

OBSERVACIONS BACTERIOLOGIQUES EN PLEURESIES SERO-FIBRINOSES

pel Dr. JOSEP ARGEMÍ LACOMA

Director del Cos Mèdic Municipal de Sabadell.— Director del Laboratori Químic i
Bacteriològic del Partit

No és el meu objecte posar a l'elevada consideració d'aquesta assemblea un tema nou, ni aportar noves observacions fins avui desconegudes. Les observacions per mi fetes en malalts de Sabadell, que tinc l'honor de presentar, venen a demostrar que no són tan freqüents com s'ha vingut a suposar les pleuresies sero fibrinoses, degudes a microorganismes diferents del bacil de Koch.

Les pleuritis o inflamacions pleurals són més freqüents del que el clínic o metge pràctic suposa; poques són les autòpsies practicades en individus de més de 20 anys en què no es trobi alguna que altra adherència entre les dues fulles de la pleura; naturalment que segons els coneixements científics actuals aquestes adherències suposen inflamacions o lesions flogístiques, donada la freqüència de les quals és lògic de suposar que moltes han de passar desapercebudes clínicament.

L'edat en què amb més freqüència solen presentar-se les infeccions de la pleura és en la infància, pubertat i en la vellesa; tinc una observació molt curiosa feta en un nen de 6 setmanes, la infecció pleural del qual fou causada pel neumococ, curada per l'autoseroteràpia (calentada a fi de matar dits cocs).

La manera de fragar-se les bactèries en la cavitat pleural, és avui ben coneguda, no solament les produïdes per propagació de la infecció d'un orgue veí, com el pulmó, el mediastí, el fetge, el ronyó, l'apèndix, els ovaris, etc., les produïdes per me-

tàstasis, així com també les primitives, idiopàtiques o dites també *a frigore*.

Altrament hi ha mantes pleuritis que malgrat semblin primàries no ho són en realitat, puix les bactèries no es localitzen en la pleura sinó secundàriament; l'important és saber, com se veurà en aqueix treball, que aquestes pleuresies, les quals LANDOUZY va sentar la conclusió que el 98 % eren de naturalesa tuberculosa i que el 6 % de tots els tuberculosos sofrien les denominades pleuresies per refredament; que NETTER, a l'igual, afirma que un 70 80 % de totes les pleuresies idiopàtiques són tuberculosos, i que ASCHOFF i altres no reconeixen altra naturalesa que la tuberculosa en aquestes pleuresies dites *a frigore*, són afirmacions aquestes que jo crec exagerades.

Les observacions que a continuació descriu, són en nombre de 27 i fetes en el termini de 6 anys, de 1914 fins avui, en malalts d'aquesta ciutat, de la meua visita particular i també de malalts d'altres companys que he vist en junta. No descriuré la història clínica de cada malalt, per a no fer pesat aquest treball; parlaré de ço més rellevant d'algun cas.

D'aquestes 27 observacions, en tres vàrem trobar el bacil de Koch en el líquid pleural centrifugat; en 8 el diagnòstic de tuberculosi es va comprovar per les inoculacions del líquid en els cobais, i en 4 per l'examen histopatològic del suc pleural; de manera que de les 27 observacions en varen resultar tuberculosos o probablement tuberculosos 15, o sigui el 55'55 %. Vàrem trobar en 4 l'estreptococ, ja per l'examen bacterioscòpic ja pel cultiu, o sigui el 14'81 %; el coli-bacil el vàrem aïllar o veure en la platina del microscopi en tres observacions, o sigui l'11'12 per 100; també en tres observacions vàrem comprovar la presència del neumococ, 11'12 % (de les 27 observacions); el bacil Eberth el trobàrem en un sol cas, i també en un sol cas hi trobàrem el *micrococcus melitensis*, o sigui el 3'70 % de les dues observacions descrites, respectivament.

Totes aquestes pleuresies foren de començament ràpid, i, com queda dit, sero-fibrinoses, almenys en el seu començament. En les estreptocòciques i coli-baciliars, els primers símptomes foren ja pleurítics; en l'historial patològic, tant individual com familiar, no res a remarcar; dues d'aquestes pleuresies, com més avall relatarem, acabaren fent-se purulentes espontàniament. De les pleuresies en què la infecció de la pleura va ésser deguda al neumococ, tinguérem com antecedents personals en un dels

casos, dues broncopneumònies; en l'altre, una, i no cap antecedent al tercer; la broncopneumònia que datava de menys temps, era d'un any. La pleuresia descrita deguda al *micrococcus melitensis*, cap antecedent personal; quant als de la malaltia, s'exclamava que feia alguns mesos que no estava gaire bé, tenia dolors, esgarrifances de fred i suava molt a les nits; hemocultiu negatiu, sero-aglutinació (pel *m. melitensis*), aglutinació positiva al 1/500. El malalt afecte de pleuresia eberthiana, sens altre antecedent que un poc de desgana i demacració força manifesta feia més d'un mes; hemocultiu negatiu; positiva al 1/300 l'aglutinació per l'Eberth, portador de gèrmens bilio-fecals.

Les pleurèsies tuberculosos quasi totes acabaren per la resolució, en dos o tres casos no vaig poder acabar la seva assistència per haver-se absentat els malalts d'aquesta ciutat. Tinc dos casos molt curiosos de pleurèsies tuberculosos en el curs de l'embaràs, una de les malaltes als sis mesos, l'altra als set d'embaràs, totes acabaren molt bé, la resolució fou completa abans del part, podent-se criar els seus fills esplèndidament; les dues amb retracció costal, en una molt pronunciada, aquesta passà la grip posteriorment, que encara que fos greu, sortí d'ella curada.

Es curiós fer constar que un dels altres pleuritics (pleuresianeumocòica) acabà sent tuberculós, no immediatament, puix la pleuresia que semblava que anava resolvent-se molt paulatinament, altes temperatures i una forta hemoptisi, va ésser el preludi d'una fímia pulmonar aguda, que acabà abans de dos mesos amb el malalt. Com se veu en aquest cas la tuberculosi va ésser consecutiva a la pleuresia; la compressió del pulmó per l'exsudat de la pleura, va oferir condicions favorables per a la implantació tuberculosa? o bé la insuficient ventilació donà un terreny favorable al bacil de Kock, que ja estava en les vies respiratòries (a l'ensem o abans d'iniciar-se la pleuresia) esperant una oportunitat per al seu desenrotllament, o havent començat la tuberculosi encar que no d'una forma aparent, actuant, per tant augmentant la pleuresia, les causes predisposants.

Les pleurèsies no tuberculosos varen acabar per la resolució menys en dos casos que acabaren fent-se purulentes, l'una era estreptocòica, i era coli-bacilar l'altra, en ambdues es practicà l'Eslander; en la coli-bacilar, després d'una llarga sèrie de toracocentesis i una volta convertida en purulenta, es practicà

la costotomia, fent-se-li dues o tres intervencions a fi d'agotar la supuració, malalt que a l'últim no pogué salvar-se.

Les tuberculoses foren tractades per l'auto-seroteràpia i algunes amb tònic i tuberculines quasi totes.

Les estrepto i pneumocòciques també per l'auto-seroteràpia escalfant prèviament el sèrum o pel sèrum de cavall antipneumocòcic o antiestreptocòcic respectivament. Les altres foren tractades per les auto-vacunes o vacunes stok. El cas relatat de pleuresia coli-bacilar, convertida en purulenta, va ésser una de les tractades per l'auto-seroteràpia sense cap resultat, no se li varen provar les auto-vacunes, la intervenció en aquest malalt li fou practicada a l'Hospital de la Sta. Creu, no podent seguir punt per punt el malalt com hauria sigut el meu desig.

És d'importància fer constar que les pleuresies sero-fibrinoses de començament, poden convertir-se en purulentes espontàniament i per tant no hi ha res que justifiqui que les pleuresies convertides en purulentes, ho siguin per una infecció secundària, forçosament, (com hi ha cirurgians pràctics que així ho creuen).

Es un gran col·laborant, no sols per a fer un just diagnòstic, sinó també per a fer el pronòstic de les pleuresies, recórrer a l'examen histo-patològic del líquid sero-fibrinós, podent així presumir les pleuresies que es convertiran en purulentes espontàniament.

No cal fer esment, per ésser sobradament sabut, que tant per a l'examen bacteriològic, com per al citològic serà convenient la centrifugació del líquid amb tubs esterilitzats, així com fer de seguida les inoculacions i els cultius, l'examen microscòpic en fresc i per les diferents coloracions bacteriològiques, etc.

També és ben comprovat i sabut en ço que a examen citològic es refereix, que la presència de molts limfocits i de poques cèl·lules endotelials és una presumpció ben fundada que la pleuresia serà tuberculosa. En el començament d'algunes pleuresies fímiques s'hi troben, encara que no molts, leucocits polinuclears, que van desapareixent, deixant el camp lliure per als limfocits. En les altres pleuresies els leucocits dominants són els polinuclears; en les pleuresies en què hi ha manca absoluta de limfocits i en canvi s'hi troben eritrocits, es pot pensar que la pleuresia, serosa macroscòpicament, es convertirà en purulenta d'una manera espontània en més o menys temps, essent un bon indicador que d'una punció a l'altra els polinuclears

han augmentat. Quan els elements morfològics dominants, fora de les bactèries, són cèl·lules endotelials fan descartar la pleuresia fímica.

Crec que de tot l'exposat se'n poden deduir les següents

CONCLUSIONS

1.^a Les pleuresies sero-fibrinoses no tuberculoses són més abundants del que sembla i del que fins avui ens han assabentat els autors;

2.^a Les pleuresies no tuberculoses poden donar lloc a tuberculosis pulmonars;

3.^a Les pleuresies sero-fibrinoses, algunes acaben en purulentes espontàniament, sense haver de recórrer necessàriament a la suposició d'una infecció sobrevinguda per falta de cura o de tècnica en practicar la punció exploradora o buidament de la pleura per la toracocentesi; i

4.^a S'ha de recórrer sempre a tots els mitjans diagnòstics i principalment a les investigacions bacteriològiques i histopatològiques, les quals ens orientaran, no solament en el precís diagnòstic, sinó també en el pronòstic i tractament.