

Junio 5-34. Neumotórax 450 gr. Solganal intravenoso 0,10 gr.

Junio 10-34. Solganal intravenoso 0,25 gr.

Junio 11-34. Radiografía Nº 2288.

Seno costodiafragmático ocupado: en la parte inferior del hemitórax derecho, se encuentra una línea de nivel horizontal, muy nítida, probable nivel de líquido, y una segunda línea, borrosa, difusa, probable organización de fibrina. Hay neumotórax. Varias adherencias pleurocostales impiden el colapso pulmonar completo. Se observa una caverna a nivel de una de las adherencias. En el lóbulo superior, hay tejido fibrocaseoso. 3 cavernas independientes subclaviculares. Corazón rechazado a la izquierda. En el pulmón izquierdo se encuentra exagerado el retículo conjuntivo vascular.

Junio 14-34. Gadusán intravenoso.

Junio 15-34. Toracentesis 300 gr.

Junio 20-34. El enfermo presenta un eczema húmedo, generalizado de gran intensidad, que duró varios días, y que fué atribuido al Solganal. Tratamiento: supresión completa del oro, terapia de shock, y luego glucosa e insulina, permitieron la curación, después de un mes de tratamiento, en el curso del cual el eczema se complicó de abscesos múltiples y piodermitis que exigieron la terapéutica adecuada.

Hay que anotar: el estado general del paciente, después de todas estas complicaciones, a pesar de haber decaído bastante, no fué lo suficientemente grave, para desistir de toda otra terapéutica.

El peso había descendido a 36 kilos, la terapéutica persistía haciendo febrículas de 8 a 9 décimos con intermitencias matinales, la tos seguía intensa y la expectoración abundante, sudores nocturnos, etcétera, sin embargo el enfermo conservaba buen apetito, sus emuntorios, aparte la piel, funcionaban perfectamente, no presentó albuminuria ni aún en los momentos de máxima intensidad del eczema y de la stafilococia cutánea. Aparato circulatorio, marchaba en excelentes condiciones y por lo demás el pulmón del lado opuesto, cuya trama conjuntivo-vascular estaba ligeramente exagerada, como se observó en la Rad. 2288, no presentaba ni clínica ni fluoroscópicamente síntoma alguno de lesión evolutiva.

El caso, pues, no era perdido, y en vista de la predominancia del factor productivo, sobre el caseoso, de la lesión pul-

monar derecha, y contando con la evolución favorable hacia la esclerosis retráctil, que este tipo lesional presenta en los individuos de cierta edad, como el presente enfermo y ya que el neumotórax era ineficaz, por la persistencia de adherencias pleurales, en el lóbulo superior, que dificultaban su colapso, a más de la existencia de cavernas relativamente superficiales, a punto de romperse (y producir el cuadro del neumotórax espontáneo con más las gravísimas complicaciones pleurales de dicho accidente) caso de seguir las insuflaciones, pensamos en la frenicectomía y la practicamos en Agosto 17 de 1934. Previa anestesia local e incisión cutánea de 4 cm. como dejamos descrito en la descripción teórica, hicimos el arrancamiento de 20 cm. de nervio frénico y no encontramos nervio frénico accesorio.

Durante dos días, el enfermo anotó una ligera agravación de la tos, persistencia de la fiebre y sudoración nocturna, pero casi inmediatamente después, experimentó gran mejoría, disminución de la cantidad de expectoración, aumento de peso, recuperación del apetito.

Agosto 28-34. El enfermo es observado a la pantalla y se constata la parálisis del diafragma, que no ha ascendido mucho todavía.

Signo de Kiembock, ligeramente positivo.

Agosto 30-34. Subjetivamente M. B. ha sentido la curación de todos los síntomas clínicos de su enfermedad y emprende viaje a la capital con motivo de las fiestas de la Trasmisión del Mando. El viaje y la estadía en Quito fueron sin contratiempos y no anotó más que una fácil sofocación, con el ejercicio al caminar por las calles de la ciudad. Al regreso se alejó el enfermo, de nuestra vigilancia por considerarse curado, continuando a partir de este momento, sus ocupaciones habituales, ya que su carácter de padre de familia de 5 hijos así lo exigía, no obstante nuestras prevenciones de que no lo haga.

Noviembre 1-34. Radiografía N° 2570. — Tuberculosis forma productiva, tipo fibrocaseoso, con cavernas pequeñas en el lóbulo superior derecho, existe todavía pequeño derrame, en el mismo lado derecho, habiendo sido en parte reemplazado por adherencias. El neumotórax ha sido bastante reabsorbido. Impresiona como que ha desaparecido la caverna localizada a la altura de la adherencia. Los 3 espelonques subclaviculares han disminuído de tamaño. Escoliosis acentuada. Traquea

más desviada que en la anterior Radiografía, derrumbe costal notable. (Peso 40 kilos).

En la Radiografía N° 2838, hecha en Marzo 2 de 1935 se observa que el diafragma derecho ha ascendido bastante y el proceso cavitario del vértice se ha hecho menos notable, así como, se acentúa la fibrosis, con gran tendencia retráctil, como lo revela la gran desviación de la tráquea hacia dicho lado. Las lesiones del pulmón izquierdo, si así pudiera llamarse a la visibilidad notable de la trama conjuntivo-vascular, no demuestran mayor potencial evolutivo ni clínica ni radiológicamente. (Peso 43 kilos).

Stbre. 20 de 1935. — Radiografía N° 1309: se observa y aún podría asegurarse la desaparición en el lóbulo superior derecho del proceso cavitario; hasta la trama conjuntiva, de dicha región, muy notable y que atestiguaba el proceso de fibrosis, ha disminuido en parte su opacidad y tiene tendencias a presentar casi el aspecto normal de la trama pulmonar. Sigue la tráquea fuertemente desviada a la derecha y en el pulmón del lado opuesto no se observa síntoma evolutivo alguno. (Peso 46 kilos).

Resumen:

Diagnóstico en el presente caso: Tuberculosis pulmonar: lobitis superior derecha, forma fibrocásica. Varias cavernas excavadas en la Zona de tejido enfermo.

Observación: hay predominancia del factor fibroso sobre el necrosante.

Iniciada la enfermedad, aparentemente el 11 de Marzo de 1934, fué empezada a tratar por neumotórax artificial y auroterapia, desde el mes de Abril del mismo año: hubo que suspender más tarde dichas terapéuticas por presentar como complicaciones:

1º—Desde el 1º de Mayo una pleuresia serofibrinosa rebelde al tratamiento.

2º—Por existir numerosas bridas pleurales que dificultan el colapso.

3º—Por haber espelonques superficiales, unos y otros excavados en el seno de las bridas, en inminencia de romperse a la cavidad pleural con posibilidad de producción de un neumotórax espontáneo.

4º—Por presentar síntomas de intolerancia a la medicación áurica desde el 20 de Junio de 1934.

(Véase Radiografías N° 2888 tomada en Junio 11-34).

Después del relativo fracaso de las dos terapéuticas citadas, se hizo frenicectomía el 17 de Agosto de 1934.

La operación duró 1¼ de hora para la infiltración anestésica y 1½ hora para la búsqueda del tronco nervioso. No hubo frénico accesorio; sutura. Cicatrización por primera intención.

Se obtuvo mejoría progresiva clínica y radiológica.

(Observar Radiografía Nos. 2570, tomada en 1-XI-34.
2838, id. .. 2-III-35.
3309 id. .. 20-II-35.

Esta observación comprende un período de 18 meses, en el curso de los cuales se ha comprobado la progresiva mejoría del enfermo y luego su aparente curación clínica.

Se trata pues de un caso de tuberculosis fibrocaseosa, con predominancia del factor fibroso, localizada en el lóbulo superior derecho; se ha podido comprobar una feliz evolución gracias a la frenicectomía.

CASO N° 2.

G. R., 28 años, soltero, nacido en Guayaquil, y residente en Guayaquil. Empleado. Sin antecedentes hereditarios, ni personales de importancia. Tuberculosis pulmonar, 8 meses de evolución en el curso de la cual se han sucedido dos hemoptisis febriles, continuadas por el cortejo sintomático de fiebre, por las tardes, tos, expectoración abundante, sudores nocturnos, pérdida del apetito y baja del peso a 112 libras.

Baciloscopia positiva.—Diagnóstico radiológico. (Radiografía N° 2961): Lobitis superior derecha forma fibrocaseosa en cuyo seno hay 2 cavernas. Inicia el tratamiento neumotorácico Abril 26-35. En esta fecha pesa 112 libras.

Abril 26 Neumotórax derecho 300 gr.

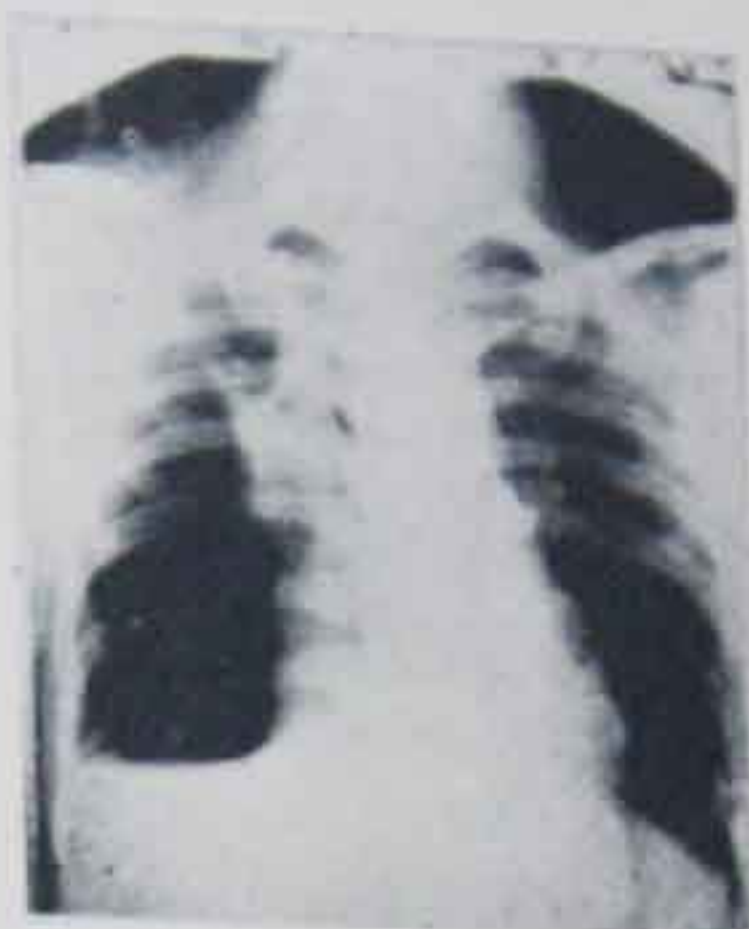
.. 30 1000	..
Mayo 16 800	..
Junio 5 1000	..

Peso 118 libras.

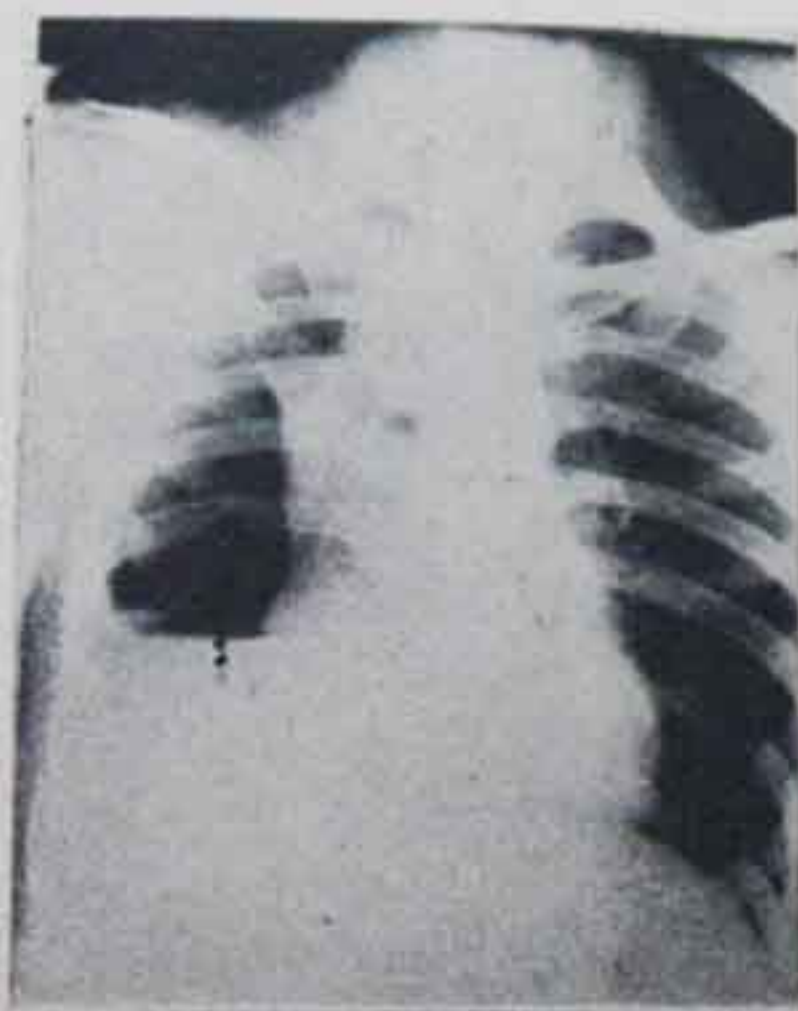
Junio 8.—Se constata derrame pleural así como bridas que dificultan en el vértice y en la base el colapso. En una de las bridas superiores, parecen estar excavadas dos cavernas, que hacen temer su ruptura, caso de seguir practicando las insuflaciones. El enfermo anotó intensificación de la tos y especto-



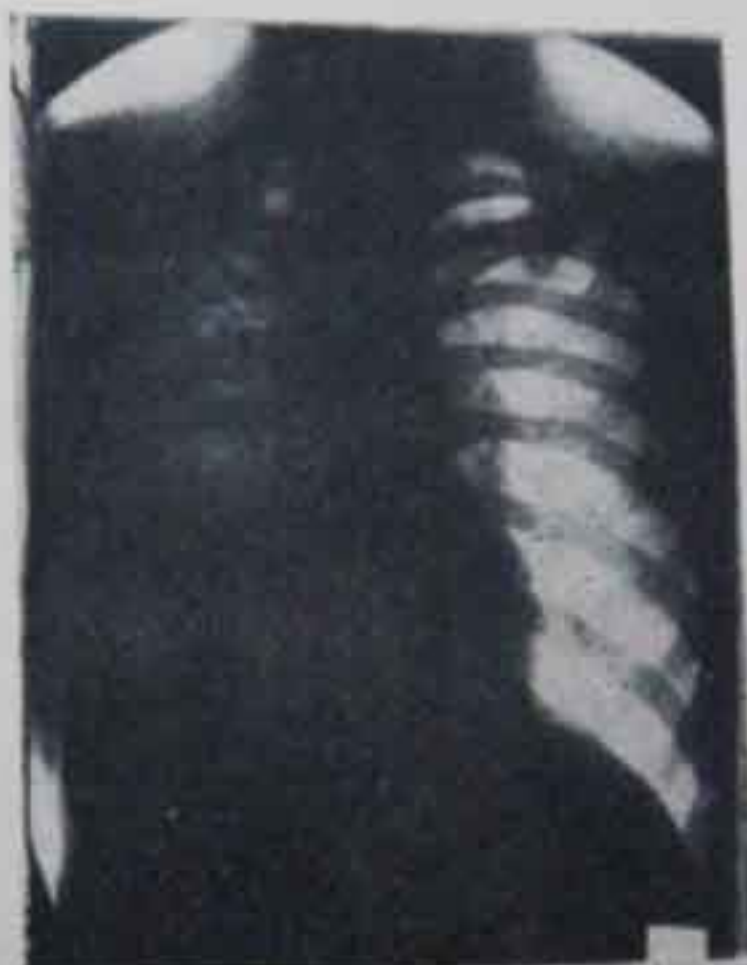
Caso N° 2. Radiografía N° 2961 tomada en Abril 26 de 1935.



Caso N° 2. Radiografía N° 3005 tomada en Junio 8 de 1935, antes de la frenicectomía.



Caso N° 2. Radiografía N° 3163 tomada en Julio 15 de 1935, después de la frenicectomía que fué hecha en Junio 29.



Caso N° 2. Radiografía N° 3310 tomada en Septiembre 21 de 1935.

ración, pérdida del apetito y movimiento febril. El peso que con el neumotórax terapéutico había ascendido a 118 libras, ha bajado a 115 libras.

Se mantiene este cuadro hasta 10 o 12 días después, en que el enfermo, con el tratamiento médico adecuado, reposo, calificación, alimentación, etcétera, anota la disminución de la fiebre aunque persisten la tos, ligera disnea y espectoración abundante.

Junio 21. —Toracentesis 1000 gr. de líquido sero-fibrinoso en el cual no habían bacterias: se hizo un neumotórax de sustitución de 500 gr. Peso 113 libras.

Junio 29. —Se decide no continuar neumotórax en vista del peligro de la posible ruptura de alguna de las cavidades localizadas en el seno de la adherencia ya citada y además porque las sinequias del lóbulo superior derecho impiden el colapso, justamente de dicha porción enferma.

Además, por existir una fuerte adherencia del lóbulo inferior al diafragma, que con los movimientos respiratorios impide el reposo pulmonar, se decide hacer la frenicectomía.

Junio 29. —Presión intrapleurale: -10-30.

Se practica la frenicectomía y después de la operación se vuelve a tomar la presión intrapleurale y se obtienen las cifras de -10-22.

Julio 10. —Peso 112 libras.

Julio 15. —Se practica Radiografía en donde se ven considerablemente reducidas las cavernas existentes en una de las bridas superiores. El diafragma ha ascendido bastante y se observa una línea de nivel horizontal dada por el derrame pleural. A la fluoroscopia: Kiembock positivo.

Julio 17. —El enfermo anota una supresión casi completa de la tos y pesa 115 libras.

Julio 28. —Se evacúan 200 gr. de líquido pleural.

Agosto 2. —Peso 117 libras.

Agosto 23. —Toracentesis 460 gr. líquido sero-fibrinoso y en vista de la persistencia del derrame se instituye el primer lavado pleural con Solución glucosada isotómica.

Agosto 30-35. —El enfermo lleva hasta hoy día 3 gr. de Solganal oleoso y ha presentado aurides, razón por la cual, se suspende dicho tratamiento.

Agosto 31. — Lavado pleural con un litro de solución glucosada isotónica.

Setiembre 4. — Lavado pleural con un litro de solución glucosada isotónica.

A la fluoroscopia ya no hay derrame.

Setiembre 21-35. — Hecha una nueva Radiografía de control se constata que, la lobitis superior derecha que se observaba en la primera radiografía ha desaparecido. En la base del mismo hemotórax, hay un velo difuso, síntoma o secuela de la pleuresía, que ha dejado un probable engrosamiento pleural, se observa una desviación de la tráquea hacia la derecha y el corazón mismo ha sido fuertemente atraído hacia el lado enfermo. En cuanto el pulmón izquierdo, él no ha sufrido ninguna variante y no ha presentado ningún síntoma evolutivo de lesión alguna.

Actualmente el enfermo pesa 117 libras, no tose, no hay expectoración no tiene fiebre, no hay sudoración nocturna, ha recuperado el apetito y se encuentra en aparente curación clínica.

Comentario:

Diagnóstico: tuberculosis pulmonar de 8 meses de evolución, lesión localizada en el lóbulo superior derecho, forma fibrocásica, en la cual hay predominio del factor necrosante sobre el fibroso.

Inicia tratamiento por neumotórax y auroterapia en Abril 26 del presente año. Complicada la evolución de la enfermedad, con una pleuresía serofibrinosa, desde el 8 de Junio: hubo que suspender el neumotórax, el 21 del mismo mes:

1º—Por la existencia de bridas supero externas e inferiores que impedían el colapso;

3º—Por la presencia de cavernas superficiales en peligro de romperse, en plena cavidad pleural; y

3º—Porque la evolución clínica, no obstante el Neumo, era cada día más desesperada.

Se le hizo frenicectomía el 29 de Junio, después de lo cual se anota una disminución de 8 cm. en la presión pleural inspiratoria, quedando en igual cifra la espiratoria.

Los beneficios de la operación se empieza a notar poco a poco, especialmente sobre el síntoma tos, que desaparece por completo desde Julio 17. (19 días después de operado).

El derrame serofibrinoso aséptico, ha entrado en un periodo de cronicidad desesperante, que obliga a hacer varias toracentesis y neumotórax de sustitución desde el 8 de Junio del año de 1935 hasta que en Agosto 31-35 se inicia la serie de lavados pleurales, con solución glucosada isotónica: después de 3 lavados hechos con 4 días de intervalo se obtiene la supresión completa de la supuración pleural.

Conclusión: Este caso de lobitis superior derecha lesión fibrocásica con predominio del elemento necrosante, sobre el fibroso, ha llegado a buen término con aparente curación clínica, iniciada a partir de la frenicectomía.

Detalle operatorio: no hubo frénico accesorio.

CASO Nº 3.

A. C., de 22 años de edad. Soltera. Nacida en Cuenca. Residente en Guayaquil. Oficios domésticos. Antecedentes hereditarios, no los hay.

Antecedentes colaterales: sin importancia.

Ha tenido 4 hijos, ningún aborto.

Enfermedades de la infancia: sarampión, tosferina.

Enfermedades venéreas: no hay.

Antecedentes patológicos en los aparatos cardiorrenal y digestivo no los hay dignos de mencionar. Sistema nervioso normal.

Aparato respiratorio: Grippes frecuentes, ha tenido dos congestiones pulmonares hace 3 años, en la última de las cuales tuvo esputos hemoptoicos. Después del último parto que fué hace dos años, se intensificó la tos, espectoración y se presentó febrícula que ascendía por las tardes, con sudoración nocturna, pérdida de apetito y de peso.

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar (lesión úlcero caseosa del pulmón derecho en cuyo seno se podía observar una grande y bellísima caverna de paredes nítidas y bastante opacas a los Rayos X. Inicia el tratamiento la P. A. T. (*) con neumotórax artificial de lado derecho, desde el mes de Mayo de 1935, y hasta el mes de Agosto del mismo año, si bien los síntomas

(*) Iniciales de que se sirve el Dispensario Antituberculoso Anexo a la Dirección de Sanidad del Litoral en su labor de "Propaganda Antituberculosa".

clínicos habían mejorado algo, todavía persistía la enorme caverna yuxtahiliar (tercio medio del pulmón derecho) cuya forma completamente esférica, no había experimentado ningún cambio bajo la terapéutica neumotorácica. Hecha la indicación de la Frenicectomía por el Profesor Dr. Gabriel Burbano S., Director de la P. A. T., se procedió a ella el día 11 de Agosto de 1935. Peso 40 kilos.

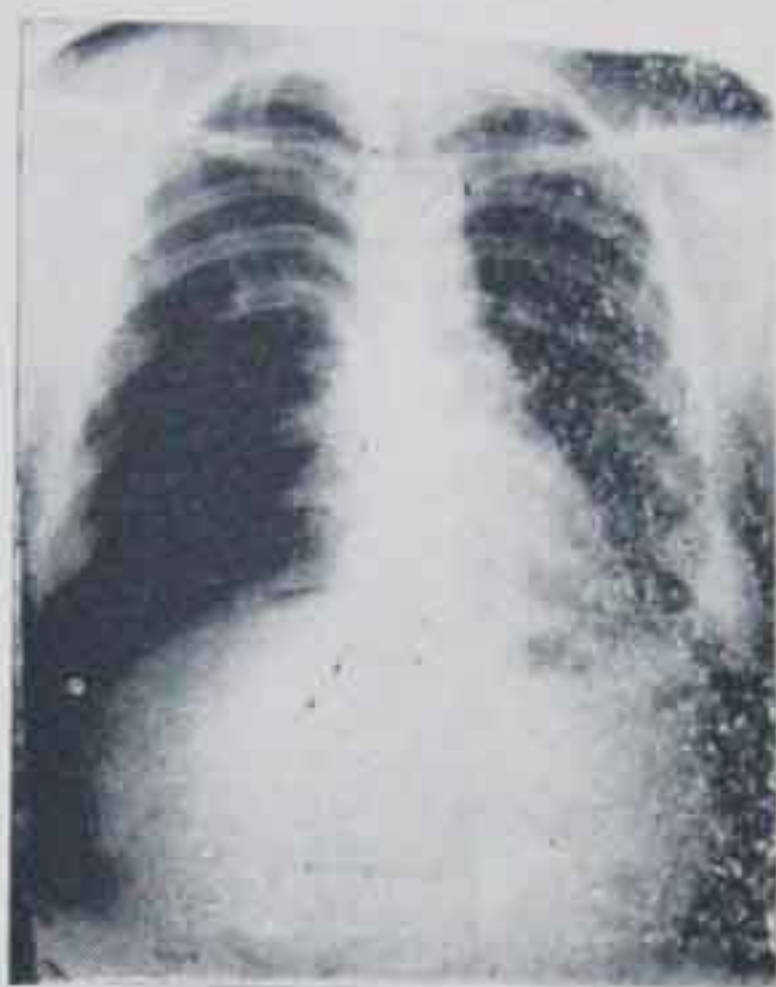
Antes de la operación se tomó la Radiografía N° 3215. Agosto 2-35.

Interpretación radiológica: Revela la existencia de una enorme caverna en el tercio medio del pulmón derecho, que como ya dijimos, la forma y constitución íntima de sus paredes no ha sufrido cambios, a pesar de la terapia neumotorácica, continuada sin interrupción por espacio de tres meses.

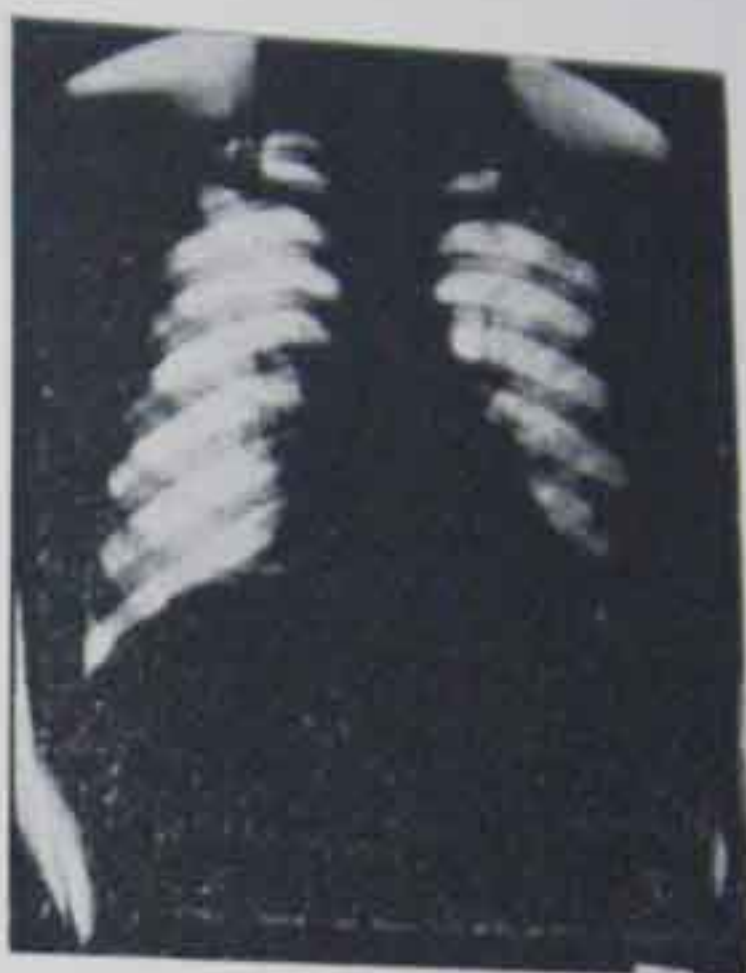
Hecha la anestesia local e incindidos los planes correspondientes, hasta llegar al del escaleno anterior, se procedió a hacer la frenicectomía por arrancamiento de 8 centímetros del tronco nervioso. No hubo a la altura de la operación ningún frénico accesorio terminando por hacer la correspondiente sutura de los planos cutáneos.

Acabada la operación, la enferma manifiesta "que el ojo derecho se le ha hecho más pequeño, y que siente un cierto grado de obscuridad a la vista del mismo lado". Examinada detenidamente, presentaba enoftalmía, disminución de la hendidura palpebral y miosis; el síndrome de Claudio Bernard Horner paralítico se había instalado, y no obstante su fugacidad, pues apenas tuvo 24 horas de duración, pudimos hacer como lo dicen la mayoría de los autores, un buen pronóstico de la evolución de la enfermedad. Se continuó haciendo neumotórax y el 21 de Setiembre del mismo año, o sea 41 días después de la operación, una nueva Radiografía N° 3312, 22-IX-35, nos indica que la cavidad ha disminuído enormemente de tamaño así como sus límites son ahora poco visibles y en su seno puede observarse un dibujo análogo al normal del pulmón. El neumotórax artificial se constata claramente y el diafragma aunque paralizado en su cúpula derecha enervada, muy poco ha ascendido hacia el tórax. Peso 42 kilos.

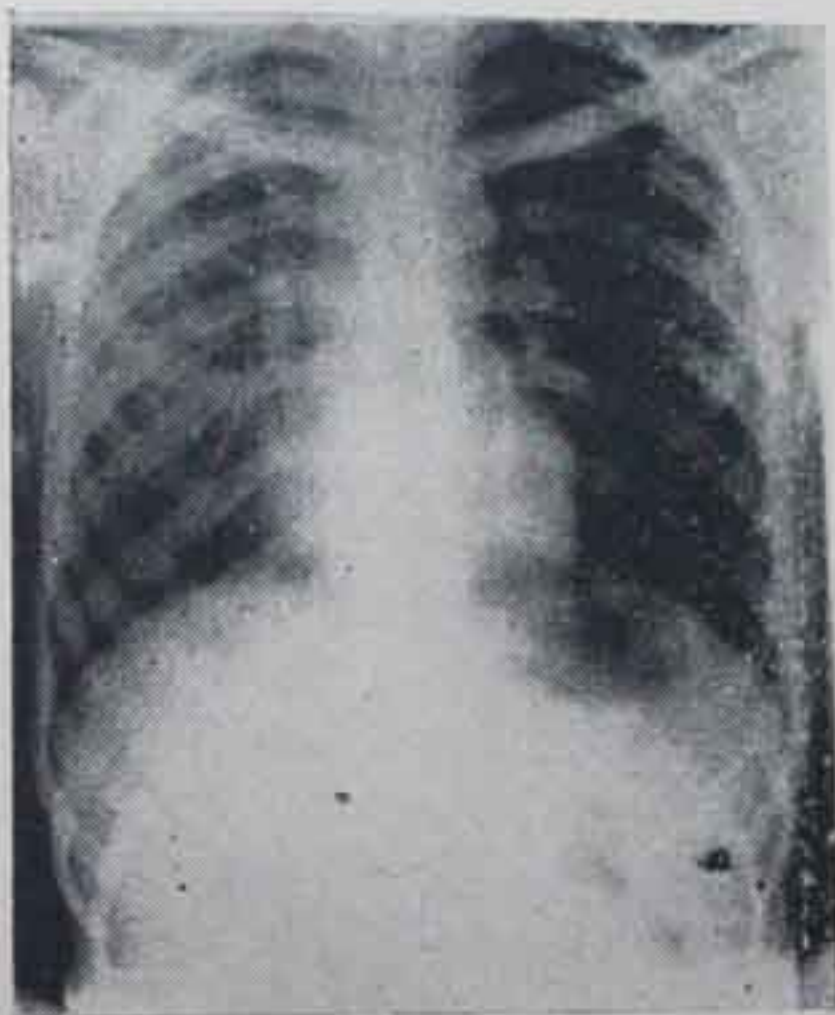
Este caso es por demás explicativo, ya que a pesar de que el hemi diafragma paralizado ha ascendido muy poco, la tendencia curativa evidente de la lesión ulcerosa pulmonar ha sido rápida e intensa. En el corto espacio de 41 días a partir de la



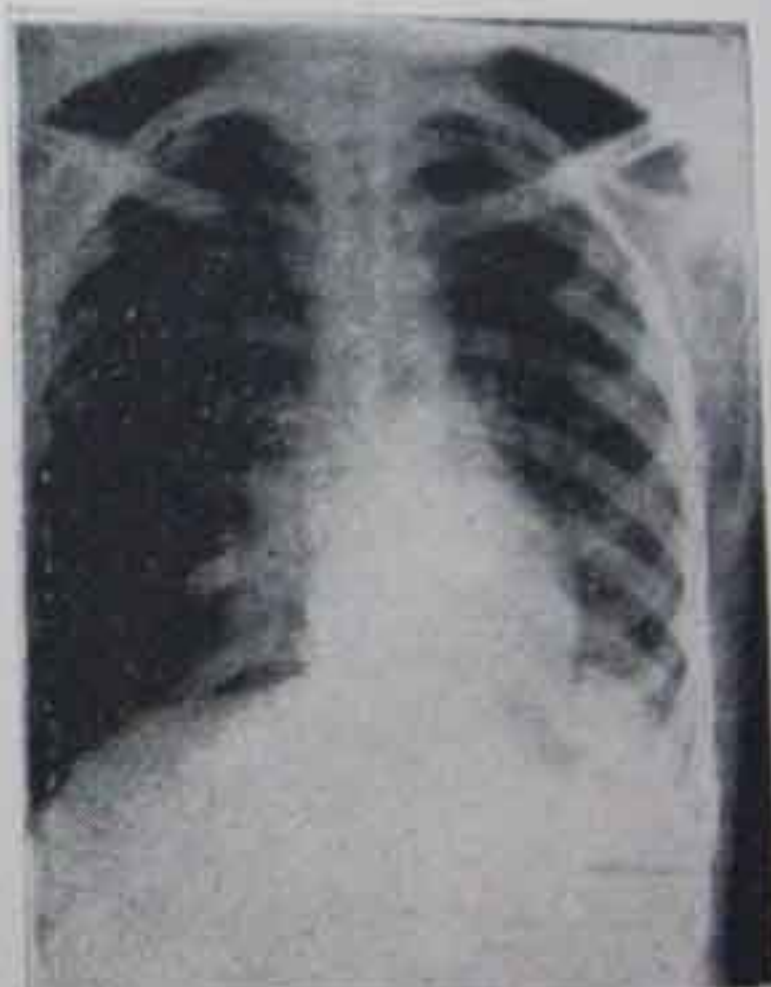
Caso N° 3. Radiografía N° 3215 tomada en Agosto 2 de 1935, antes de la frenicec-tomía.



Caso N° 3. Radiografía N° 3312 toma-da en Septiembre 21 de 1935, después de la frenicectomía que fué hecha en Ago-s-to 11 de 1935.



Caso N° 4. Radiografía N° 3076 tomada en Junio 1° de 1935.



Caso N° 4. Radiografía N° 3223 toma-da en Julio 5 de 1935.