

su salud requería y es así como en el mes de Agosto del mismo año, después de un esfuerzo, tuvo una fuerte hemoptisis febril con aumento de la tos y persistencia del mismo cuadro ya descrito.

En la radiografía practicada el 31 de Agosto de 1934, se puede observar una infiltración del vértice del pulmón izquierdo, que presenta ya síntomas de retractilidad como lo demuestra el ligero derrumbe costal que se inicia.

Se empezó a hacer a esta enferma, el tratamiento por neumotórax, no siendo posible practicarlo por el intenso dolor que sintió y además porque no había cavidad pleural: estaba completamente bloqueada por adherencias, lo cual aunque, sin darnos la certeza plena, cuando menos lo hacían preveer el derrumbe costal y la disminución de la amplitud de los espacios intercostales observados a la radiografía.

Después del tratamiento clínico hecho durante los meses de Setiembre, Octubre y Noviembre, el Profesor Burbano, médico de la enferma indicó la frenicectomía, para este tipo de lesión, que aunque situada en el lóbulo superior, presentaba tendencia retráctil, bastante marcada. La enferma fué operada el 24 de Diciembre de 1934. (Frenicectomía izquierda, arrancamiento de 8 cm.). Se anotó el peso que era de 101 libras, el día de la operación.

Después de la operación dice la enferma no haberse hecho ninguna otra medicación, por haber sentido una marcada mejoría de los síntomas de su enfermedad, sin embargo pudimos dar con élla en el mes de Setiembre del presente año.

Examinada presenta síntomas de bronquitis diseminados en ambos pulmones, con aumento de la tos en éstos últimos tiempos, ligero movimiento febril por las tardes y sudores nocturnos. Se le tomó la Radiografía 3375 en Octubre 9-35 y se puede observar en élla, que si bien los síntomas de localización en el lóbulo superior izquierdo han disminuído grandemente, en cambio se ha exagerado la opacidad correspondiente a la trama conjuntivo-vascular. (Peso actual 107 libras).

No se ha podido encontrar B. de K. en los esputos.

CASO N° 9.

R. M., de 22 años de edad, soltero, comerciante. Nacido en Guayaquil y residente en Guayaquil.

Tabagismo. Alcoholismo.

Antecedentes hereditarios: padre muerto desde hace un año. Sufrió algún tiempo antes de morir de una afección del testículo, que según los pocos datos obtenidos parece haber sido una tuberculosis.

Madre: goza de salud.

Tiene dos hermanos que gozan de salud completa.

Enfermedades de la infancia: Asma hasta los 14 años.

Enfermedades venéreas: Blenorragia, Chancro, probablemente específico, hace 3 años; tratamiento; al mismo tiempo que el local, se hizo inyecciones de Neo Salvarsán.

Paludismo, disentería, 2 veces; cólicos intestinal debidos probablemente a parásitos.

En el aparato cardiorrenal no ha presentado antecedentes patológicos de importancia.

Aparato respiratorio: congestión pulmonar una vez hace 6 años. Grippes frecuentes.

Hace un año hemoptisis febril con tos, que prosiguió varios días e ingresó al Hospital General, Sala S. José.

Examen de esputos: Baciloscopia positiva.

Buscando con prolijidad los documentos de esta historia, se ha obtenido el dato, que este enfermo estuvo en la sala San Gabriel, del Hospital General en el mes de Abril del presente año y que desde esa época hecho el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, inició el tratamiento por neumotórax artificial, en el lado derecho en donde según la radiografía se podía observar, en el lóbulo superior, la evolución de una forma neumónica de tuberculosis pulmonar, y en el lóbulo inferior, una forma fibrocáseosa, en el seno de la cual había una zona de caseificación, futura posible caverna. El enfermo egresó del servicio de S. Gabriel, para continuar tratamiento ambulatorio neumotorácico, en el mismo servicio, pero como pasa siempre entre nuestras gentes, este individuo, si bien prosiguió su tratamiento, lo hizo sin la puntualidad ni la constancia debidas, debo suponer según los datos que me da el enfermo que los neumotórax fueron haciéndose cada día más difíciles, probablemente por un progresivo bloqueo pleural: el hecho es que iniciado nuevamente su tratamiento por la P. A. T. tocóle, al mismo Profesor Burbano, como Jefe de la P. A. T. y del servicio de S. Gabriel, tomar la directiva de la terapéutica.

Examinado fluroscópicamente, el enfermo tenía las mismas lesiones ya citadas en el pulmón derecho pero naturalmente mucho más intensas, además en el pulmón izquierdo se iniciaba la evolución de una granulia, que podríamos decir fría ya que no obstante las lesiones descritas, el enfermo no presentaba mayor decadencia de su estado general.

Se le hizo una frenicectomía del lado derecho el 26 de Setiembre del año 1935, no obstante el convencimiento de la bilateralidad de las lesiones, por cuanto estábamos convencidos del gran potencial evolutivo de la lesión del lado derecho, que probablemente había originado la enfermedad del lado opuesto.

El 28 de Setiembre, presenta el enfermo, en el vértice derecho, una pousée congestiva (adviértase que es el mismo lado frenicectomizado) acompañada de alza de la temperatura y hemoptisis, razón por la cual ingresa a la Sala San Gabriel; tratamiento médico es solamente empleado: no se pudo intentar siquiera el neumotórax, por cuanto teníamos el dato anterior de la imposibilidad de practicarlo y en segundo lugar por la lesión evolutiva contralateral.

CASO Nº 10.

M. M., de 13 años de edad. Soltera. Estudiante. Nacida en Bahía de Caráquez. Residente en Guayaquil.

Antecedentes hereditarios: No los hay.

Antecedentes colaterales: No los hay.

Enfermedades de la infancia: Sarampión y tosferina.

Antecedentes Patológicos en el tubo digestivo: se anota parasitismo intestinal a *Ascaris lumbricoides*.

Aparato cardiorrenal: no hay antecedentes.

Aparato Respiratorio: gripes frecuentes. La enfermedad actual se inició el 24 de Noviembre de 1934. Punto de costado en el hipocondrio derecho, escalofrío, seguido luego por elevación de la temperatura, tos y espectoración. En aquella época los médicos tratantes hicieron el diagnóstico de Pleuresía purulenta tuberculosa y como probablemente el cuadro de gravedad lo exigió, se le practicó en uno de los servicios de Cirugía de Mujeres del Hospital General, una pleurotomía, con resección costal. Como pasa casi siempre en estos casos a pesar de la ligera mejoría sobrevenida inmediatamente después de la operación, se puede asegurar que la supuración no

terminó en ningún momento, y a esta persistencia de la supuración se agregó nuevamente una progresiva decadencia del estado general.

Al egresar del Hospital General, concurre a la consulta del Sr. Dr. Ricardo Paredes, quien al pronosticar la gravedad del caso exige a la familia la práctica de un inmediato examen fluoroscópico, (ya que no radiográfico), por la excesiva pobreza de la enferma. El distinguido médico Dr. Paredes, a quien debo el servicio de haberme suministrado este bellissimo caso, hizo como era natural el diagnóstico, de una pleuresía tuberculosa, sobre infectada, en comunicación al exterior por una fistula operatoria (empiema con abertura de la pared torácica, de la clasificación de Sauerofuch).

El primer examen fluoroscópico, fué practicado en el Gabinete particular del Dr. Juan E. Verdesoto, por dicho Profesor, en junta con el Dr. Paredes, y sirvió para precisar un poco más la etiología del cuadro: se encontraban en presencia de una pleuresía originada por infección de vecindad de una extensa lobitis inferior derecha, en la cual se podía notar la existencia de una caverna. Además se aceptó la posibilidad de la existencia de una enorme engrosamiento pleural, como lo demostraba la opacidad difusa extendida a toda la parte inferior del hemitórax.

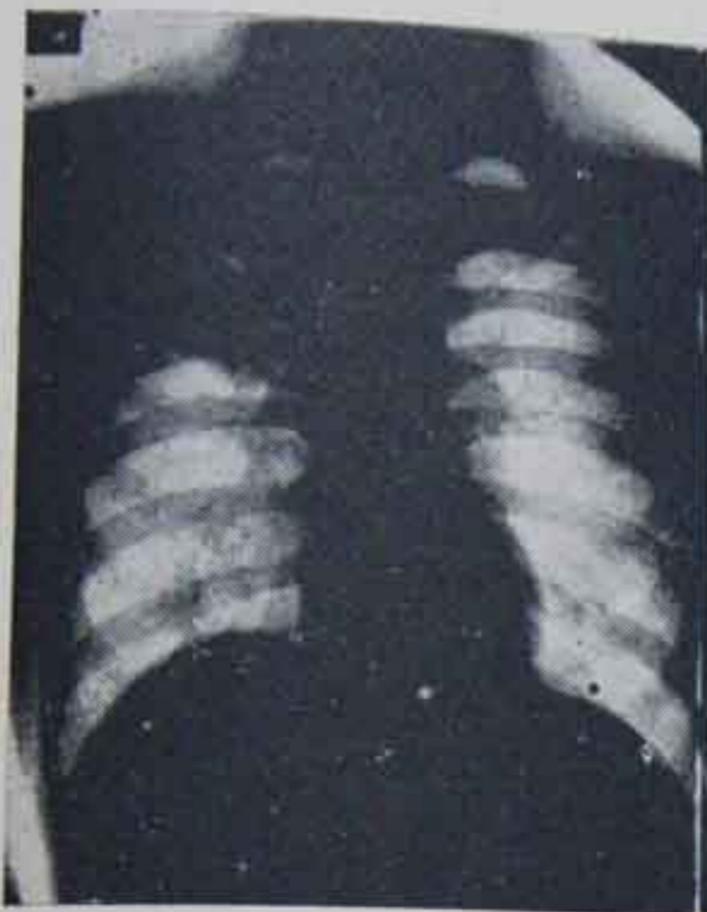
Una gran brida neumodiafragmática, impedía el colapso del lóbulo inferior y trasmitía al pulmón el trauma inspiratorio de origen diafragmático.

El pulmón del otro lado, no presentaba síntoma alguno de lesión evolutiva.

Noticiado el Dr. Paredes, por el Profesor Verdesoto, de mi dedicación al tratamiento quirúrgico de las manifestaciones tuberculosas pleuropulmonares, con motivo de los trabajos prácticos para la elaboración de esta tesis, me invitó a estudiar el caso de la presente enferma. Al final llegamos a la conclusión, de que era necesario practicarle a M. M., una frenicectomía, por las siguientes razones:

La pleurotomía, hecha anteriormente, no reunía las condiciones óptimas requeridas en esta clase de intervenciones ya que ella no permitía un drenaje completo de la cavidad supurante, por no estar situada en el lugar de mayor declive.

La frénico exeresis paralizandó el diafragma y provocando su ascenso secundario corregiría el defecto de técnica operatoria.



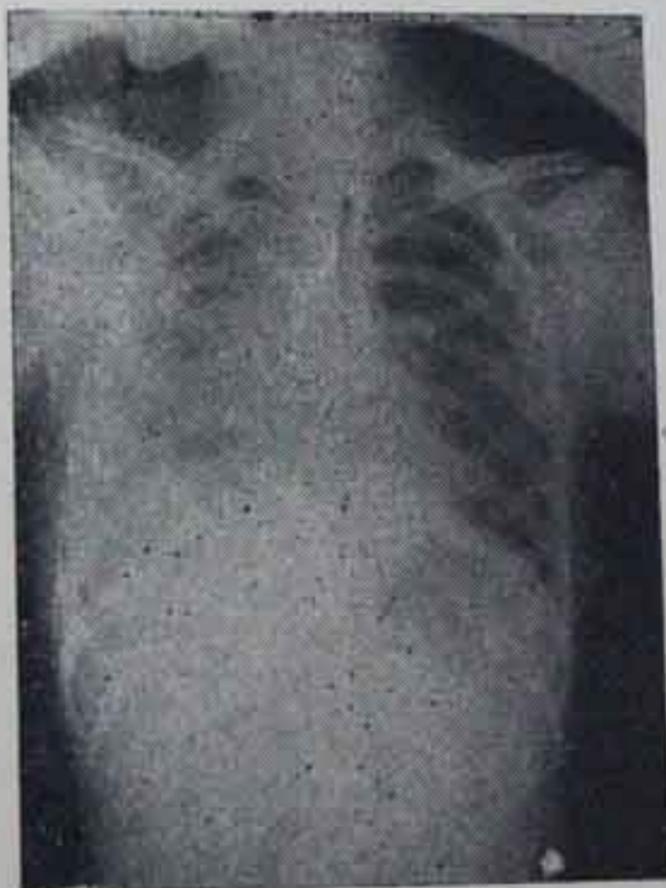
Caso N° 9. Radiografía N° 2931 tomada en Abril 25 de 1935.



Caso N° 9. Radiografía N° 3349 tomada en Septiembre 29 de 1935.



Caso N° 10. Radiografía N° 2993 tomada en Mayo 11 de 1935, después de la operación que fué hecha en Marzo 12 de 1935.



Caso N° 10. Radiografía N° 2993 tomada en Junio 4 de 1935.

Además tendría por objeto disminuir la cavidad supurante: como sabemos, después de los estudios de Brunner, dicha operación disminuye de $1/6$ a $1/3$ el volumen total de la cavidad pleural.

Ya que la brida neumodiafragmática, no permitía el reposo de la lobitis inferior derecha posiblemente responsable de la pleuresía puede decirse que la frenicectomía, tenía una indicación máxima, ya que tendía a la curación de la causa misma de la manifestación patológica de la pleura.

Practicamos la Frenicectomía en Marzo 12 de 1935:

Arrancamiento de 7 cm. de nervio, con anestesia local.

La enferma, continúa recibiendo de su médico el tratamiento gimnástico y de reconstituyentes e inyecciones intrapleurales de gadusán, con la debida antisepsia diaria de la cavidad y fistula correspondientes.

Desde el primer momento, la supuración empieza a disminuir poco a poco, a tal punto que el 8 de Mayo, se suprimió el drenaje por agotamiento completo de la supuración. En Mayo 11 de 1935, se hizo la Radiografía N° 2993, en la cual se observa una ligera opacidad del hileo correspondiente al pulmón izquierdo y en el pulmón derecho, observamos que el diafragma, no obstante haber sido enervado dos meses antes todavía no ha ascendido hacia el tórax, cosa que ya la hacía preveer la gran adherencia neumocostodiafragmática observada en la primera fluoroscopia. Todavía son visibles la adherencia ya citada que deforma en carpa el diafragma y la opacidad muy marcada de lo que en la primera fluoroscopia fué calificada como lobitis inferior. Existe todavía el neumo, que no se ha llegado a reabsorber y una opacidad difusa debida probablemente a la pleuritis, que existió.

No hay derrame.

A la fluoroscopia: Signo de Kiembok positivo.

En Junio 4 de 1935, se hizo la Radiografía N° 2993.

En esta radiografía, se observa que el Neumotórax espontáneo se ha reabsorbido bastante, el diafragma no ha ascendido más que en la anterior, es muy notable la carpa diafragmática producida por la adherencia del lóbulo inferior, y es más intensa la desviación de los órganos mediastinales, hacia el lado derecho, no hay derrame pleural. Ahora que la opacidad difusa del pulmón colapsado es menor que en la anterior Radiografía, por haber sido reabsorbido, en parte el neumotó-

rax, es más visible la lobitis inferior a que hicimos alusión al comienzo de esta historia.

Conclusión: Caso de pleuresía purulenta tuberculosa, sobre infectada y con fistula torácica, cuya curación ha sido eficientemente ayudada por la frenicectomía.

CASO A.

P. C., de 24 años de edad. Soltero. Agricultor. Nacido en La Magdalena, cerca de Babahoyo y residente en La Magdalena.

Poco tabagismo, poco alcoholismo. Peso 43 kilos.

Antecedentes familiares: Padre goza de salud. La madre que murió hace algún tiempo sin saber de qué, ha tenido 3 hijos: éste y 2 que gozan de salud.

Enfermedades de la infancia: Varicela, tosferina, asma hasta los 10 años.

Enfermedades venéreas: no hay.

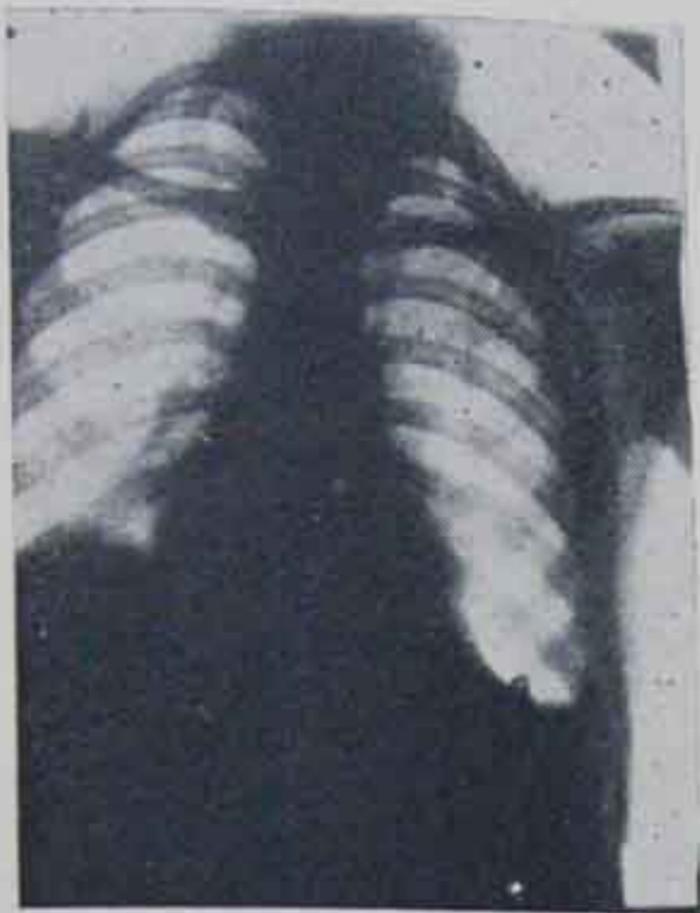
Enfermedades que ha tenido posteriormente: Paludismo repetidas ocasiones. En el tubo digestivo, diarreas frecuentes y parasitismo intestinal a Ascárides.

Aparato circulatorio y urinario: no hay antecedentes patológicos.

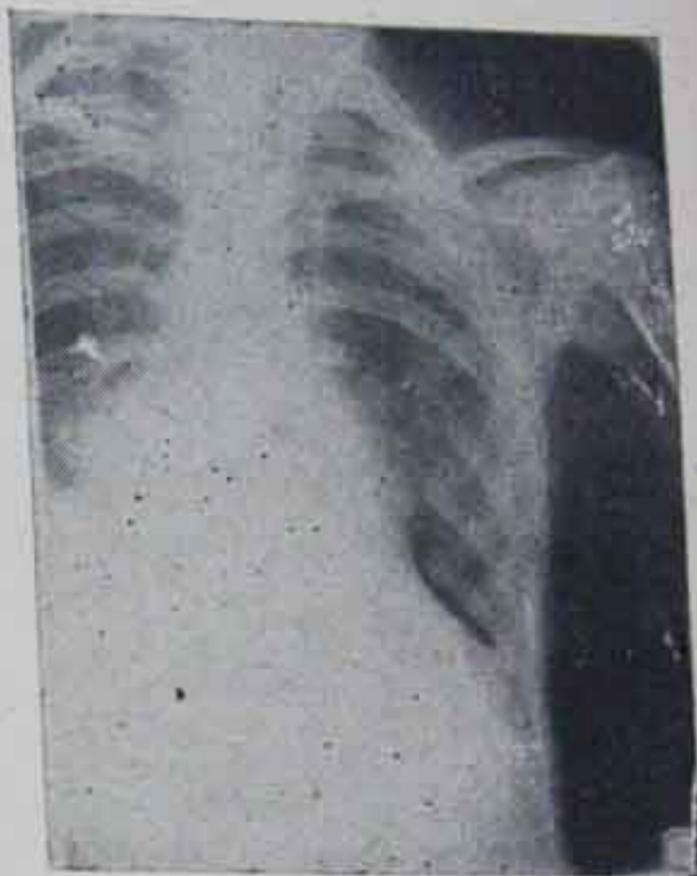
Aparato respiratorio: Parece que el enfermo ha sufrido muchas veces, de procesos agudos pulmonares, cuya naturaleza no puede precisar.

Enfermedad actual: Hace dos años, traumatismo violento en la región pectoral izquierda, fué atendido primero en Guaranda y luego en el Hospital de Quito, en donde le practicaron diferentes toracentesis por muchas ocasiones, extrayendo pus de color obscuro (sic) luego vino a Guayaquil, ingresó al Hospital General, Sala S. Gabriel, en donde le hicieron una toracentesis, estuvo allí 3 semanas y fué pasado al Servicio de Cirugía de S. Miguel, en Diciembre 10 de 1934. Se hizo el diagnóstico de pleuresía purulenta tuberculosa sobreinfectada y se le practicó una pleurotomía con resección costal. B. K. +

En Febrero 4 de 1935 se le hizo la Radiografía N° 2775, en la cual se pudo apreciar, la existencia del neumotórax, la presencia de adherencias que impiden el colapso, y además el engrosamiento bastante apreciable del hileo pulmonar de lado derecho.



Caso A. Radiografía N° 2775 tomada en
Febrero 4 de 1935.



Caso A. Radiografía N° 2889 tomada
en Marzo 23 de 1935.



Caso B. Radiografía N° 2887 tomada
en Marzo 23 de 1935.



Caso B. Radiografía N° 2993 tomada en
Abril 16 de 1935.

Febrero 11-35.—El enfermo pide el alta, por temor a la frenicetomía que se le ha indicado.

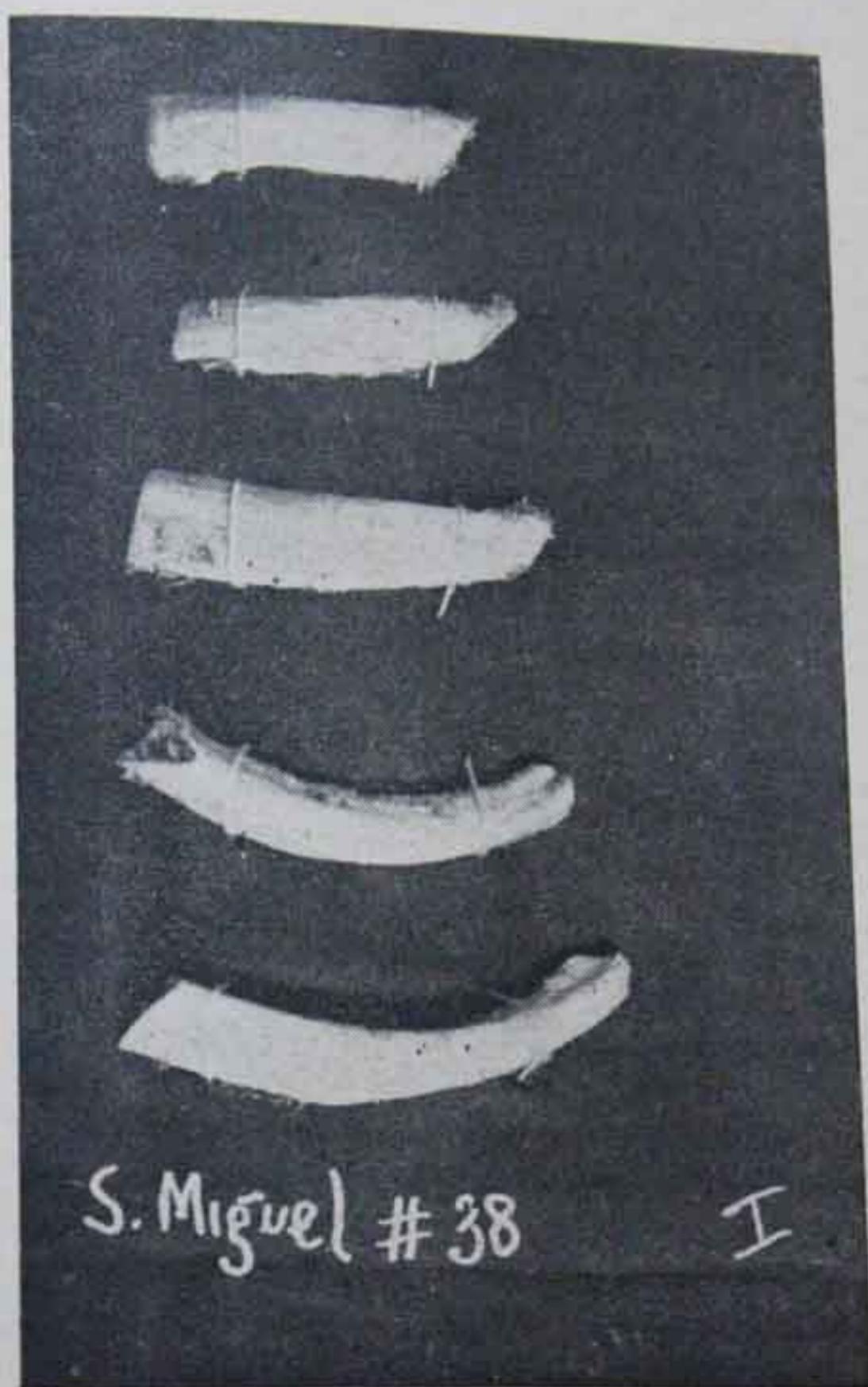


Fig. N° 1.

Febrero 13-35.—Después de dos días de estadía fuera del Hospital, regresa el enfermo a la Sala S. Miguel, y se le practica inmediatamente una frenicectomía con anestesia local. Desde esta fecha hasta el 2 de Marzo, persiste la supuración abundantemente y por esta razón se resolvió practicar una toracoplastia de Sauerbruch. Se resecaron las costillas 11-10-9-8-

7 con anestesia loco-regional, para lo cual empleamos 200 gr. de la Solución al 1.2%. Tiempo de operación: 36'.

Se practicó la resección de 8 cm. de la 11ª costilla,
 7 10ª ..
 6.5 9ª ..
 5.5 8ª ..
 5 7ª ..

Total: 32 centímetros.

Operó el Dr. Maldonado Carbo, ayudado por el suscrito.

En este caso la herida operatoria duró algo más de 15 días en cicatrizar, por la vecindad de la fistula pleural, que se encontraba muy atrás, ya que élla fué hecha sin preveer la necesidad posterior de una plastia. Al terminar la operación se hizo vendaje comprensivo para favorecer el colapso.

Abril 3-35. — El enfermo presenta síntomas de insuficiencia cardiaca, disnea de esfuerzo, aceleración del pulso, congestión de la base pulmonar derecha, hígado congestionado, pequeña ascitis, edema de las extremidades inferiores, albuminuria y oliguria. Se administra digital X gotas.

Abril 4-35. — Se continúa la administración de digital X gotas.

El enfermo ha presentado deposiciones diarreicas en número de 6, en las cuales se ha precisado la existencia de abundante Amibas histolíticas, Trichomonas, fibras musculares y Ankilostomas.

Abril 5-35, se administra Digital X gotas e inyecciones de emetina y Bacterina E.: han entrado en regresión los síntomas de insuficiencia cardiaca, sin embargo persiste la albuminuria, y los edemas, aunque menos intensos, se han generalizado.

Abril 6. — El enfermo muy anémico, en anasarca, presenta oliguria y albuminuria. A pesar del tratamiento emetinico y de bacterina antidisentérica, persiste la diarrea. Peso del enfermo: 40 kilos.

Abril 7: se agrava aún más el cuadro del día anterior.

Abril 9: ha aumentado la caquexia del enfermo.

Egreso del servicio de S. Miguel.

Comentario: en este enfermo el post-operatorio ha sido complicado, por la insuficiencia del corazón y los síntomas de nefritis probablemente de origen tóxico intestinal, pudiendo tomarse en cuenta también la probable degeneración del parénquima renal, tan común en las grandes supuraciones.