

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL



COMISION DE REDACCION

PROFESORES:

Dr. Teodoro Maldonado C.
Dr. Vicente de Santistevan E.
Sr. Francisco Manrique
Dr. Alberto L. Rigail

ESTUDIANTES:

Sr. César Ricardi Drouet
Sr. Alfonso Martínez Aragón

AÑO VI.—NUM. III
Setiembre—Diciembre
1935.

SUMARIO.

- 203 Sr. Eduardo Ortega M. — Contribución al estudio y práctica de la Frenicectomía y Toracoplastia en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pleuro-pulmonar. 403-491.
- 209 Ldo. Sr. Leonidas Ortega M. — Discurso. 494-496
- 208 ✓ Prof. Sr. M. Foster. — Plantas Hidroeléctricas. 497-503
- 206 ✓ Dr. Ernesto Grossmann. — Métodos físicos utilizados en el servicio de explotación de las minas 504-506
- 207 ✓ Prof. Dr. Aquiles C. Rigail. — Lecciones de Botánica Médica y Farmacéutica. 507-511
- 208 { Acuerdo. 512-515.
{ Acuerdo.
- 209 ✓ Sr. Carlos Garcés. — La elección de Ministros en la nueva Carta Constitucional, ¿debe hacerse según el sistema Ejecutivo, según el sistema parlamentario o según el sistema de Gabinete? 516-533
- 210 Acuerdo. 534-535
- 211 — Prof. Dr. Vicente de Santistevan Elizalde. — Discurso. 536-537
- 212 — El Aniversario de la Universidad. 538-540
- 213 — Oficio del Sr. Rector de la Universidad. 541-542
- 214 — Día de la Universidad. 543
- 215 — Programa. 544
- 216 { Texto del Diploma. 545-548
{ Texto del Diploma.
- Veredicto del Jurado calificador.
- 217 ✓ Prof. Dr. Héctor M. Cabezas. — La influencia del oro en diversas actividades. 551-559
- 218 — Licenciado Sr. Leonidas Ortega M. — Conferencia. 560-572
- 219 — Prof. Ingeniero Sr. Augusto de Aguirre H. — Discurso. 573-576
- Biblioteca de la Universidad de Guayaquil.
- 20 E { 577 Gabinete Dental de la Universidad del Guayas.
N { 588 Laboratorio de Química Inorgánica, Orgánica y Analítica. 577
F { Universidad de Guayaquil. — Laboratorio de Química Biológica. 580
O {
R {
H {
E {
221. Gabinete de Anatomía Patológica e Histología Normal.
Anfiteatro Anatómico "JULIAN CORONEL".
Crónica Universitaria. 589-592

REVISTA
DE LA
UNIVERSIDAD
DE
GUAYAQUIL



TOMO VI

AÑO VI.—NÚMERO 3.
SETIEMBRE—DICIEMBRE

1935.

REVISTA
DE LA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Año VI

Guayaquil, Diciembre 31 de 1935.

Núm. 3.

Contribución al estudio y práctica
de la Frenicectomía y Toracoplastia
en el tratamiento quirúrgico
de la tuberculosis pleuro-pulmonar

Tesis previa al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía
sustentada por

EDUARDO ORTEGA M.

Guayaquil, Noviembre 4 de 1.935.

DEDICATORIA

A mis padres: Con gratitud y afecto.

A mi maestro, el Director de esta Tesis, Dr. Teodoro
Maldonado Carbo.

Al Dr. Juan E. Verdesoto, Profesor de Radiología y Fisioterapia de la Universidad de Guayaquil, a quien agradezco, su importante colaboración, en la dirección de la parte radiológica de esta disertación.

A los Dres. L. Izquieta Pérez y G. A. Fassio, en cuyos servicios clínicos he hecho parte de mi práctica hospitalaria.

A Carlos Calero Molina y Aníbal L. Díaz, compañeros desde el Colegio.

Mui cordialmente: para

Jorge Higgins, Francisco Cordero, Enrique Boloña, Pedro Alava, Humberto Molina, Alamiro Carreño, Enrique Merchán, Víctor H. Gavilanes, con quienes he terminado mis estudios médicos.

La responsabilidad por los hechos, ideas y doctrinas expuestos en esta tesis, corresponde exclusivamente al autor.

PRÓLOGO.

Presentar un trabajo teórico-práctico, sobre un tema relacionado con nuestros estudios, es lo que nos pide la Universidad de Guayaquil, a quienes aspiramos al noble ejercicio de la Medicina.

Un trabajo escrito, es siempre una constancia de la capacidad y preparación de quien lo hace y esto sólo basta para considerar, cuantas preocupaciones habrán significado para un espíritu pletórico de ilusiones, el tener que desarrollar una tesis, agotando los temas en toda su amplitud y con la aspiración de querer hacer algo completo y al abrigo de toda crítica: ¡vano empeño! No basta el entusiasmo ni la intención: a la insuficiencia de mi preparación científica, agreguemos los defectos propios de nuestro medio y las condiciones generales que todavía dificultan entre nosotros el desarrollo de la medicina, para podernos explicar el poco valor que tiene el presente trabajo, no obstante significar un paso bastante notable dado por la Cirugía de nuestros hospitales.

Cábeme el orgullo de haber actuado de ayudante en las primeras toracoplastias hechas en el Ecuador por mi maestro el Profesor Teodoro Maldonado C., y, como un acto de estricta justicia, dejo constancia aquí del mérito que le corresponde a quien supo ser dilecto amigo y Profesor doctor Julián Sánchez, que no hace mucho tiempo, presentó a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en asocio con el Profesor Alfredo Valenzuela, una valiosa comunicación sobre los primeros casos de frenicectomías, hechas en Guayaquil.

Cuando solicité a la Honorable Facultad de Medicina, su asentimiento para escribir mi tesis doctoral, haciendo de ella una contribución al estudio y práctica de la frenicectomía y toracoplastia en la terapéutica quirúrgica de la tuberculosis pleuro-pulmonar, no me guió otro afán que el de procurar la más amplia aplicación en nuestro medio de dichos procedimientos terapéuticos, asociando mis actividades, desarrolladas durante algún tiempo en el terreno de la cirugía, a las labores de los médicos y compañeros estudiantes que se han dedicado a la colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar.

Relativamente, muy poco tiempo tiene de introducido en el arsenal de nuestros recursos terapéuticos, el neumotórax artificial, el primero y el de más extensas aplicaciones terapéuticas. Sinembargo de ser "el progreso más considerable a que

jamás llegó la tisioterapia" (E. Rist), debemos convenir que con él no hemos adquirido todavía un procedimiento específico o eficaz para las múltiples formas de la tuberculosis pulmonar.

Enfermedad única en su etiología, multiforme en sus aspectos clínico, anatómico y radiológico, variable en lo que se refiere a la relativa falta de permanencia y fijeza de sus tipos clínicos, distintos por sus tendencias evolutivas; cada modalidad de la tuberculosis pulmonar es la resultante de múltiples factores: la virulencia del germen, la edad del enfermo, el sexo y especialmente en la mujer, los múltiples aspectos de las defensas orgánicas, en las diferentes fases de su ciclo genital: menstruación, embarazo, lactancia. Las sinergias mórbidas (Burnand) que comprenden las enfermedades anergisantes: fiebres eruptivas, tifoidea, etcétera y las enfermedades esclerosis: sífilis, enfermedades diatésicas: diabetes, etcétera. Las vías de infección y con ellas, la localización primordial de la enfermedad: bronquios, parénquima, tejido conjuntivo, pleura, ganglios.

La modalidad reaccional orgánica manifestándose ya con síntomas generales: toxemia, fiebre, etcétera, adopta en sus manifestaciones locales, formas más o menos caracterizadas, algunas veces, difusas y mixtas, otras, en las cuales se puede apreciar la concomitancia de varias de ellas, y la predominancia de tal o cual tipo.

En la enfermedad bacilar, definida como enfermedad general con localizaciones múltiples, según el predominio de los síntomas generales o locales, la terapéutica recurre a diferentes procedimientos:

La Climatoterapia.

En el terreno biológico, Jousset ha preconizado la seroterapia, frente a los casos que se encuentran en "plena etapa fluxionaria". Más aplicación, tienen en las formas con manifestaciones locales, la alérgica de Jousset, la tuberculina y los antígenos metilícos.

El grupo de la medicación tónica, es un buen coadyuvante de cualquiera de las otras terapéuticas modernas de la tuberculosis: Su administración per os, no tiene otro límite que el preciso para conservar en buen estado el tubo digestivo del paciente.

La quimioterapia, especialmente por las sales de oro, ha sido preconizada en algunos casos de evolución aguda y en ca-

si todos los de marcha crónica: hay una fuerte tendencia a interpretar la acción de la neuroterapia, como favorecedora de la marcha a la esclerosis de las lesiones pulmonares, más que como terapéutica realmente específica.

De los procedimientos colapsoterápicos es el neumotórax artificial el que mayores aplicaciones tiene: por imposibilidad de practicarlo o por insuficiencia de su acción, se han creado nuevos métodos, sustitutivos los unos y conyuvantes otros.

Los procedimientos de neumolisis intrapleurales: sección de bridas a cielo, abierto y la operación de Jacobous, con sus dos tipos según se haga sección simple o diatérmica, tiene por objeto hacer desaparecer las adherencias pleurales que dificultan el colapso por neumotórax.

Las neumolisis extrapleurales, tienen sus indicaciones en casos de grandes y masivas adherencias pleurales difíciles de destruir por los medios descritos en el párrafo que precede o en los casos de lesiones ulcerosas, con paredes gruesas y rígidas, difíciles de movilizar por el neumotórax o la toracoplastia.

Las intervenciones sobre el nervio frénico y las toracoplastias, por ser del plan de este trabajo serán estudiadas con más detenimiento en el curso de las páginas que siguen.

El tisiólogo actualmente se enfrenta con múltiples problemas: la diversidad de los procedimientos terapéuticos y la precisión de sus indicaciones, crean dentro del capítulo general del diagnóstico, nuevas tesis a resolver y que se refieren en primer lugar a la etiología, luego a la extensión y localización de las lesiones, a su tipo anátomo-clínico y a su marcha evolutiva.

Para la resolución del problema etiológico, el laboratorista, busca el B. de Koch en los esputos por medio de diferentes procedimientos: Unas veces aprovechando con los métodos tincionales su alcohol-ácido-resistencia, haciendo, sea la investigación simple o previa homogeneización y enriquecimiento: Otras ocasiones es necesario hacer inoculaciones con los esputos a los animales receptivos o recurrir a los procedimientos especiales de cultivo.

El laboratorio, pone a disposición del tisiólogo, procedimientos sino específicos de la etiología bacilar, cuando menos delatores de destrucciones del tejido pulmonar, tales como los dedicados a la búsqueda de la tirosina y el triptófano. La albúmino reacción, significa entre los métodos de laboratorio la

resolución del problema de la marcha de la enfermedad: su positividad o negatividad, se presenta cuando hay lesión evolutiva o estática, respectivamente.

Numerosas pruebas y reacciones, se han hecho en la sangre: casi todas ellas de difícil realización y complicadas: puede decirse que no concurren entre los elementos de diagnóstico de la práctica diaria.

También se recurre a hacer la búsqueda del B. de K. en las heces fecales y se obtienen de la orina algunos datos de regular importancia: reacción de Moriz Weiss y otros de resultados inespecíficos: estudio de la acidez urinaria, diazoreacción de Ehrlich, etcétera.

Sin embargo de ser de gran ayuda para el clínico, la baciloscopia en los esputos, no siempre es posible obtener resultados positivos sobre todo en lesiones iniciales o en ciertas poussees extensivas.

En cuanto al potencial evolutivo de la lesión, que marcha casi siempre de acuerdo con su tipo anátomo-clínico, poco informan los datos de laboratorio: son más bien los síntomas radiológicos y clínicos los que con mayor certeza nos dan un criterio bastante exacto.

Después de la época en que la auscultación fue el todo para el diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar, vino la etapa radiológica: exageradamente se pensó en un primer momento, que los métodos radiológicos podrían llegar a sustituir a los clínicos: hoy los procedimientos de diagnóstico, combinando los datos auscultatorios radiológicos y de laboratorio, permiten precisar aún precozmente y con detalles los caracteres lesionales. El terapeuta, pues, frente a esta enfermedad tendrá que hechar mano a todos los recursos del arte, para precisar la enfermedad y su etiología, la localización patológica y su tipo anátomo-clínico y si, como vimos anteriormente, estos no son fijos ni inmutables, fácil nos será darnos cuenta de la necesidad de vigilar constantemente las lesiones, listos, en todo caso, a suspender cualquier terapéutica anterior e iniciar la que más convenga al nuevo estatus patológico. Es así como un criterio ecléctico debe guiar al tisiólogo en el arte de curar.

Siguiendo estas normas, la mayoría de los casos descritos en la parte final de este trabajo, se refieren a enfermos seguidos durante un período más o menos largo, en el curso del cual hemos aplicado diferentes terapéuticas, entre las cuales figuran

las intervenciones sobre el Nervio frénico o la toracoplastia o ambas juntas.

En cuanto al criterio de curación de la tuberculosis, él puede basarse en los diferentes procedimientos que sirvieron anteriormente para el diagnóstico,

Haciendo salvedad de los pocos casos, en que la baciloscopia negativa, no es argumento para negar el diagnóstico de lesión tuberculosa evolutiva, en la mayoría de ellos, sirve de base para formarse un criterio sobre la mejoría y aparente curación, la disminución o desaparición de los B. de K en los esputos.

En determinadas formas de tuberculosis, como por ejemplo las fibrocaseosas, la ausencia de los síntomas generales y la desaparición de síntomas locales auscultatorios son más interesantes que el aspecto radiológico para asegurar la tendencia curativa de la lesión.

En las formas fibrosas, las manifestaciones de esclerosis retráctil, unidos a la disminución y desaparición de los síntomas clínicos generales y locales, significan una marcha evolutiva feliz.

En las formas nodulares difusas, frente al cuadro estetacústico banal, poco específico, son las manifestaciones radiológicas, las que nos dirán con más exactitud, la progresión o la mejoría lesional.

La modalidad ulcerosa de la tuberculosis pulmonar reclama por igual el concurso de la estetoscopia y la radiología dada la existencia de cavernas mudas para la auscultación y otras invisibles a los rayos X.

En términos generales podemos decir que en las formas arriba citadas, así como en las localizaciones ganglionares, pleurales, etcétera, el criterio de curación si bien se basa de preferencia sobre los datos suministrados por alguno de los métodos exploratorios, casi siempre hace uso de un eclecticismo notable para completar cuando detalle exija el más estricto juicio del terapeuta.

Al final de este prólogo y antes de entrar en materia debe constar mi agradecimiento al Profesor Alfredo Valenzuela y para el Profesor Gabriel Burbano S., Director del Dispensario antituberculoso, anexo a la Dirección de Sanidad del Litoral, y Jefe del Servicio de S. Gabriel del H. G., por la generosa y eficaz ayuda que me han prestado al suministrarme algunos muy interesantes casos, en los cuales se ha hecho frenicectomías y toracoplastias, los mismos que figuran en la parte correspondiente, de esta tesis.