

operación, la enferma ha acusado notable mejoría de los síntomas cavitarios, radiológicos, clínicos, coincidiendo esta rápida mejoría con el hecho de haber presentado el mismo día de la operación un síndrome de Claudio Bernard Horner, paralítico: bajo el punto de vista teórico, una vez más se fundamenta la tendencia moderna a interpretar la acción de la frenicectomía en sentido ecléctico, aceptando fuera de la acción mecánica de colapso, por la parálisis y ascenso del diafragma, la trófica y vasomotora sobre el parénquima pulmonar, por razón de las anastomosis de este nervio con el gran simpático,

CASO Nº 4.

F. P., de 19 años de edad, soltero, nacido en Naranjal y residente en Guayaquil. Agricultor.

No hay tabagismo ni alcoholismo.

Padre: goza de salud completa lo mismo que la madre.

Han sido seis hermanos: uno de los cuales murió de tuberculosis laríngea.

Enfermedades de la infancia: tifoidea.

Enfermedades venéreas: no hay.

Paludismo en repetidas ocasiones.

Antecedentes patológicos en el aparato digestivo: no los hay.

Aparato Cardiorrenal: siempre bien.

Aparato respiratorio: gripes frecuentes.

Enfermedad actual: se inició en el mes de Diciembre de 1934; se cayó de un caballo. Ocho días después tuvo una fuerte hemoptisis más o menos un litro, con tos, estertores bronquiales, percibidos aún por el mismo enfermo. La hemoptisis no se volvió a repetir, pero el enfermo dice que la tos duró mucho tiempo, con ligero movimiento febril por las tardes, sudores nocturnos intensos, enflaquecimiento rápido: de 124 libras, que pesaba antes, rebajó a 110 libras. Vino el mes de Marzo a Guayaquil, y a pesar del tratamiento médico más o menos adecuado, persistía la tos y el cuadro general ya descrito.

Se hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar: lobitis superior derecha. BK positivo y se inició tratamiento neumotorácico el 12 de Junio de 1935. (Radiografía Nº 3076).

Se encuentra en el lóbulo superior derecho, gran zona de infiltración y caseificación, grueso ganglio hilear izquierdo.

Junio 12 de 1933. 1º Neumo derecho 300 gramos
 Junio 17. 2º Neumo derecho. 700 ..
 Junio 17. 3º Neumo derecho. 600 ..
 (Peso 114 libras).

Julio 3 inicia tratamiento de Solganal oleoso intramuscular.
 Julio 17. 4º Neumo derecho. 1000 gramos
 Julio 27. 5º Neumo derecho. 800 gr.
 (Peso 115 libras).

El 5 de Julio de 1935 se hizo una nueva Radiografía, en la cual se pudo observar la existencia de adherencias tanto en el lóbulo superior como en el inferior que dificultaban el colapso, razón por la que se indicó la frenicectomía, que fué hecha en Agosto 10 del mismo año: se practicó el arrancamiento de 9 cm. de Nervio Frénico: no se encontró frénico accesorio,

Se resolvió continuar el tratamiento neumotorácico y en este sentido se le hizo al enfermo en

Agosto 20-35. 6º Neumotórax de 1000 gr. (derecho)
 Agosto 28-35. 7º Neumo derecho 500 ..
 Setbre. 30-35. 8º Neumo derecho 900 ..

Hasta el momento en que se escribe esta historia clínica, el peso del enfermo, ha ascendido a 117 libras, ya no hay tos ni espectoración, ni fiebre, buen apetito, y el enfermo se encuentra en buenas condiciones.

Continúa su tratamiento neumotorácico y áurico.

Conclusión: se anota la eficaz ayuda que la frenicectomía ha hecho al neumotórax, en el tratamiento del presente enfermo.

CASO Nº 5.

F. R., de 26 años de edad. Soltera. Nacida en Guayaquil. Residente en Guayaquil. Lavandera.

No tabaquismo ni alcoholismo.

Niega toda clase de antecedentes patológicos hereditarios y colaterales.

Enfermedades de la infancia: sarampión, varicela.

Enfermedades venéreas: no ha tenido.

Sistema Nervioso y Aparatos digestivo y cardiorrenal: no acusa síntomas importantes su historia.

Aparato Respiratorio: gripes frecuentes, congestión una vez, hace dos años.

Enfermedad actual: Se inició, hace poco más o menos, un año, con punto de costado, escalofrío y fiebre de mediana intensidad, tos con poca expectoración, que persistió largo tiempo; en el mes siguiente, con el mismo cuadro clínico hizo una hemoptisis, de regular intensidad: tratamiento clínico hasta el mes de Marzo del presente año en que empezó el tratamiento neumotorácico en la Consulta de la P. A. T., con el diagnóstico de neumonía caseosa, del vértice del pulmón izquierdo. Continuó este tratamiento hasta el 11 de Agosto del presente año en que se resolvió practicar una frenicectomía izquierda por cuanto existían adherencias superoexternas y basilares, que impedían el colapso completo del pulmón. (Radiografía 3216). Peso de la enferma el día de la operación: 44 kilos.

Después de la operación, la paciente obtiene alguna mejoría en su enfermedad y no obstante habersele prevenido la necesidad de continuar la colapsoterapia, suspendió por algún tiempo su tratamiento. El 21 de Setiembre de 1935, fué llamada la enferma con el objeto de controlar el efecto de la terapéutica y se le hizo una radiografía N° 3314, en la que se observa claramente que el neumotórax ha sido totalmente reabsorbido, se constata la existencia de una tuberculosis miliar, más notable en el lóbulo superior izquierdo y además la evolución en el lóbulo inferior del mismo lado, de una forma fibrocaseosa. En cuanto al diafragma, él no ha ascendido mucho, probablemente debido a que sólo se ha hecho frenicectomía, respetando por consiguiente, todas las anastomosis, que le vienen al nervio frénico durante su trayecto intratorácico.

En el lado derecho, se constata el engrosamiento del hileo y tractos fibrosos que parten del hileo hacia la base pulmonar.

Fluoroscópicamente: se constata parálisis hemidiafragmática y signo de Kiembock positivo, en el lado izquierdo.

Conclusión: en el presente caso no se ha obtenido buenos resultados después de la frenicectomía, ya que la enferma, negligente, no se ha prestado para continuar la combinación de la frenicectomía, al neumotórax: en la actualidad ha reiniciado la colapsoterapia por neumotórax artificial, bajo la dirección de la P. A. T.

CASO Nº 6.

M. M. Edad 26 años. Soltera. Nacida en Cañar. Residente en Guayaquil. Oficios domésticos.

Antecedentes hereditarios y colaterales sin importancia.

Enfermedades de la infancia: sarampión y tosferina.

Enfermedades venéreas: no las hay.

Antecedentes Patológicos: a más del paludismo de que ha sufrido en diferentes ocasiones, no los hay por parte del sistema nervioso ni de sus aparatos circulatorio y digestivo.

Aparato Respiratorio: gripes frecuentes desde hace un año. En Mayo de 1935, congestión pulmonar del lado izquierdo, duró 20 días con gran expectoración, ligeramente hemoptoica, fiebre, pérdida de peso de apetito. Peso actual 100 libras.

B. K., positivo.

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar izquierdo, forma caseo-neumónica localizada especialmente al tercio medio e inferior del pulmón izquierdo. Inicia el tratamiento neumotorácico la P. A. T.

Junio 5 Neumotórax izquierdo 500 gr.

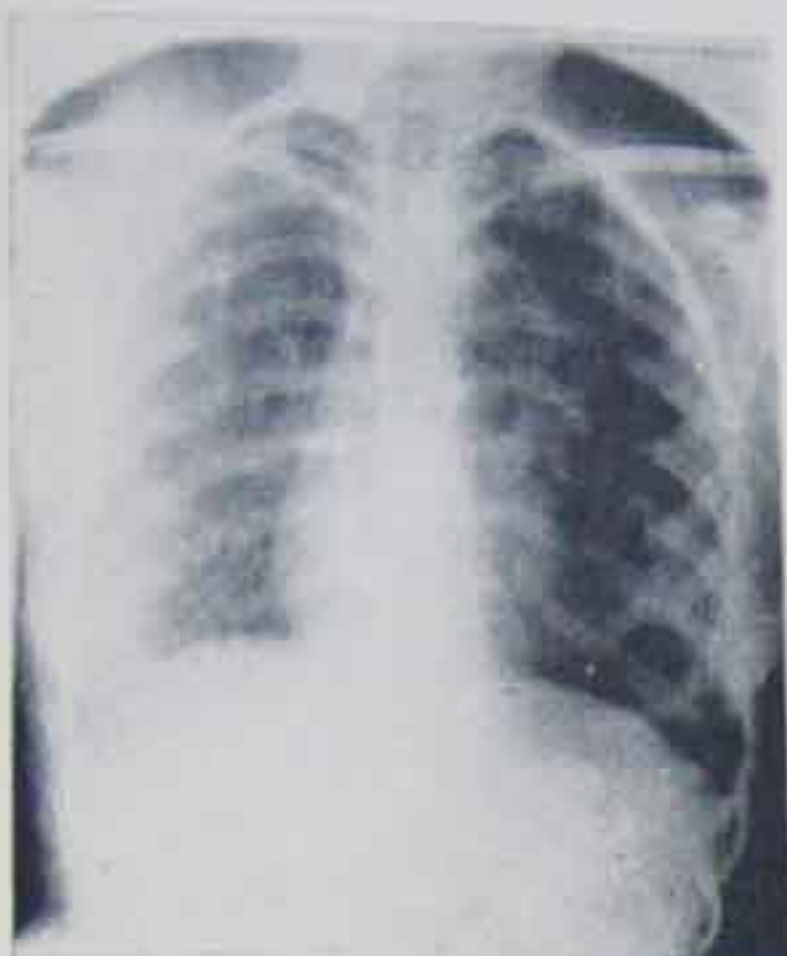
„ 12 1000 gr. de Neumotórax izquierdo.

„ 19 1000 „ „ „ „

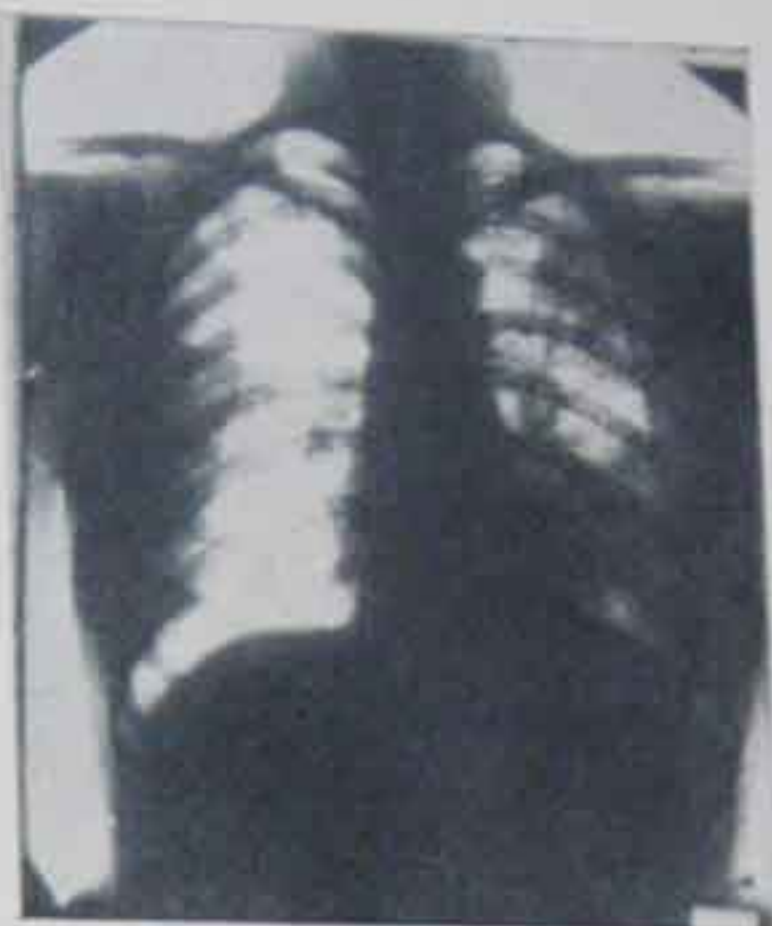
Junio 20, es imposible obtener un colapso completo por existir bridas diafragmáticas que dificultan, la acción del neumotórax.

Julio 6. — La radiografía Nº 3137, nos demuestra no existir neumotórax izquierdo, pudiéndose anotar en el pulmón del mismo lado, sombras difusas de tuberculosis de tipo caseo-neumónico, más notable hacia el lóbulo inferior izquierdo en donde se puede apreciar la iniciación de una caverna, cuyo contenido no ha sido eliminado todavía.

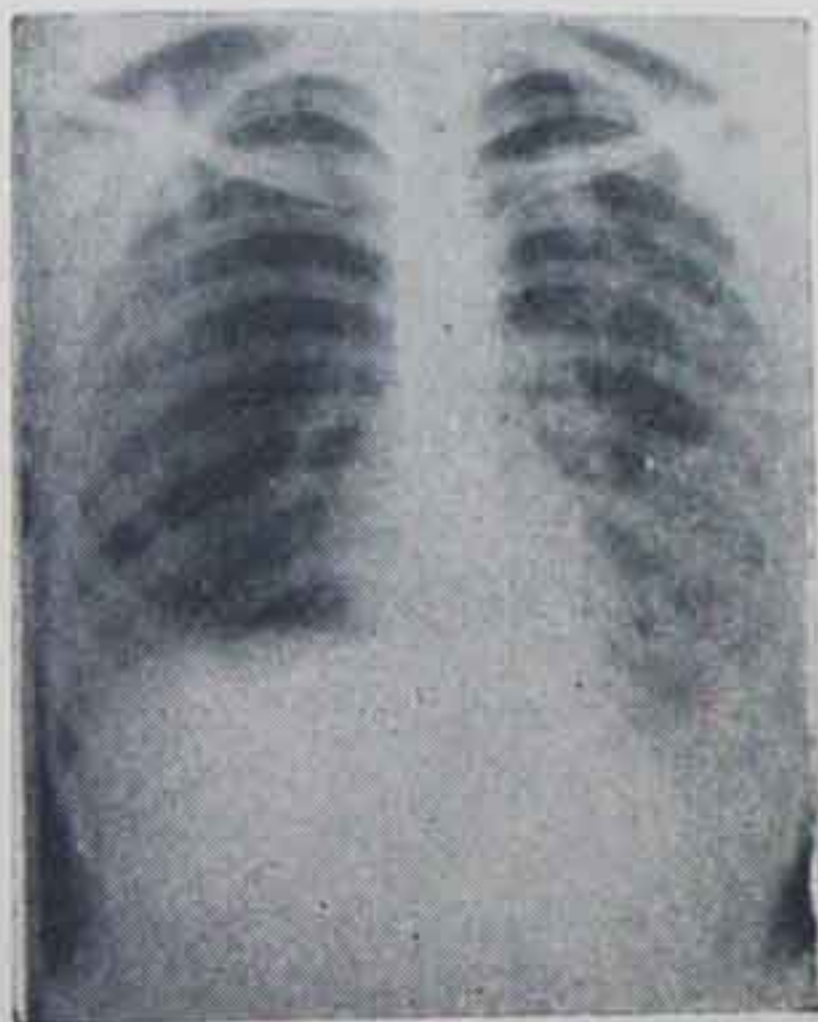
Menos notable que la anterior, en el tercio medio hay una zona de infiltración de límites difusos, pero circunscribiendo una zona de tejido pulmonar en vías de eliminación. El pulmón del lado derecho presenta un parénquima normal y su hilio está engrosado, existiendo fuertes tractos fibrosos, que descienden hacia la base, deformando en carpa la hemicúpula diafragmática en el momento de la inspiración (dato fluoroscópico).



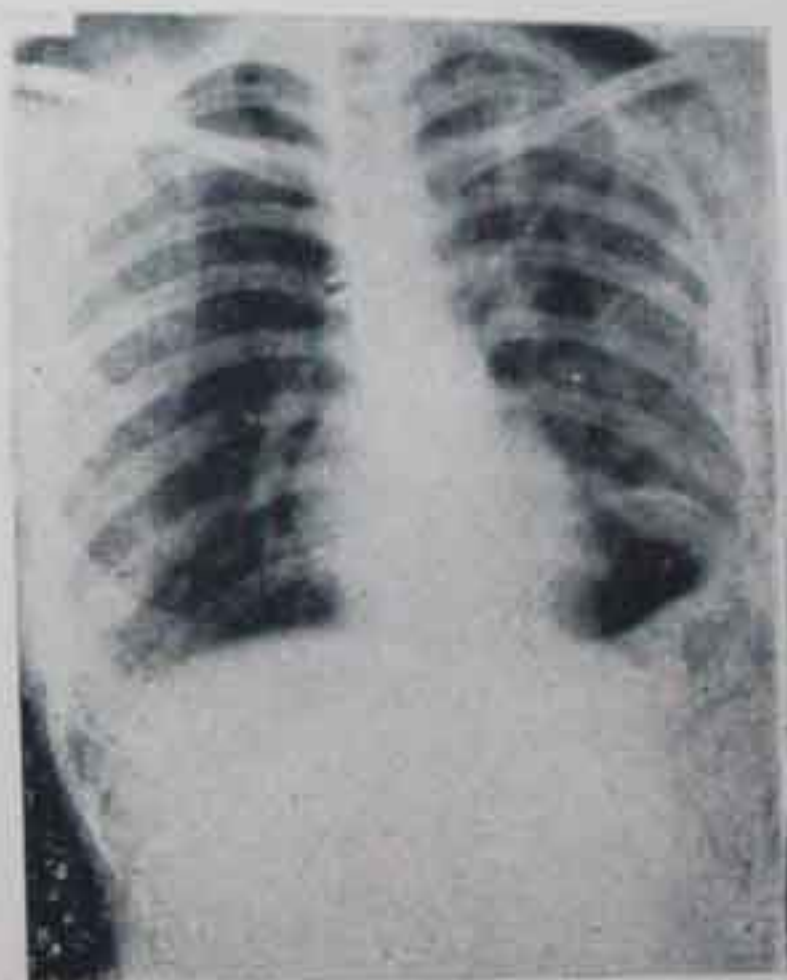
Caso N° 5. Radiografía N° 3216 tomada el 2 de Agosto de 1935, antes de la frenicectomía.



Caso N° 5. Radiografía N° 3314 tomada el 21 de Septiembre de 1935, después de la frenicectomía que fué hecha en Agosto 11 de 1935.



Caso N° 6. Radiografía N° 3137 tomada en Julio 6 de 1935.



Caso N° 6. Radiografía N° 3174 tomada en Julio 20 de 1935, 14 días después de la neurolisis por congelación del n. frénico.

Tomando en cuenta la mayor intensidad de la lesión lobar inferior, se resolvió producir la parálisis operatoria diafragmática.

Dada la escasa tendencia a la localización de este tipo lesional, la existencia del peligro de propagación, y de producción de púsées neumónicas aún en el otro pulmón, se limitó la operación a hacer solamente una neurolisis por congelación al cloruro de etilo en el nervio frénico izquierdo.

14 días después, que se hizo un nuevo examen fluoroscópico, seguido de la correspondiente radiografía N° 3174, se pudo apreciar signos inequívocos de parálisis diafragmática, fenómeno de Kiembock, esbozados y sobre todo, algo digno de anotarse: la cúpula diafragmática enervada, había ya ascendido considerablemente, dando lugar a una considerable dilatación de la cámara de aire del estómago, que hasta este momento no llegó a producir síntoma alguno molesto para el enfermo. La lesión parenquimatosa del lóbulo inferior izquierdo, ha perdido la intensidad del contraste y hay ya un proceso constructivo de fibrosis. La lesión del tercio medio así mismo presenta tendencias a la limitación y su porción central demuestra una considerable exageración de la opacidad y grosor de su trama conjuntivo-vascular. El resto del pulmón presenta, ya menos notables aquellas sombras difusas visibles en la Radiografía anterior N° 3137.

En vista de la marcha favorable del caso y tomando en cuenta la no evolución de lesiones contralaterales, se resuelve proseguir el tratamiento neumotorácico.

Julio	30	Neumo izquierdo	1200	gr.
Agosto	6	600	..
..	13	600	..
..	21	600	..
..	27	1200	..
Setbre.	10	100	..
..	17	600	..

Setiembre 21-35. — Hay poca tos y espectoración, no hay fiebre, ha aumentado de peso a 104 libras, no hay sudores nocturnos y la Radiografía 3313, nos demuestra un colapso casi completo del pulmón izquierdo, con existencia de una gran si-nequia pleural, que mantiene unido el lóbulo superior al mediastino y como pasa siempre en los casos de neumotórax a presión negativa la acción sobre la distensión estática del ló-

bulo superior es mayor que sobre el inferior (el lóbulo superior está más colapsado que el inferior, por el neumotórax).

En cuanto al pulmón del lado opuesto, no parece presentar potencial evolutivo alguno.

Resumen:

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar, forma caseo-neumónica extendida a casi todo el pulmón izquierdo.

Iniciada aparentemente en el mes de Mayo del año 1935, fué comenzada a tratar por neumotórax artificial, que no pudo colapsar completamente el pulmón, por existir bridas diafragmáticas que lo dificultaban.

Según los datos obtenidos y por el recuento de los antecedentes se comprende que se trata de uno de esos casos de neumotórax insaciable: 16 días después del último neumo no es posible constatar la existencia de aire dentro de la pleura (Radiografía N° 3137 Julio 6-35).

12 días después de la frenicectomía se toma la Radiografía 3174 y es notable el ascenso diafragmático, que del 10° espacio intercostal ha llegado al 8° con notable dilatación de la cámara de aire del estómago, sin presentar síntomas subjetivos de meiotragia de esta viscera.

La enferma continúa, después de la operación, el tratamiento neumotorácico del lado izquierdo y en la Radiografía N° 3313 tomada el 21 de Setiembre de 1935, se observa el progresivo ascenso del diafragma izquierdo que ya ha llegado a la 8ª costilla. Se constata el neumotórax izquierdo y no se observa lesión evolutiva alguna en el lado derecho. En este caso se han observado parálisis y ascenso muy notables del diafragma no obstante haber hecho sólo neurolisis por congelación del frénico. Indudablemente, pues se trata de un caso de lesión caseoneumónica generalizada a todo un pulmón con gran mejoría a partir de la frenicolisis combinada al neumotórax terapéutico.

CASO N° 7.

M. E. Edad 21 años. Soltera. Cocinera. Nacida en Guayaquil. Reside en Guayaquil.

No tabaquismo ni alcoholismo.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Colaterales idem.



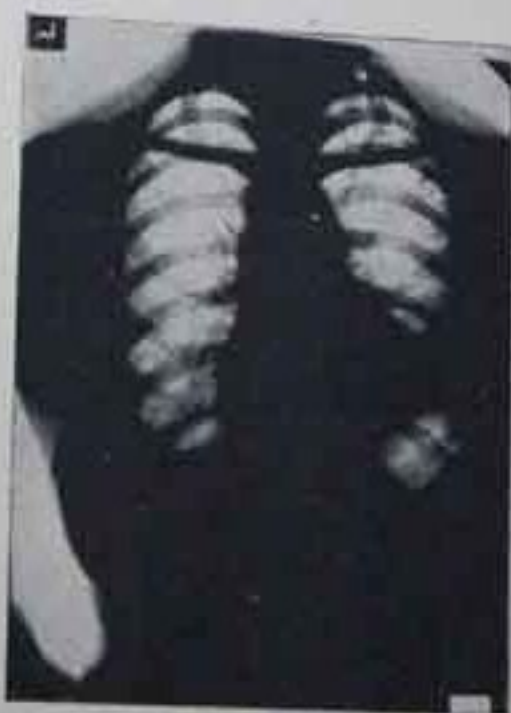
Caso N° 6. Radiografía N° 3313 tomada en Septiembre 21 de 1935.



Caso N° 7. Radiografía N° 2790 tomada en Febrero 8 de 1935.



Caso N° 8. Radiografía N° 150 tomada en Agosto 31 de 1934.



Caso N° 4. Radiografía N° 3375 tomada en Diciembre 9 de 1935, después de la frenicectomía que fué hecha en Diciembre 24 de 1934.

Ha tenido dos hijos, una de las cuales tiene 4 años de edad, y ha presentado una bronquitis rebelde, y está enflaqueciendo mucho en estos últimos tiempos.

No hay venéreas.

No hay antecedentes patológicos en los aparatos digestivo y cardiorrenal.

Sistema nervioso normal.

Aparato Respiratorio: 2 congestiones: primera, hace dos años, duró 20 días, la segunda en Noviembre de 1934, no hubo hemoptisis. Ingresó al hospital General y después de esta segunda congestión, no ha restablecido completamente, ha enflaquecido mucho, perdido el apetito y tiene tos muy intensa, que aumenta por las noches, abundante espectoración y movimiento febril por las tardes, con sudoración nocturna profusa.

Hecho el diagnóstico de tuberculosis pulmonar bilateral, se encontró baciloscopia positiva y se hizo la Radiografía N° 2790, en la cual se puede precisar la existencia de dos cavernas en el lóbulo superior izquierdo y extensa lobitis inferior en el mismo lado.

Manifestaciones miliarees en el pulmón derecho.

Considerando el mayor potencial evolutivo de las lesiones del lado izquierdo se intentó la terapéutica neumotorácica, que no se pudo practicar en dicho lado izquierdo por estar completamente bloqueada la cavidad pleural.

Se pensó en la posibilidad de practicar a la enferma una frenicectomía pero habían dos inconvenientes:

¿Hasta qué punto la parálisis diafragmática izquierda podría producir un déficit de la mecánica respiratoria dada la extensión de la lesión contralateral?

¿En qué intensidad podría repercutir el colapso pulmonar izquierdo sobre el potencial evolutivo de las lesiones derechas?

Si bien hicimos la anotación del posible fracaso de nuestra terapéutica dada la gran extensión de las lesiones bilaterales, pensamos en la posibilidad de la aplicación de la frenicectomía, ya que el ascenso de la cúpula paralizada no iba a adquirir límites máximos, dificultado como estaba por adherencias costo-pleuro-diafragmáticas.

La operación fué hecha en Febrero 12 de 1935 con anestesia local.

Además de encontrar gran cantidad de ganglios en el es-

pacio supraclavicular, el nervio frénico ya había alcanzado el borde interno del escaleno anterior mientras una rama accesoria, recién cruzaba a la altura de la incisión, por la cara anterior del mismo músculo.

Sección y arrancamiento 10 cm. de nervio: hubo dolor en esta maniobra a pesar de haber inyectado anestésico previamente en la vaina del escaleno anterior.

Por no ser esta enferma de Hospital, no se ha podido seguir con detalles minuciosos, la evolución posterior de su enfermedad, pero de las muchas visitas que tuve oportunidad de hacer al domicilio de la enferma, pude constatar la continuación de la enfermedad, la intensificación de la tos y espectoración, curva febril en agujas, sudoración profusa nocturna, pérdida de peso que de 40 bajó a 35 kilos a los dos meses de la operación.

Conclusión: Como lo preveíamos, la frenicectomía izquierda no fué suficiente para detener la marcha de la enfermedad. Había en el lado opuesto una forma miliar diseminada, suficiente para producir el cuadro clínico con que continuó la enferma.

CASO Nº 8.

I. P., de 27 años de edad. Soltera. Nacida en Guayaquil. Residente en Guayaquil. De oficio costurera.

No alcoholismo ni tabaquismo.

Antecedentes hereditarios: no los hay.

Antecedentes colaterales: tampoco

Antecedentes Patológicos:

Enfermedades de la infancia: Sarampión, Tosferina.

Enfermedades venéreas: no ha tenido.

Sistema nervioso, Aparatos digestivo y circulatorio: normales.

Aparato Respiratorio: Gripes frecuentes desde hace dos años. En el mes de Mayo de 1934, sufrió de una congestión pulmonar, en el curso de la cual no hubo hemoptisis, pero que fué acompañada de tos persistente con poca espectoración, ligero movimiento febril y sudoración profusa nocturna, pérdida del apetito y enflaquecimiento progresivo. Estando obligada a trabajar como costurera, para ayudarse al sustento diario, puede decirse que no obstante la tenacidad del cuadro patológico, esta enferma no pudo tener el descanso que el estado de