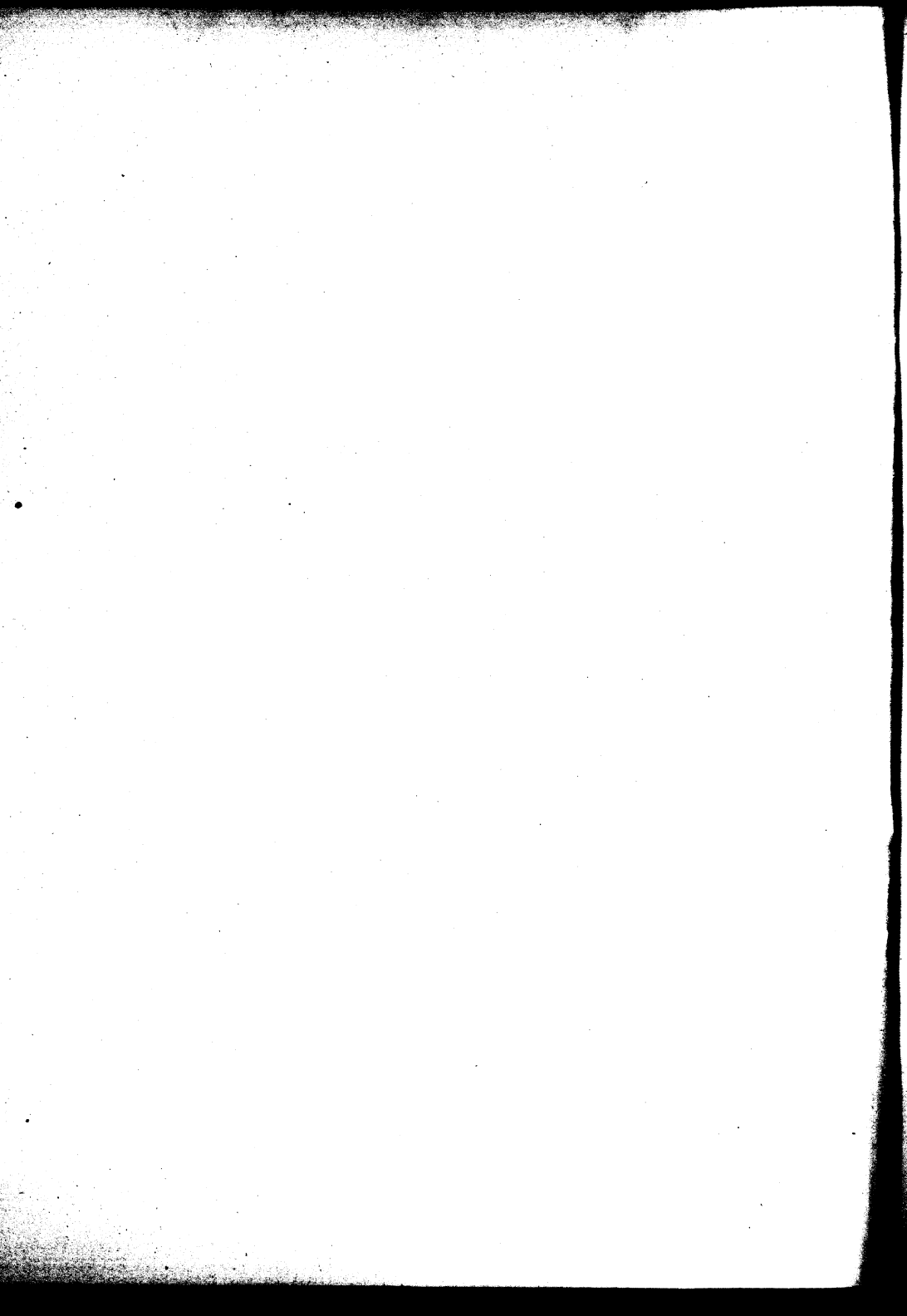
" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

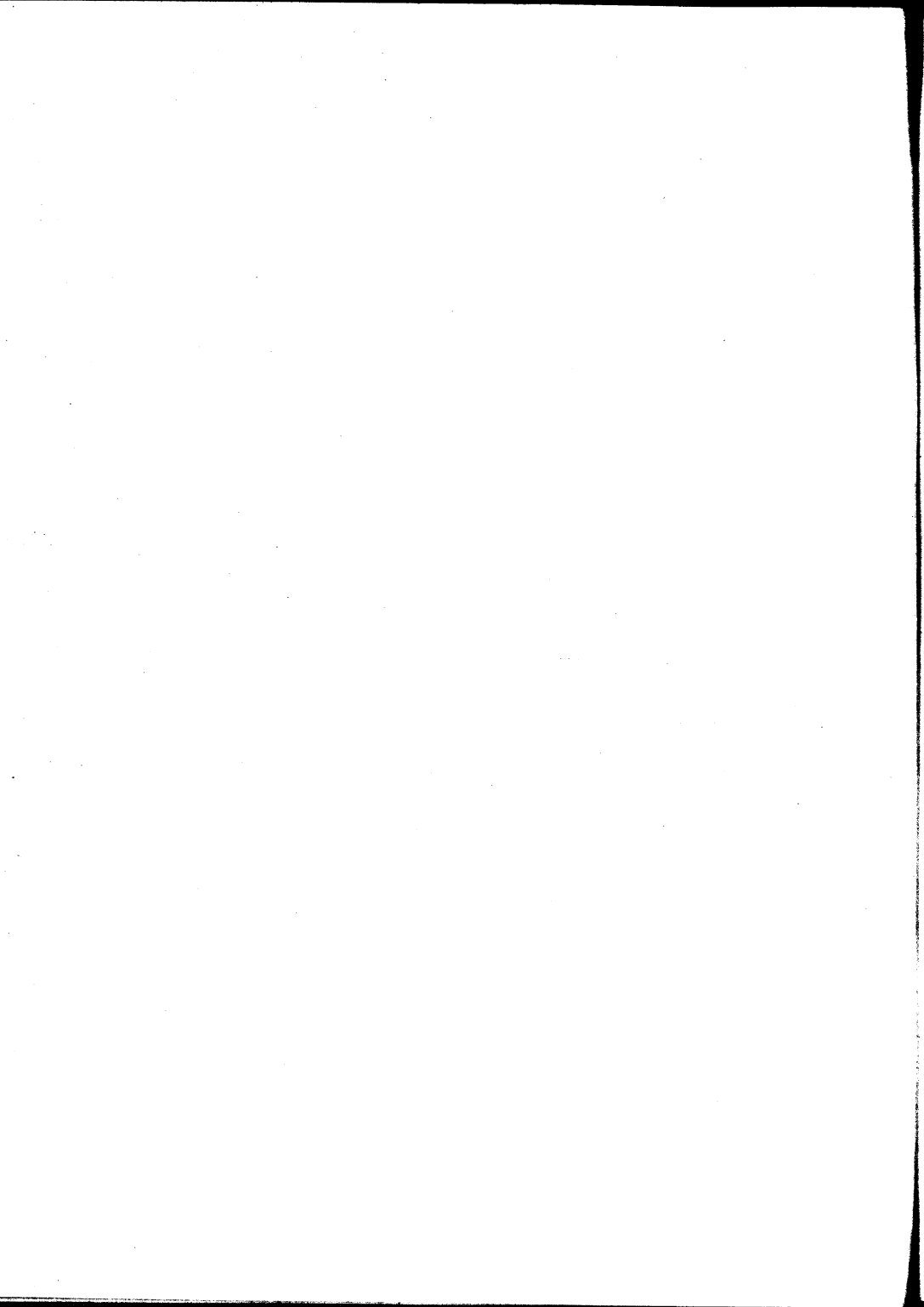
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
" JOSÉ T. BACA
" JUVENCIO Z. ARCE
" PEDRO N. ARATA
" FRANCISCO DE VEIGA
" ELISEO CANTÓN
" JUAN A. BOERI



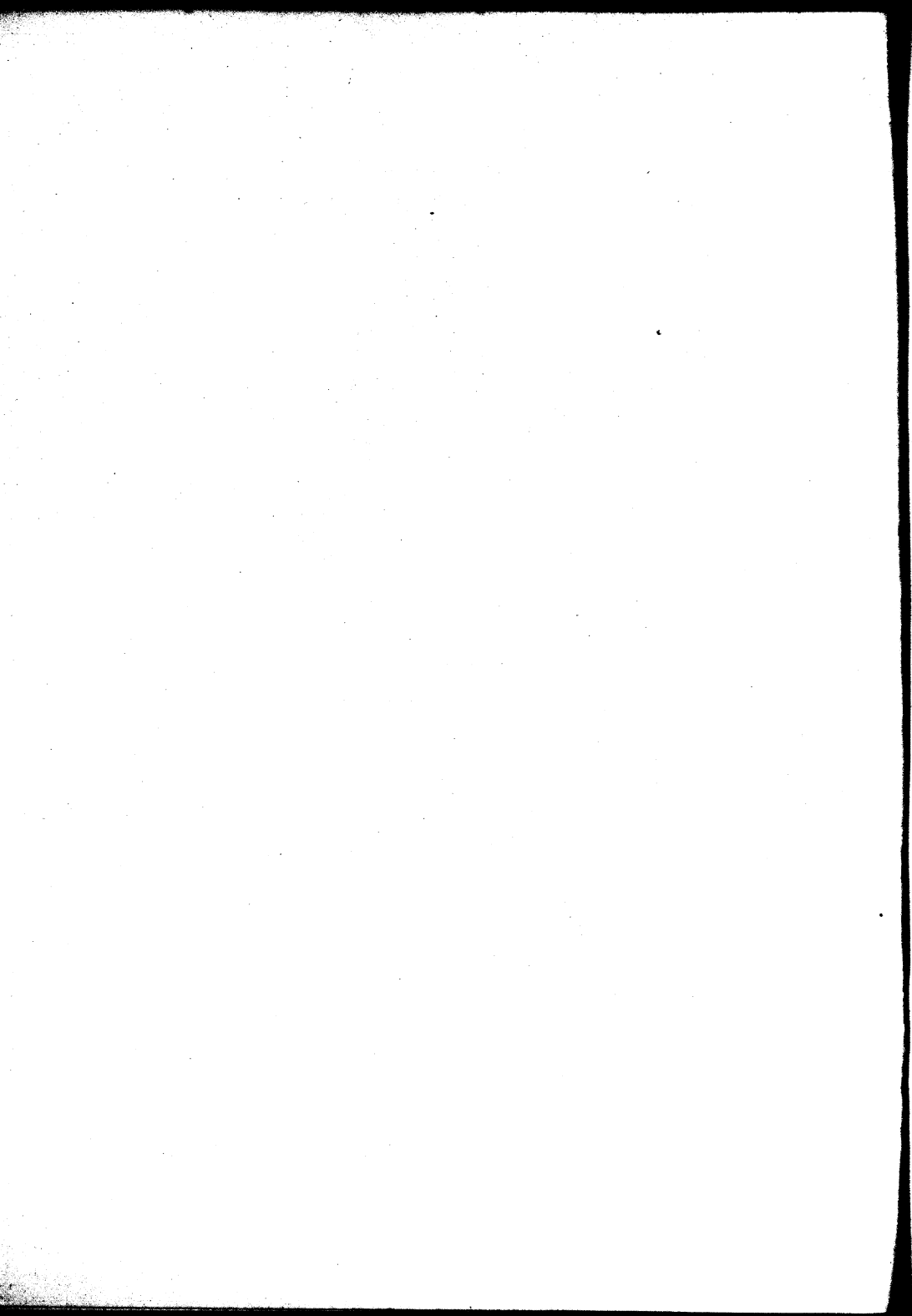
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	" LUCIO DURAÑONA
	" RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	" JOSÉ ARCE
	" JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	" PEDRO BELOU
Química Médica	" ATANASIO QUIROGA
Histología	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	" HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	" CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	" RICARDO SCHATZ
Semciología y Ejercicios clínicos .	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	" AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	" TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	" BALDOMERO SOMMER
" Gineco-urinaria	" 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	" FRANCISCO A. SICARDI
" Médica	" IGNACIO ALLENDE
" Médica	" ABEL AYERZA
" Quirúrgica	" ANTONIO C. GANDOLFO
" Neurológica	" MARCELO VIÑAS
" Psiquiátrica	" JOSÉ A. ESTEVEZ
" Obstétrica	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica	" ENRIQUE ZÁRATE
" Pediátrica	" SAMUEL MOLINA
Medicina Legal	" ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	" DOMINGO S. CAVIA
	" ENRIQUE BAZTERRICA



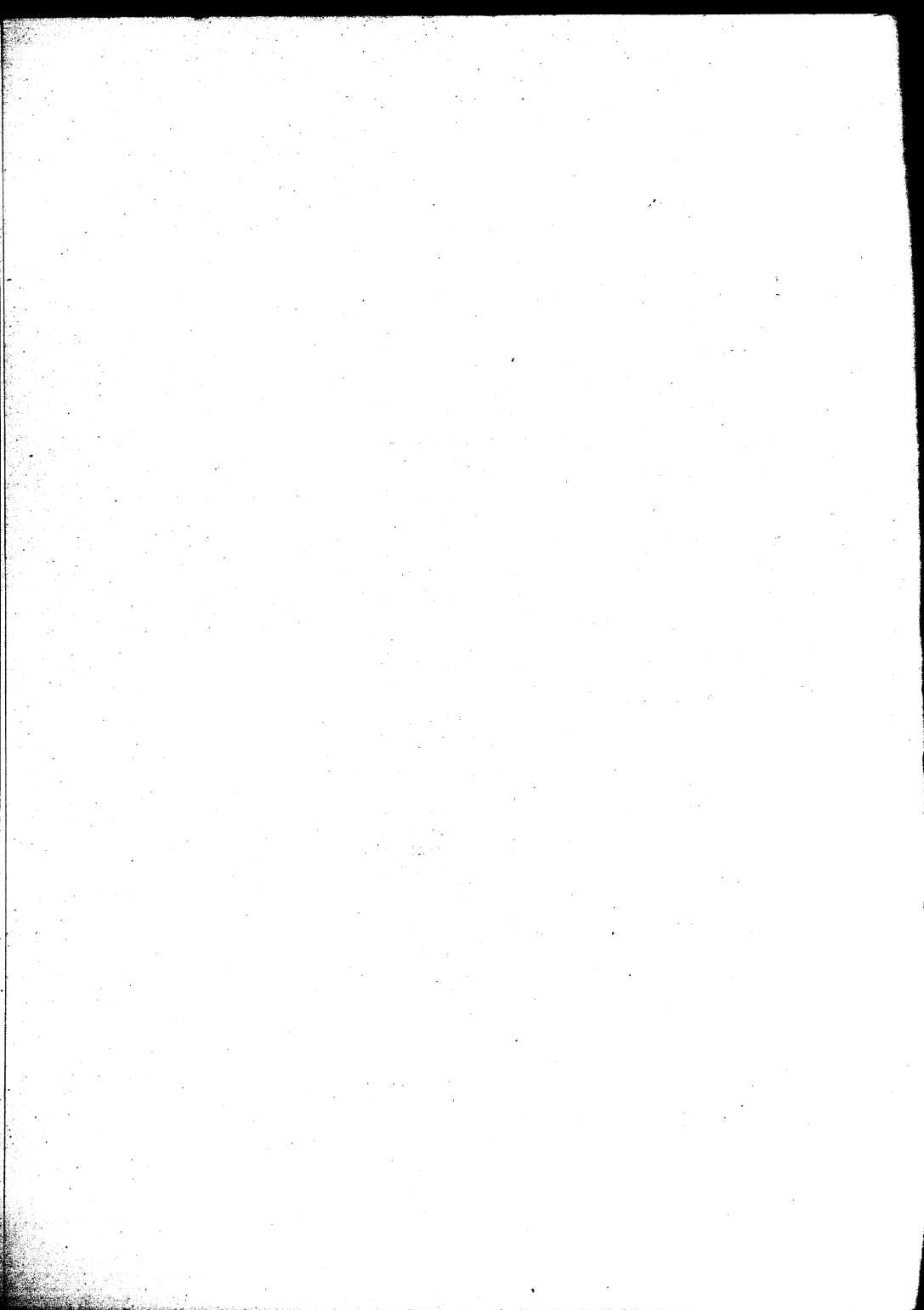
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREXWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica	„ LEOPOLDO UBIARTE
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ BADÍA
Clinica Médica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-Sifilográfica ...	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Psiquiátrica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
Clinica Pediátrica.....	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Patología interna	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clinica oto-rino-laringológica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Psiquiátrica	„ RICARDO COLÓN
	„ ELISEO V. SEGURA
	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

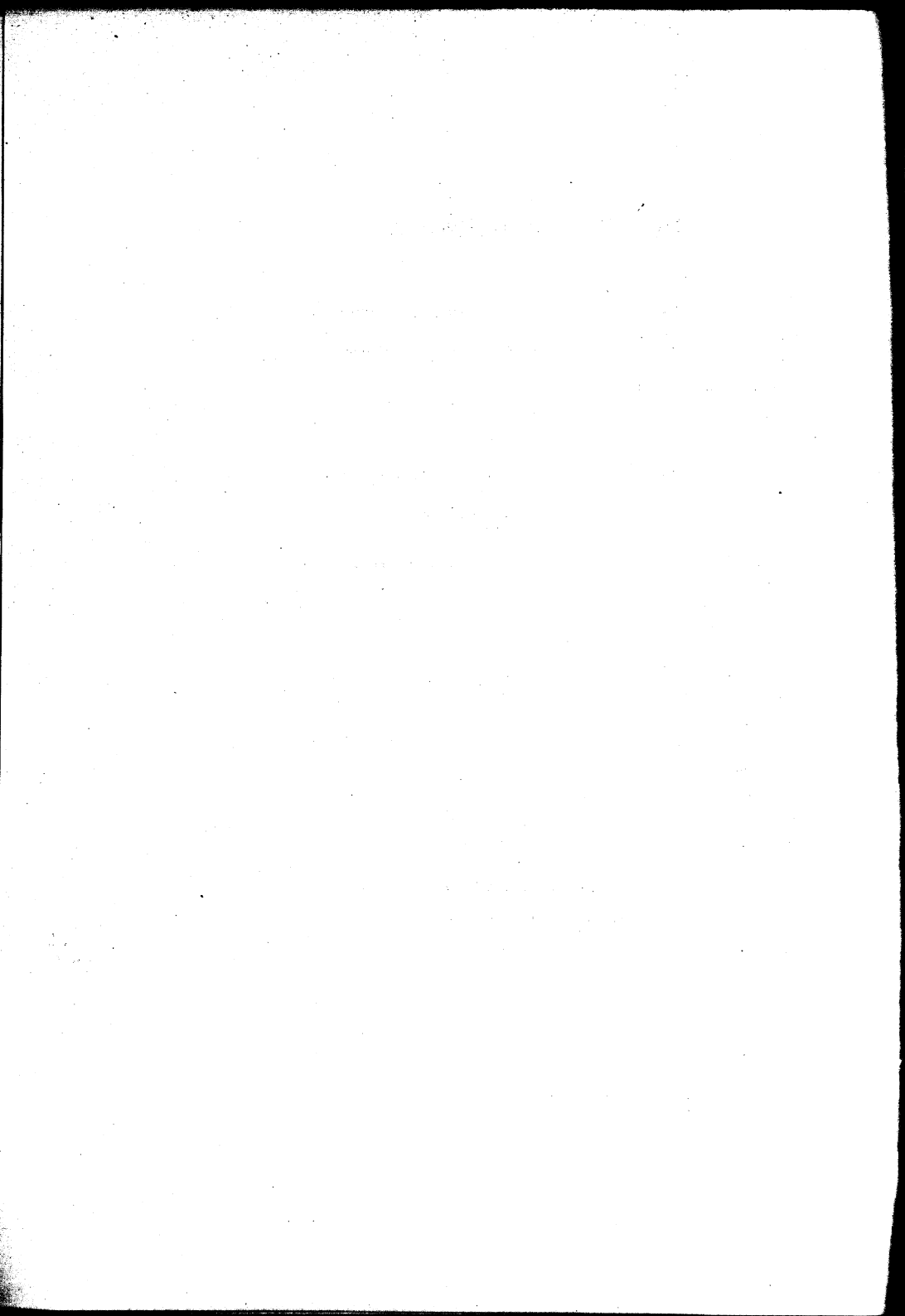
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Bacteriología	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semeiología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapia	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria	" JOSÉ MORENO
Patología externa	" PEDRO CHUTRO
Clínica Dermato-Sifilográfica	" CARLOS ROBERTSON
" Génito-urinaria	" NICOLÁS V. GRECO
Clínica Epidemiológica	" PEDRO L. BALIÑA
Patología interna	" BERNARDINO MARAINI
Clínica Oftalmológica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Otorino-laringológica	" FERNANDO R. TORRES
" Quirúrgica	" PEDRO LABAQUI
" Médica	" LEONIDAS JORGE FACIO
" "	" ENRIQUE DEMABÍA
" "	" ADOLFO NOCETI
" "	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
" "	" MARCELINO HERRERA VEGAS
" "	" ARMANDO MAROTTA
" "	" LUIS A. TAMINI
" "	" MIGUEL SUSSINI
" "	" JOSÉ M. JORGE (H.)
" "	" ROBERTO SOLÉ
" "	" LUIS AGOTE
" "	" JUAN JOSÉ VITÓN
" "	" PABLO MORSALINE
" "	" RAFAEL BULLRICH
" "	" IGNACIO IMAZ
" "	" PEDRO ESCUDERO
" "	" M. R. CASTEX
" "	" PEDRO J. GARCÍA
" "	" MANUEL A. SANTAS
" "	" MAMERTO ACUÑA
" "	" GENARO SISTO
" "	" PEDRO DE ELIZALDE
" "	" JAIME SALVADOR
" "	" TORIBIO PICCARDO
" "	" OSVALDO L. BOTTARO
" "	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
" "	" ALBERTO PERALTA RAMOS (en ejerc.)
" "	" FAUSTINO J. TRONGÉ
" "	" JUAN B. GONZÁLEZ
" "	" J. C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal	" JOAQUÍN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	" ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	" MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	" FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología rasonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	" FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	" J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	" FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	" RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	" PASCUAL CORTI
	" RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología rasonadas	SR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	" TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	" PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	" ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distócico y Clínica Obstétrica	
	„ FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	
	„ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

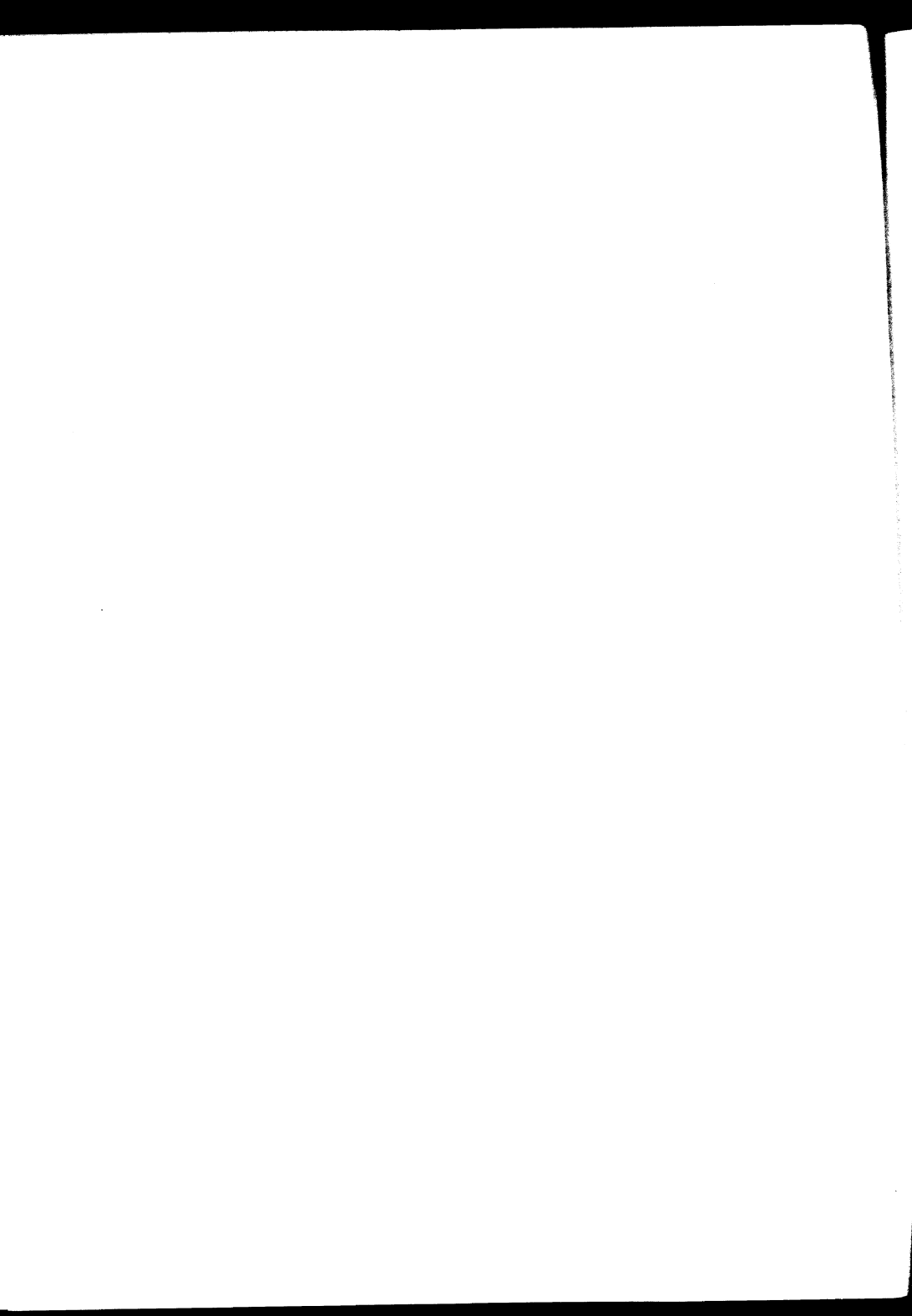
Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

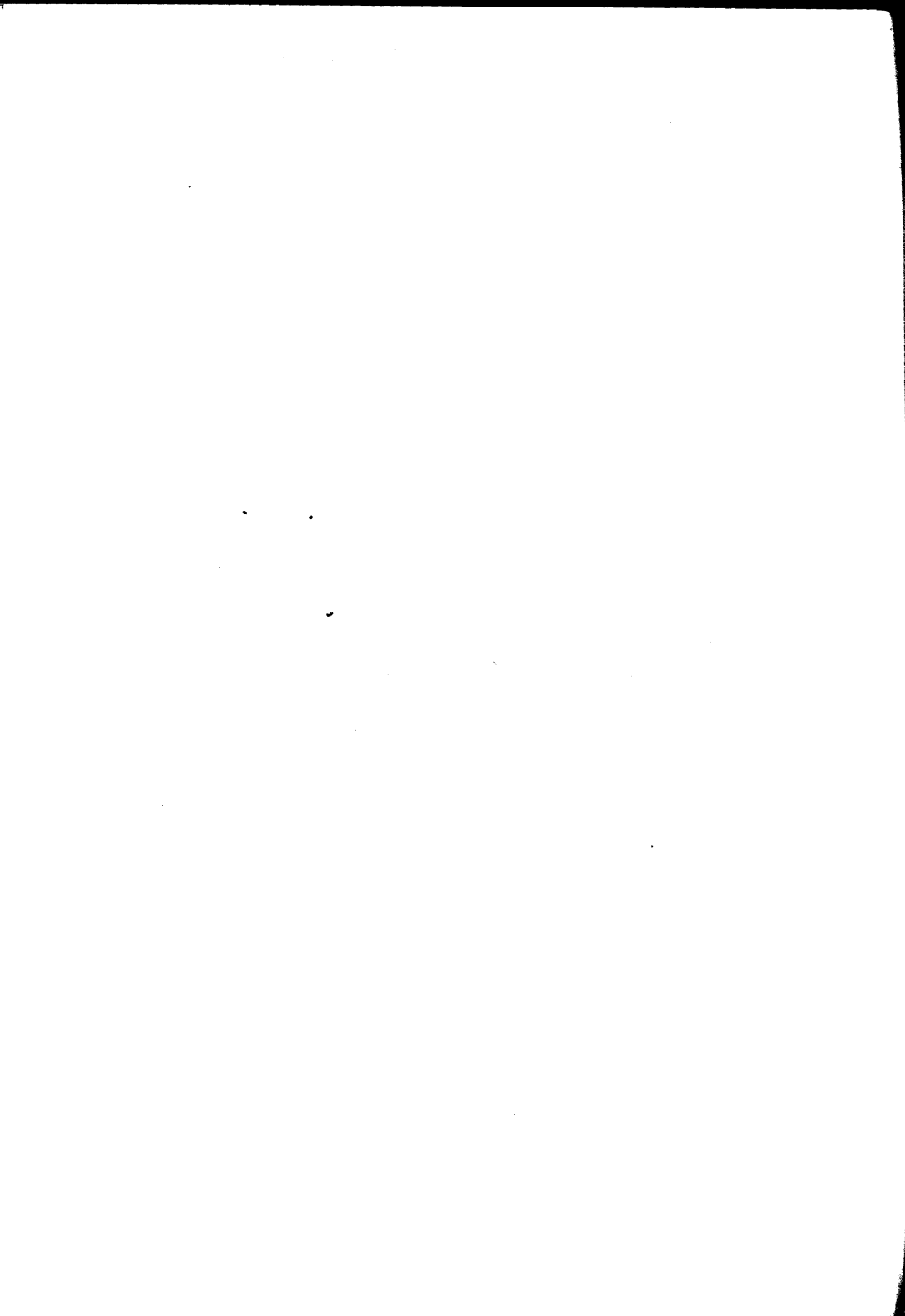


PADRINO DE TESIS:

Dr. Manuel Barros



A LA MEMORIA DE MIS PADRES



A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Todo lo que se ha escrito sobre tratamiento de las pleuresias con derrame por la autoseroterapia, estando diseminado en publicaciones y revistas, he creído que reunirlo en forma sintética pudiera tener algún interés.

Algunas observaciones clínicas recogidas durante mi permanencia en el Hospital completan este trabajo.

Al someterlo a vuestra ilustrada consideración, para optar al título de doctor en medicina, quiero dejar constancia de mi reconocimiento por la enseñanza que debo al cuerpo docente de la Facultad.

Del doctor Julio Méndez y a sus jefes de clínica doctores Julio Iribarne y Emilio Lorentz, he recibido el bagaje más preciado de mi preparación; si mis conocimientos no corresponden a lo que de ellos escuché y aprendí, mía es la deficiencia, que no aminora, por cierto, la gratitud que les profeso.

Al doctor Manuel Barros, cuya amigable gentileza

llega hasta apadrinar este trabajo, quiero expresarle públicamente mi agradecimiento por su valiosísimo concurso en mi formación profesional.

Para concluir, no debo olvidar los consejos e indicaciones que deferentemente me hicieron los médicos del Hospital Francés.

Técnica de la autoseroterapia

La técnica, tal como la idea Gilbert, es sumamente sencilla.

Determinado por los signos físicos, el lugar en que la presencia del líquido es más posible, y después de desinfectar la piel en la forma que habitualmente se hace con una jeringa y una aguja de 3 o 4 centímetros, esterilizada, se punza perpendicularmente un espacio intercostal hasta llegar a la cavidad y se carga la jeringa con la cantidad de líquido que quiere inyectarse.

Esto hecho, se retira lentamente la aguja hasta que se sienta que sólo la punta está debajo de la piel y entonces, inclinándola oblicuamente, se la hace penetrar en el tejido celular del espacio intercostal y se inyecta el contenido de la jeringa.

Si se prefiere, puede retirarse completamente la aguja e inyectar el líquido en cualquiera de las regiones en que corrientemente se practican las inyecciones hipodérmicas, observando las reglas de asepsia que corresponden.

Si la cantidad de líquido inyectado fuese grande,

es prudente ocluir el orificio por donde ha penetrado la aguja.

¿Cuál es la cantidad de líquido que se debe inyectar?

Gilber, de acuerdo con la abundancia y la marcha del exudado inyectaba 1 o 2 centímetros cúbicos cada vez y repetía las inyecciones todos los días o día por medio.

Rossi y Garbarini iniciaban el hálamiento inyectando 1 cc. y aumentaban progresivamente las dosis hasta llegar a 10 cc. cuando ello era necesario. Entre una inyección y otra dejaban transcurrir 3 o 4 días.

Donzello, inyecta 5 cc. cada vez y subordina la frecuencia de las inyecciones a los progresos de la reabsorción.

Bretón, que usaba las mismas dosis que el anterior, repetía las inyecciones cada 4 o 5 días.

Consignar el procedimiento empleado por cada observador sería interminable y sin ningún interés, puesto que el empleo de dosis más o menos grandes y su repetición más o menos frecuente no descansa sobre otro fundamento que el muy relativo y empírico de la abundancia y marcha del derrame.

Y es indudable que la técnica de la autoseroterapia no tendrá reglas más racionales y precisas mientras no estemos ilustrados de una manera más positiva sobre el valor terapéutico y la dosificación, si es que esto

es posible, de las sustancias inmunizantes que encierran los exudados.

En las inyecciones autoseroterápicas se han empleado exudados, de variada composición histológica, química y bacteriológica (exudados serosos, serofibrinosos, hemorrágicos, serohemorrágicos, exudados de los tuberculosos, de los sífilíticos, reumáticos, etc.), siendo contraindicados tan sólo los purulentos o seropurulentos.

Este capítulo me parece el más aparente para ocuparme del método operativo ideado por Esler para combinar los efectos del drenaje permanente de la cavidad pleural a los que se obtienen por el empleo de la autoseroterapia.

En principio, la operación consiste en establecer de un modo permanente el pasaje del líquido contenido en la pleura al tejido celular de la pared costal.

El manual operatorio es sencillo. Después de determinar por la punción exploratriz la presencia del exudado pleural y su límite inferior, se elije entre las últimas costillas, para aprovechar el declive, la que se va a perforar.

Luego, con una breve incisión paralela al tercio lateral o posterior de la costilla, se secciona la piel y el tejido celular del espacio intercostal, que está por encima.

Hecho éste se descienden los labios de la herida

de manera que permitan la perforación de la costilla, que se realiza con un taladro de pequeño diámetro.

Una vez establecido el regular funcionamiento del canal óseo, osí obtenido y asegurado por lo tanto al drenaje de la cavidad pleural, se dejan libres los labios de la incisión, para que vuelvan a su posición primitiva, saturándolos después.

La incisión de los planos blandos por encima de la costilla que se perfora, tiene por objeto impedir la salida del exudado a través de la línea de sección.

Los resultados obtenidos por Esler y por Kischenberger en el empleo de este método son, al decir de estos autores, muy satisfactorios.

Medios de controlar la marcha de los derrames

Casi todos los que se han ocupado de autoseroterapia han puesto especial atención en fijar exactamente el momento de la desaparición de los derrames para dar mayor exactitud de sus conclusiones sobre la duración de los exudados, tratados por este método.

Por esa circunstancia, me ocuparé brevemente de los medios de que se dispone para controlar la marcha de los derrames.

Las variantes que sufre el nivel del líquido, y, por lo tanto, su cantidad, se pueden apreciar por cualquiera de los procedimientos siguientes:

1.º Por los signos físicos. 2.º Por la punción exploratriz. 3.º Por los rayos X.

En la práctica, cualquiera de ellos permite seguir las modificaciones que sufre en su cantidad el contenido pleural y establecer el momento de su desaparición.

Sin embargo, todos ellos y especialmente el primero, en el último período de la reabsorción, cuando la

cantidad de líquido es muy reducida, pueden inducirnos en error.

Con el primero, es posible confundir la presencia de falsas membranas con un resto de exudado pleural.

Porque si bien es cierto que la presencia o ausencia de vibraciones es un signo que nos permite la diferenciación, en la práctica no siempre es fácil precisarlo y, por lo tanto, puede conducir a una conclusión equivocada.

También a la presencia de falsas membranas o de adherencias pleurales, se deben las punciones en blanco que nos llevan a suponer la desaparición completa del líquido, aunque en realidad existe una pequeña cantidad que una punción más afortunada no hubiera revelado.

Y aún con los rayos X, cuando el que los maneja no es muy experto, la confusión es posible; la sombra que produce en la pantalla la presencia de falsas membranas, no se distingue siempre con facilidad de la que produce un exudado pleural.

Evidentemente, que estos son los casos menos frecuentes y que el empleo alternativo de estos procedimientos de control hace casi imposible el error.

Efectos de la autoseroterapia

La introducción en el tejido celular de exudado pleural, en la forma que habitualmente se hace, es decir, sin previa filtración y cualquiera que sea su composición química e histológica, exceptuando los exudados purulentos, que no se emplean, no determina fenómenos de reacción local, ni accidentes que pudieran imputarse a su naturaleza bacteriológica.

Sin embargo, Barrié, en la *Press Medical*, cita el caso de un enfermo que en el curso del tratamiento autoseroterápico presenta en la región donde se había practicado una de las inyecciones, un eritema polimorfo, acompañado de fenómenos generales que pusieron en peligro su vida.

Y Oppeheim y Cripini constataron en un enfermo afectado de pleuresia tuberculosa la aparición de un proceso local de igual naturaleza, en el sitio en que se le había hecho una inyección autoseroterápica.

Estos casos, por cierto rarísimos, justifican los escrúpulos de Debove y Remond que, teniendo en cuenta que los exudados de los tuberculosos — y esto podría

hacerse extensivo a todos los de naturaleza microbiana, — contienen siempre en mayor o menor número de bacilos de Koch, no lo inyectaba, sino después de filtrado.

La reabsorción del líquido inyectado se realiza en el término de pocas horas.

En la mayoría de los casos, después de la inyección de exudado pleural, el termómetro acusa una elevación de temperatura.

Esta, que en algunos enfermos alcanza a uno o dos grados (casos de Gilbert), es en otros sólo de unas décimas.

La elevación térmica que en los enfermos tratados por Gilbert se manifestaba 5 o 6 horas después de la inyección, en otros (casos de Scarpa y Landolfi) se constataba en el intervalo de la sexta y duodécima hora.

En lugar de esta reacción térmica, que no es constante, Geronzi y Rosso no la encontraron en ninguno de sus enfermos; se observaría en ciertos casos, un descenso de la temperatura que persistiría durante 48 horas y aún más (Tschigayew).

La elevación térmica, que determinaría la inyección de exudado pleural, según Gilbert, no sería exclusiva a los derrames de naturaleza tuberculosa.

Por el contrario, Landolfi cree que sería exclusivo a estos derrames y que se le observaría siempre y propone el método de Gilbert como un medio para dife-

renciar los exudados de origen bacilar, llamándolo auto-serodiagnóstico.

Jona cree que la elevación térmica, sin ser constante, en las pleuresias de ese origen sería en las que se le observaría con más frecuencia.

Los síntomas subjetivos (Bretón, Scarpa) se modificarían sensiblemente por la acción del tratamiento.

La opresión y la puntada de costado se atenuarían en su intensidad o desaparecerían por completo, traduciéndose ese resultado en el enfermo por un marcado y ostensible bienestar.

Esto ocurre con frecuencia después de la primera inyección.

La curva térmica se vería influenciada por efecto del tratamiento (Marcou).

Este experimentador ha observado en los enfermos tratados por él, que la línea térmica oscilaba por debajo de los límites corrientes y que el descenso definitivo se realiza antes del término habitual.

El pulso y los movimientos respiratorios son menos frecuentes y la dispnea menos intensa después de la primera; otras veces de la segunda inyección (Bretón).

Bretón dice que es tan rápido y sensible este resultado, que es lógico pensar que más bien es debido a una acción directa del líquido inyectado sobre los aparatos circulatorio y respiratorio que a la acción indirecta que ejerciera sobre ellos, disminuyendo la cantidad de líquido contenido en la cavidad pleural.

La reabsorción del derrame en las formas agudas, cuando el tratamiento se instituye en la faz en que el líquido está estacionado, se realiza con frecuencia en un término que oscila entre 6 y 10 días (Gilbert).

En otros casos, el líquido desaparece más lentamente y su completa desaparición tarda de 15 a 20 días en producirse.

En general, la rapidez de la reabsorción depende de la precocidad con que se ha empleado el tratamiento.

La autoseroterapia no acelera en todos los casos la evolución de los exudados (casi todos los enfermos tratados por Mongour y Gentes y buen número de otros).

En las formas crónicas de las pleuresias a frigore y de los tuberculosos, el método de Gilbert ha dado en algunos casos buenos resultados.

En algunos de estos casos en que la toracentesis no había logrado sino una transitoria desaparición del derrame, que después había recidivado la autoseroterapia obtuvo ese resultado de una manera definitiva, en un tiempo relativamente corto.

Las lesiones pulmonares concomitantes en las pleuresias de los tuberculosos se modificarían favorablemente por el empleo de este método (casos de Scarpa).

Marconi hubiera obtenido resultados semejantes en la casi totalidad de sus enfermos y lo que es más importante, aunque no lo dice explícitamente, no constató

en los enfermos de pleuresia a frigore, que él tratara por este método, lesiones de tuberculosis pulmonar al cabo de uno y dos años de haberlos dado de alta.

En algunos tuberculosos con derrame pleural tratados por la autoseroterapia se observaría, por el contrario, una aceleración en la marcha de los procesos pulmonares (casos de Garbarini y Rossi).

La diuresis bajo la acción de la autoseroterapia aumentaría de una manera notable y casi siempre después de la primera inyección.

Es este, indudablemente, el efecto más constante que se obtiene por la aplicación del método.

Es frecuente ver duplicarse y aún multiplicarse la cantidad de orina en los pleuríticos tratados por la autoseroterapia, manteniéndose ese aumento durante muchos días después de una sola inyección.

Este aumento de la diuresis ni es completamente desproporcionado a la disminución de la cantidad de exudado, ni guarda con frecuencia ningún paralelismo.

El aumento en la cantidad de la orina precede a menudo al indicio de la reabsorción.

Le Play supone, si no fundarlo, que la acción diurética de las inyecciones autoseroterápicas es debida a sustancias que encierra el exudado que obrarían sobre el epitelio renal.

Modo de acción de la autoseroterapia

Gilbert, al comunicar al Congreso de Medicina de Roma los resultados obtenidos por el método que lleva su nombre, en las pleuresias serofibrinosas declaró que no se explicaba el modo de acción de la autoseroterapia, calificándolo de misterioso.

Para Bretón, el exudado de las pleuresias tuberculosas debe considerarse, y esto lo aceptaba también Gilbert como una *dilución* de tuberculina. Y él entendía que los efectos que determinaba el empleo de la autoseroterapia eran debidos a la presencia de esa sustancia en el líquido inyectado.

Scarpa comparaba la acción del método de Gilbert en las pleuresias de origen tuberculoso a la del suero de Maragliano.

Para éste, el exudado de las pleuresias tuberculosas no sólo contiene tuberculina, sino que también anticuerpos, siendo por su acción conjunta, como deben explicarse los efectos que determina el uso de la autoseroterapia.

Para no incurrir en repeticiones y haciéndolo ex-

tensivo a las pleuresias de otro origen, diré que casi la totalidad de los que se han ocupado de autoseroterapia comparten fundamentalmente estas opiniones y consideran que por este método se hace pasar rápidamente al organismo si se compara con el pasaje lento de la reabsorción, sustancias inmunizantes que obran sobre el agente causal de la lesión modificarían, atenuando o curando, al proceso inflamatorio de la pleura.

La presencia de sustancias inmunizantes en el exudado de las pleurias tuberculosas, que en los inicios del método fué fundadamente presumida por los experimentadores, ha sido confirmada de una manera positiva por el laboratorio.

En efecto, Marmorek, aplicando la reacción de fijación de Gengour y Bordet al estudio de la sangre y de los exudados de los tuberculosos ha constatado la presencia de tuberculina en el 94 o/o de estos enfermos.

Widal y Bezangon empleando la misma reacción, de un modo inverso, demostraron que la sangre de los tuberculosos, aunque en una proporción menor que la anterior, contenía anticuerpos específicos.

¿Qué se puede esperar de la acción de esa tuberculina y de esos anticuerpos?

Y en el supuesto que fueran eficaces las cantidades que habitualmente se emplean en la inyección autoseroterápica, ¿serían suficientes?

Estos problemas, que entran en el complejo y difi-

el campo de la tuberculinoterapia y de la seroterapia tuberculosa, están todavía por resolver.

Es indudable que su dilucidación depende el porvenir de la autoseroterapia.

En esta hipótesis no se hace jugar ningún rol a la acción mecánica de la punción ni a la disminución del contenido pleural, haciendo depender de una manera exclusiva los efectos de la autoseroterapia, de las propiedades biológicas del líquido inyectado.

Sin embargo, Fede cree en la punción como factor mecánico; para Landolfi la extracción de una cierta cantidad de líquido juega un papel importante en la reabsorción de los exudados.

Fede ha observado en las autopsias que la pleura de los tuberculosos que habían sido puncionados para el tratamiento de los derrames que habían padecido, presentaba zonas rojas inflamatorias en torno de los puntos porque había penetrado la aguja.

Y piensa ese observador que la intensificación del proceso inflamatorio al nivel de esas zonas traería aparejada una mayor producción de sustancias inmunizantes, que pasando a la circulación en el momento de la reabsorción la acelerarían modificando la lesión pleural, determinando así su más breve terminación.

Pero parece lógico pensar que después de la punción, correlativamente a la mayor intensidad del proceso inflamatorio pleural, se debiera constatar un

aumento aunque fuese transitorio de la cantidad del derrame.

Sin embargo, ni Fede ni nadie hace mención de este hecho.

Landolfi entiende que en las aplicaciones de auto-seroterapia los dos tiempos que comprende la operación, es decir: 1.º la extracción de una cierta cantidad de líquido, y 2.º su inyección al tejido celular, tienen una acción diferente.

El primer tiempo provocaría la reabsorción del exudado y el segundo obrando sobre la lesión pleural, pondría término a la exudación e impediría su

Landolfi se funda para creer que la reabsorción del exudado se debe únicamente a la evacuación rápida de una cierta cantidad de líquido y por pequeña que ésta sea, en las observaciones siguientes:

A un pleurítico le extrae muy lentamente, lo que para él equivaldría a la supresión del primer tiempo, 1 cc. de líquido que después se lo inyecta en el tejido celular, sin que por ello se inicie la reabsorción del exudado.

Algunos días después, repite en la misma forma la operación, con idéntico resultado.

En estas condiciones y continuando estacionado el derrame, le retira 10 cc. de líquido, lo que determina la reabsorción gradual del derrame.

En otro enfermo, un tuberculoso con derrame en las dos pleuras, extrae de una de ellas, rápidamente, y

él llama rápido a la forma corriente de extracción, 1 cc. de líquido que inyecta en el tejido celular y observa en los días siguientes la reabsorción del derrame puncionado, mientras que el otro queda estacionado.

Días después, y por haberse detenido la reabsorción en la pleura que había punzado, repite la experiencia con igual resultado.

Dice Landolfi, que estas experiencias y el hecho conocido de todos, que la punción exploratriz en muchos casos provoca la reabsorción de los derrames, son pruebas suficientes de su afirmación.

Su hipótesis para explicar la reabsorción de los exudados es la siguiente:

La extracción brusca de un acierta cantidad de líquido, él da como ejemplo 5 cc., determina una disminución del volumen del contenido pleural, al que no puede adaptarse el continente, pues el pulmón congestionado o atelectasiado, ha perdido su elasticidad.

En esas circunstancias y por efecto de la decompresión hay un mayor aflujo de sangre a los vasos de las hojas pleurales que determina, al nivel de ellas, la secreción de un líquido seroso, pobre en sales y desprovisto de albúmina en cantidad equivalente al líquido retirado, al que substituye, colmando así el espacio que éste había dejado.

En estas condiciones se establecería, por efecto de la disminución de la cantidad de albúmina en el exudado, a través de las hojas pleurales, que él consi-

dera como una simple membrana animal, una más intensa corriente líquida, pues ya preexiste del exudado a la sangre de la hoja pleura.

Porque estando, dice Landolfi, los líquidos en un grado de concentración molecular, más o menos igual, la corriente va del que tiene menos moléculas albuminoideas (el exudado) al que tiene más (la sangre).

Las experiencias en que se funda Landolfi para sostener que la reabsorción de los exudados en los enfermos tratados por la autoseroterapia, se debe exclusivamente a la extracción de una cierta cantidad de líquido pleural y su hipótesis para explicar este hecho, ¿son aceptables?

En su primera experiencia la ineficacia del segundo tiempo es innegable y poco sorprendente; la autoseroterapia, estando lejos de ser infalible, pero para probarlos la eficacia del primer tiempo, lo que tampoco tendría gran valor, por ser muy conocido el hecho, que después de una simple punción exploratriz, en algunos casos inicia la reabsorción del derrame, debió extraer no 10 cc., sino uno solo, era la cantidad que había extraído para inyectar.

La segunda es incompleta, porque si bien es cierto que la inyección autoseroterápica no determinó la reabsorción del exudado en la pleura que no fué puncionada, él debió después, para que su experiencia fuese concluyente, puncionarla y haber observado si entonces se iniciaba la reabsorción.

Como si las experiencias fuesen más demostrativas, su número sería insignificante para lograr vencer.

Por ser pasible de esta última objeción no tiene más valor la siguiente experiencia de Searano, sosteniendo la tesis contraria:

A un enfermo con un exudado pleural de origen tuberculoso le inyecta 1 cc. de líquido pleural extraído de otro enfermo también tuberculoso (heteroseroterapia) y constata que el derrame, hasta ese momento estacionado, inicia su reabsorción, que completa en pocos días.

En cuanto a la hipótesis de Landolfi, no satisface porque él supone, como primera condición en los casos que a la extracción de líquido pleural sigue la reabsorción del derrame, una inadaptabilidad inmediata del contenido al continente, por la pérdida de la elasticidad pulmonar, pero por más absoluta que ésta fuese nada le permite suponer que las costillas y los espacios intercostales la hubieran perdido también y que, por lo tanto, pueden amoldarse a las modificaciones del contenido pleural.

Citaré una última operación, Marcou, que tiene en su haber el mayor número de casos tratados por la auto-seroterapia, no vé en ésta un modo de tratamiento es-

pecífico y dice que sin pretender explicar nada él supone que cualquiera sea el origen de la pleuresia con el método de Gilbert, se hace pasar a la circulación una substancia, que por darle un nombre llama "pleuritis", que sería la causa de la exudación, y que una vez en el organismo su presencia determinaría la formación de una "antipleuritis" que pondría término a la exudación, permitiendo la reabsorción del exudado.

Como se trata de una simple suposición, no creo indispensable el comentario.

Consideraciones sobre la duración de los derrames tratados por la autoseroterapia

Entre los resultados obtenidos por Gilbert, Scarpa y Bretón, por la aplicación de la autoseroterapia a las pleuresias con derrame el que justamente llamó la atención, fué la abreviación que en la evolución de los exudados determinaba su empleo.

En efecto, por muy estimables que fueran las modificaciones que sobre los síntomas subjetivos, puntada de costado, opresión, determinara la práctica de la autoseroterapia, así como la diuresis abundante que se constataba consecutivamente a su empleo era factible conseguir idénticos resultados por el uso menos sencillo de la medicación sintomática, en tanto que ninguno de los medios terapéuticos hasta entonces empleados había logrado reducir de una manera apreciable el término de duración de los exudados.

Por considerarla como la expresión de la acción ejercida por el tratamiento sobre el agente causal y sobre las lesiones por él determinadas y por lo que importaba en sí, esta abreviación en la duración de los exu-

ñ.

dados de las pleuresias a frigore y de los tuberculosos fué el objetivo principal con que aplicaron el método los continuadores de Gilbert.

Es que, *a priori*, y dejando de lado toda hipótesis sobre el modo de acción de la autoseroterapia, la menor duración del exudado supone disminuídos los peligros que para el enfermo entraña la larga permanencia de un derrame en la cavidad pleural. Me refiero a la mayor probabilidad de una infección secundaria con todas sus posibles consecuencias y a la formación de adherencias pleurales con las deformaciones torácicas y los trastornos funcionales que a menudo le suceden.

Ahora bien; bajo el punto de vista que nos ocupa en este capítulo, los resultados obtenidos hasta el presente por el empleo de la autoseroterapia en los numerosos pleuréticos tratados por este método confirman los que alcanzara Gilbert, Bretón, etc.

Desde la época en que Gilbert empleara por primera vez la autoseroterapia, su práctica, que hasta entonces se había limitado a las pleuresias a frigore y a la de los tuberculosos, se ha extendido al tratamiento de otros procesos inflamatorios pleurales con exudado y aun a los derrames mecánicos de la serosa (hidrotórax), y hoy contamos con un buen número de pleuresias reumáticas, sifilíticas, etc., tratadas por este método.

Esta circunstancia obligaría, para responder de una manera satisfactoria a la pregunta arriba formulada

y para el estudio útil de esta cuestión, a considerar por separado, de acuerdo con su etiología, a los casos tratados por el método de Gilbert.

Pero se puede contestar si las pleuresias a frigore, las reumáticas o cualquier otra tratadas por la autoseroterapia han sido abreviadas en su evolución.

Ante todo, es preciso tener en cuenta que no todos los pleuréticos dentro de una misma etiología el método ha sido aplicado en circunstancias análogas.

En ciertos enfermos las pleuresias serían una marcha aguda; otros eran a forma crónica.

Entre los primeros, e n algunos el tratamiento fué instituído en la faz de ascenso del derrame; en otros lo fué en la de estacionamiento o en la de descenso.

Estas variadas condiciones en que la autoseroterapia ha sido aplicada, nos conducirían a apreciaciones erróneas si considerásemos en bloc a todos los casos tratados aún dentro de una agrupación etiológica, y es forzoso consignar separadamente los resultados alcanzados por el método, teniendo presente las circunstancias apuntadas.

Encarada en esta forma la cuestión, parecería que bastase compulsar las observaciones indicadas para precisar los resultados alcanzados en las diversas formas de pleuresia por la autoseroterapia.

Sin embargo, estaría difícil por la dificultad de establecer un criterio racional bien fundado, que nos

permita decir cuándo y en cuánto ha sido abreviado en su duración un derrame.

¿Con qué criterio se han juzgado las modificaciones que en la duración de los exudados determinaría el empleo de la autoseroterapia?

Fundamentalmente, todos tienen cabida en estas dos fórmulas.

Se considerarán abreviados en su duración los derrames tratados por la autoseroterapia cuando el tiempo transcurrido desde su iniciación hasta su reabsorción es menor que el empleado por la media de los derrames que evolucionan espontáneamente.

Se considerará disminuída la duración de un derrame, toda vez que consecutivamente al empleo del método se ha iniciado la reabsorción del exudado hasta entonces estacionado y que aquella se ha cumplido en un tiempo relativamente breve.

Es indudable que en principio no puede ser otro que el que encierra la primera fórmula el criterio con que se debe juzgar las formas agudas de pleuresia tratadas por el método de Gilbert.

La dificultad está en establecer de manera aceptable dentro de qué límites de tiempo la mayoría de exudados en que se observa la expectación llegan a su completa reabsorción y en qué proporcionalidad se encuentran sobre el total de los casos.

Sin embargo, el fijar este término de comparación

sería la única forma de uniformar las apreciaciones sobre la eficacia del método de Gilbert.

Así, por ejemplo, Landouzy, comentando los resultados obtenidos por aquél, en su "*Traité de Médecine et Therapeutique*", no da importancia al término de tres semanas que pusieron para reabsorción los exudados que más se beneficiaron de la acción del tratamiento, pues él observaría con frecuencia en enfermos que sólo se hace medicación sintomática.

Es evidente que cierto número de pleuresias a frigore y tuberculosos, que son a que se refiere Landouzy, cumplen su evolución en el término de tres semanas y que, por lo tanto, puede ponerse en duda la eficacia de la autoseroterapia en los enfermos que bajo la acción del tratamiento de Gilbert la reabsorción del derrame se hubiese hecho en igual lapso de tiempo.

Pero si pensamos que aun los casos en que la acción del método de Gilbert pudiera parecer menos dis-
tinto, por ejemplo: pleuresia a frigore tratada por ese método que hubiese evolucionado en una semana es factible de la misma objeción, puesto que hay, si bien es excepcional, exudados de pleuresia a frigore que abandonados a su evolución natural en que la reabsorción del derrame es completa dentro de un término análogo, se convencerá que si se quiere llegar a establecer de una manera positiva si realmente la autoseroterapia acelera la marcha de los exudados en la necesidad de fijar el término de duración de los exudados que evolu-

cionan espontáneamente, ya sea indicando el promedio de duración de la mayoría de ellos o, lo que sería más ventajoso, señalar los límites medios de los que se podrían considerar de corta, media y larga duración, determinando su proporcionalidad para después referir a esas cifras comparándolas las que resultaran de la consideración del mayor número posible de pleuréticos tratados por la autoseroterapia.

A pesar de lo convencional del procedimiento y de la dificultad en ciertas formas de pleuresia de indicar cifras aceptables sobre el término de exudados, siempre es preferible y más concluyente que catalogar como bueno o malo un resultado por simples impresiones, muy contingentes basadas en la abundancia del derrame y en el estacionamiento más o menos prolongado del exudado.

En la segunda fórmula está el único criterio aplicable a las formas crónicas de pleuresias con derrame y por cierto con las conclusiones a que nos puede llevar son muy relativas.

Hay casos, es cierto, en que la acción del tratamiento parece evidente. Tal, por ejemplo, un derrame que desde seis o siete meses se encuentra estacionado y en que la toracentesis repetida varias veces no ha logrado ningún resultado y que bajo la acción de la autoseroterapia desaparece al cabo de diez o quince días después de practicada la primera inyección.

Pero en la mayoría de los enfermos los hechos no

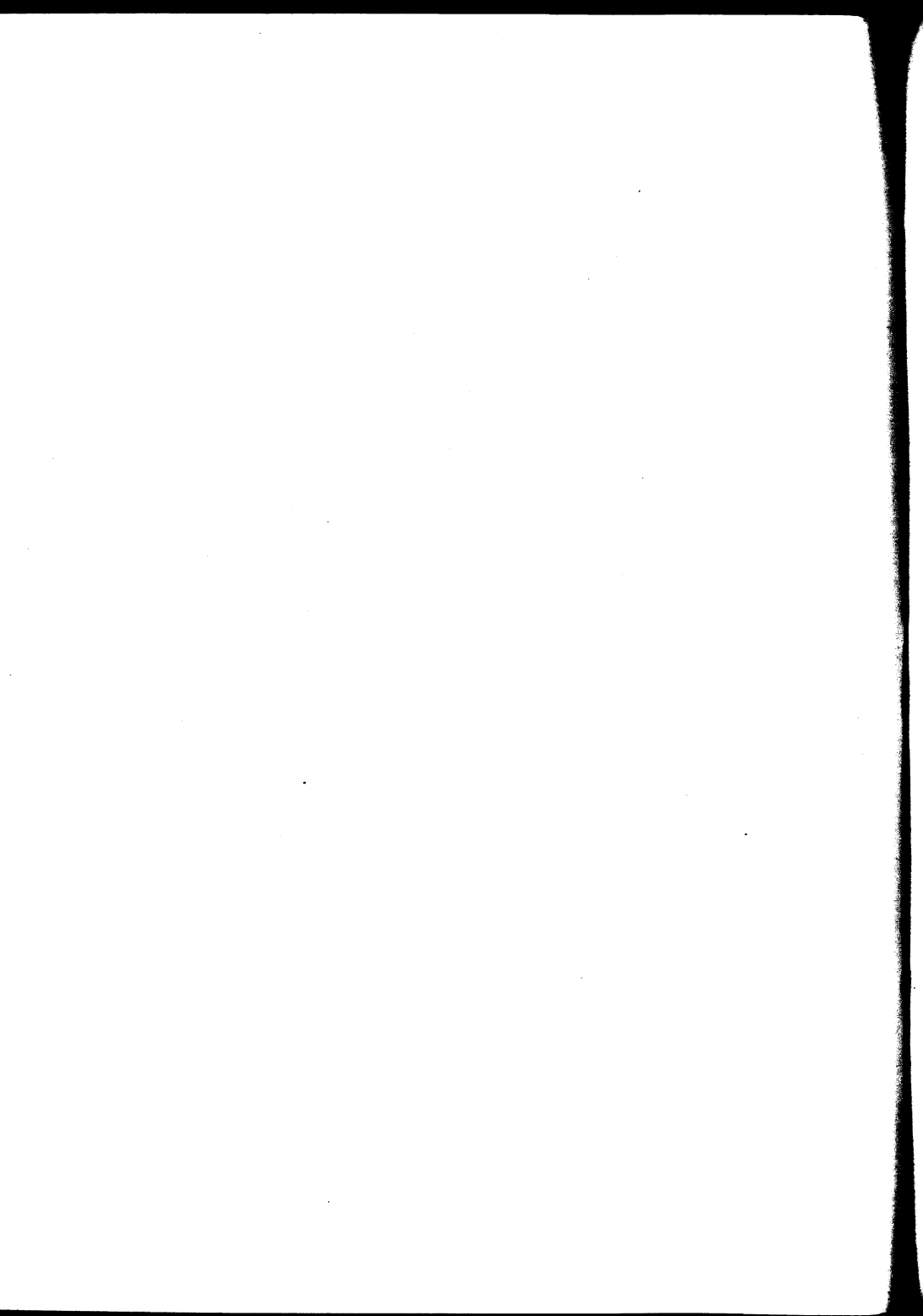
ocurren en forma tan evidente y no es sin grandes reservas que se les puede considerar como felices resultados del tratamiento.

Mi propósito fué de finalizar este capítulo indicando en forma de porcentaje cuál era el número de pleuresias tratadas por la autoseroterapia y dentro de cada agrupación etiológica y de evolución que habían evolucionado en un plazo más breve que el que, según las opiniones más autorizadas, lo hacen la generalidad de los derrames que evolucionan espontáneamente.

Me veo en la imposibilidad de hacerlo por el reducido número de observaciones detalladas que han sido publicadas, circunstancia que le restaría valor al resultado.

Habiéndose empleado en este tratamiento dosis diversas ¿no pueden éstas haber influido en los resultados?

Es posible, pero la técnica, no descansando sobre bases sólidas, nadie puede decir cuáles han sido las más acertadas.



OBSERVACION I

Servicio del doctor M. Barros.

M. B., francesa, 38 años.

Ingresó en el hospital el 9 de Abril de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace un año tuvo una hemóptisis, acompañada de tos y temperatura que le obligó a guardar cama durante quince días.

Desde entonces, dice haber adelgazado bastante, continuando siempre con un poco de tos.

Enfermedad actual. — El día 4 de este mes sintió una violenta puntada debajo del seno izquierdo y dificultad respiratoria que se acentuó en los días siguientes, lo que la determinó a ingresar al hospital. Ha tenido fiebre y tos.

Estado actual. — Presenta los signos de un derrame libre en la pleura izquierda, cuyo nivel alcanza por detrás la espina del omóplato.

Los tonos cardíacos y la gran matitez denotan una desviación del corazón, aunque no muy acentuada.

En el vértice del pulmón izquierdo se oye una res-

piración ruda. La orina, el día de su entrada, no alcanzó a un litro en las 24 horas.

Al día siguiente se le hace una inyección autoseroterápica de 1 cc.

Con otro centímetro de líquido, que se le había retirado, y que era serofibrinoso, se busca la forma leucocitaria, que denotó un predominio marcado de linfocitos.

La reabsorción se inició dos días después de la inyección, completándose en el término de ocho días.

La temperatura, que en los tres primeros días de su permanencia en el hospital, osciló entre 37.5 y 38.5, descendió paulatinamente, para caer definitivamente al sexto día.

La orina, que al día siguiente de la inyección alcanzó 1500 cc., aumentó el tercer día a 2500 cc., manteniéndose esa cantidad hasta después de la desaparición del derrame.

El examen de los esputos demostró la presencia del bacilo de Koch.

La desaparición del derrame se controló por la punción exploratriz.

Diagnóstico. — Pleuresia tuberculosa.

OBSERVACION II

Consultorio externo.

J. M., español, 24 años. 18 de Mayo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido en el mes de Febrero un fuerte resfrío y mucha tos, que le duró aproximadamente tres semanas.

Estando ya repuesto, aunque había adelgazado bastante, después de un fuerte escalofrío ha sentido una intensa puntada al costado, acompañada de opresión, que le obligó a guardar cama.

Tuvo fiebre y tos, con raros esputos sanguinolentos.

El médico que lo asistió le dijo que se trataba de una neumonía, y como días después se encontrara mejor, lo envió al campo para su convalecencia.

Enfermedad actual. — Desde hace ocho días siente una puntada debajo de la tetilla izquierda y ligera dispnea de esfuerzo, que no le molestan mayormente, permitiéndole atender sus ocupaciones. Muy poca tos.

Estado actual. — Temperatura, 37.8. Al examen del aparato respiratorio se constata la presencia de un de-

rarme libre en la cavidad pleural izquierda, que alcanza por detrás hasta dos traveses de dedo por debajo de la espina del omóplato. El espacio de Traube no está ocupado.

El corazón no está desplazado. El vértice pulmonar izquierdo es sospechoso.

Se le retira de la pleura 3 cc. de un líquido serofibrinoso, de los cuales se le inyectan 2 cc. en el tejido celular.

Con el otro se determina la forma leucocitaria, que es francamente a linfocitos.

El análisis de los esputos no revela el bacilo de Koch.

El enfermo por circunstancias que no interesan al caso, no vuelve al consultorio sino 18 días después.

Se le examina, y los signos físicos indican la desaparición del derrame, que confirma la pantalla radioscópica.

Diagnóstico. — Pleuresia probablemente de origen tuberculoso.

OBSERVACION III

Servicio del doctor Caplane.

L. T., 52 años, francés.

Ingresa al hospital el 14 de Abril.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tiene una sífilis que data de cerca de 20 años.

Hace dos meses ha estado en el hospital, donde se le trató una aortitis y un derrame serofibrinoso del lado izquierdo, que se imputaron a la enfermedad.

Bajo la acción del tratamiento mercurial (fricciones), desapareció el exudado y se atenuaron los trastornos funcionales y subjetivos de su aortitis.

Enfermedad actual. — Hace dos días siente un dolor punzante en el lado izquierdo del tórax, por debajo del ángulo del omóplato y dificultad respiratoria durante la marcha.

Estado actual. — El examen del enfermo denota la presencia de un derrame libre en la pleura izquierda.

La matitez y los demás signos físicos señalan su límite, por detrás, a un través de dedo por debajo de la espina del omóplato.

A la auscultación del corazón, se oye un soplo sistólico, que se localiza en el foco aórtico.

La percusión, indica una ligera desviación de esta viscera. Los trastornos funcionales son poco acentuados.

En la punción exploratriz se retiró un líquido sero-fibrinoso de la pleura izquierda. El examen microscópico revela una fuerte proporción de linfocitos y la presencia de numerosas células endoteliales.

El examen de la orina no indica nada anormal.

En los esputos no se encuentra el bacilo de Koch.

Creyendo siempre en el origen sifilítico del exudado, se le hace una serie (10) de fricciones mercuriales, sin lograr modificar la abundancia del derrame.

En estas condiciones se ensaya el empleo de la autoseroterapia y se le inyecta con ese fin 2 cc. de líquido pleural.

Tres días después se inicia la reabsorción, que hace descender el límite de la matitez en dos traveses de dedo en el término de dos días.

Como la reabsorción se detuviera 10 días después, se le hace una nueva inyección, esta vez de 20 cc.

Desde ese momento la reabsorción completa se realizó paulatinamente en el transcurso de quince días.

La diuresis aumentó después de la primera inyección y se mantuvo elevada durante todo el curso de la enfermedad.

Diagnóstico. — Pleuresía sifilítica.

OBSERVACION IV

Servicio del doctor Barros.

N. S., española, 27 años.

Ingresó el 23 de Mayo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo sarampión en la infancia.

Ha sufrido de paludismo, tercianas, en la provincia de Jujuy, donde reside.

Hace dos meses dió a luz un feto muerto, macerado, de siete meses de gestación.

Desde el día anterior al alumbramiento hasta el 10 del corriente ha estado en hiposistolia, como consecuencia de una lesión mitral que padece.

Enfermedad actual. — Hace 5 días, convaleciente todavía de su enfermedad anterior, ha sentido debajo del seno izquierdo una fuerte puntada que hacían más intensa la tos y los movimientos respiratorios profundos y que fué precedida de un violento escalofrío.

Ayer, sintiéndose agravada, ha decidido ingresar al hospital.

Estado actual. — Presenta los signos de un abundante derrame de la cavidad pleural izquierda.

En efecto, el límite de la matitez y de los signos estetoscópicos están por encima de la espina del omóplato; el espacio de Traube está ocupado y la percusión por debajo de la clavícula da una obscuridad marcada.

La auscultación del corazón denota la existencia de una insuficiencia mitral, que en este momento está compensada.

A pesar de la doble circunstancia, exudado pleural izquierdo abundante y lesión orificial, que imponían la toracentesis, ensayamos la autoseroterapia, sin tener que arrepentirnos del resultado.

Al día siguiente de haberle inyectado 2 cc. de exudado, que fué el día de su ingreso, la reabsorción se inició y progresando rápidamente el líquido desapareció definitivamente 15 días después de la primera inyección.

En la esperanza de acelerar la reabsorción del derrame, se repitieron las inyecciones de exudado, el sexto y el noveno día de su permanencia en el hospital.

La temperatura, que había oscilado alrededor de 38° en los primeros días de su ingreso, cayó definitivamente en el curso del sexto día.

La diuresis que aumentara desde el día que siguió a la inyección, se mantuvo siempre elevada.

Diagnóstico. — Pleuresia probablemente de naturaleza tuberculosa.

OBSERVACION V

Servicio del doctor Barros.

R. S., francés, 36 años.

Ingresó el 16 de Enero.

Antecedentes hereditario y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Dice el enfermo, que después de una fuerte mojadura comenzó a toser, sintiendo una puntada en el lado izquierdo, que se acentuaba con la tos y los movimientos respiratorios profundos.

El médico que lo asistía le hizo guardar cama, constatando días después la presencia de un derrame pleural izquierda que alcanza por detrás hasta un través hasta el día de su ingreso al hospital.

Estado actual. — Derrame libre de la cavidad pleural izquierda que alcanzó por detrás hasta un través de dedo por debajo de la espina del omóplato.

El espacio de Traube está ocupado y el corazón bastante desviado.

Se le extrae de la cavidad pleural un líquido sero-fibrinoso, del que se le inyectan 2 cc. en el tejido celular.

El examen histológico del exudado denota una marcada linfocitosis.

En los esputos no se encuentra el bacilo de Koch.

Dos días después de la inyección el derrame ha progresado y su nivel está por encima de la espina del omóplato.

Al día siguiente, constatándose un nuevo aumento en la cantidad de líquido, se le practica una toracentesis, con la que se retira 800 cc. de exudado serofibrinoso.

En los días siguientes, a pesar de habérsele hecho dos inyecciones autoseroterápicas de 2 cc. cada una, el líquido asciende lentamente hasta alcanzar su posición primitiva.

Estacionado durante tres días en el límite anterior, vuelve a ascender, lo que determina una nueva extracción de líquido, que esta vez es de 1200 cc.

Desde ese momento, el derrame desaparece gradualmente, siendo completa su reabsorción, controlada por la punción exploratriz, 34 días después de iniciada la enfermedad.

La cantidad de orina, que antes de su ingreso al hospital no alcanzaba a un litro, aumentó después de la primera inyección y osciló alrededor de 1500 cc. durante todo el curso de la enfermedad.

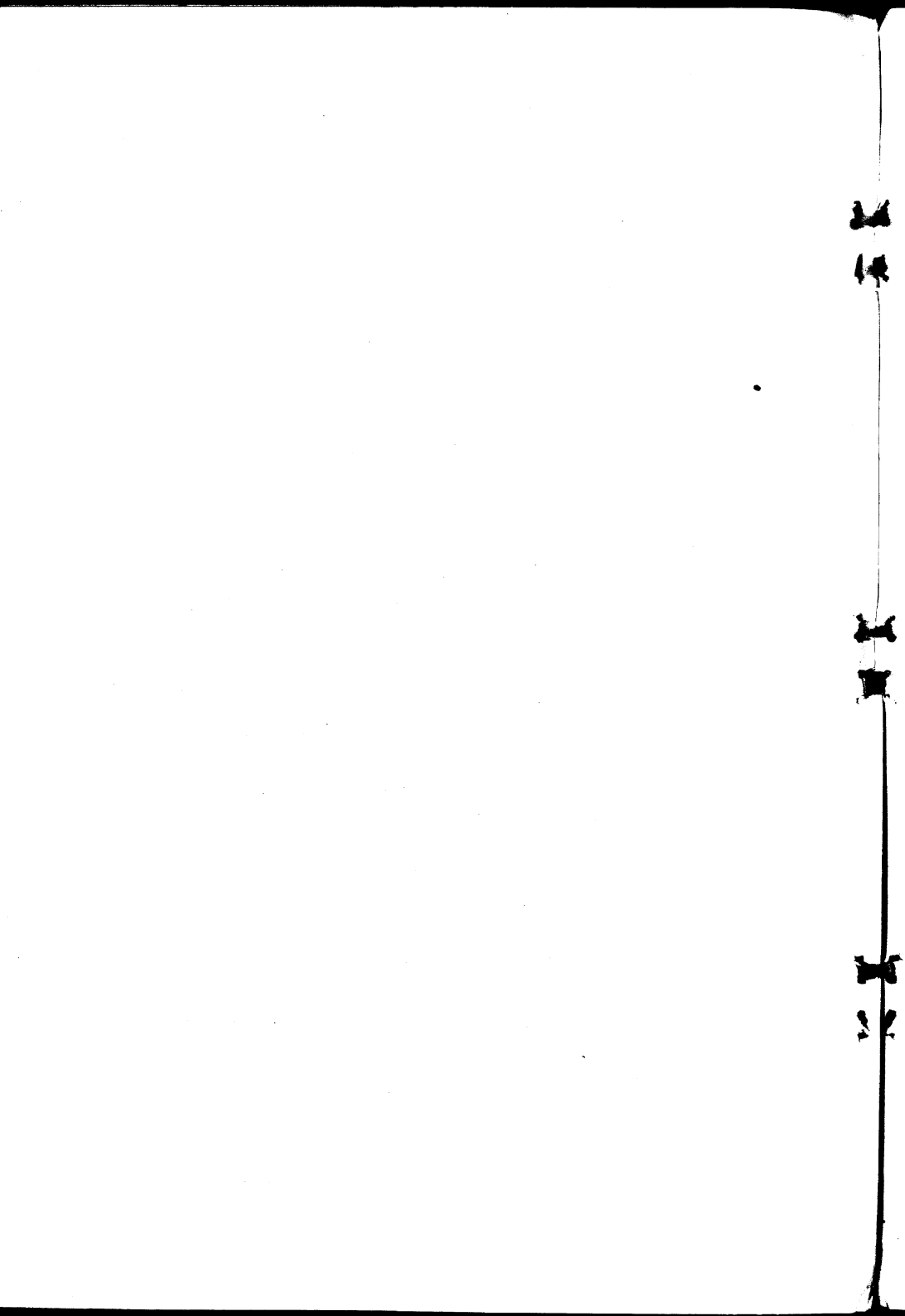
La temperatura no sufrió modificación apreciable.

Diagnóstico. — Pleuresia a frigore, probablemente de naturaleza tuberculosa.



BIBLIOGRAFIA

- Bretón A.* — Gazette des Hopitaux, 1899.
- Brouardel et Gilbert.* — Traité de medecine.
- Donzello.* — Gazette degli Ospedali e delle Cliniche, 1903.
- Enríquez M.* — Bull. et memoires de la Société medicale des
Hopitaux de Paris, 1909.
- Fede.* — La Riforma medica, 1906.
- Gauttier R.* — Bull. de therapeutique, 1909.
- Jona.* — Gazette degli Ospedali e delle Cliniche, 1907.
- Landolfi.* — Riforma medica, 1904.
- Jona.* — Gazette degli Ospedali e delle Cliniche, 1907.
- Marcou.* — Presse Medical, 1909.
- Mongour et Gentes.* — Semaine Medicale, 1900.
- Nasetti.* — Riforma medica, 1908.
- Recklin.* — Revue Internationale de Chirurgie et de therapeutique.
- Rossi e Garbarini.* — Gazette degli Ospedali e delle Cliniche, 1901.
- Scarpa.* — Atte dello VII Congresso di medecine interna di
Roma.
- Schnütgen.* — Berliner Klinische Wochenschrift, 1909.



Buenos Aires, Octubre 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcial V. Quiroga al profesor extraordinario Dr. Patricio Fleming y al profesor suplente Dr. Pablo J. Morsaline para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Porque no se curan las pleuresias con derrame con la autoseroterapia.

M. V. QUIROGA.

II

Del empleo de la autoseroterapia en el tratamiento de la peritonitis tuberculosa con gran derrame.

P. FLEMING.

III

¿La autoserapia cura en realidad, o bien en los casos aparentemente felices procura una mejoría, una especie de retardo en la marcha de la enfermedad?

P. J. MORSALINE.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2890 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

30453



