SUMARIO

Pío pneumo - tórax hidático — por el Dr. C. Victor Armand Ugón.
Quistes hidáticos de la región carotidea — por el Dr. J. C. Castiglioni Alonso
Oclusión intestinal por divertículo de Meckel
Oclusión intestinal por torsión axial del mesenterio — por el Dr. Velarde Pérez Fontana.

Presentado en la sesión del 30 de Abril de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Pio pneumo - torax hidático

(Perforación pulmonar en el curso de un pneumo-tórax terapéutico por quiste hidático peri-hiliar abierto en los bronquios)

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor H. García Lagos)

Por el Dr. C. VÍCTOR ARMAND UGÓN

El pneumo - tórax espontáneo es sumamente raro, contrariamente al pneumo - quiste, afección frecuente en nuestro medio. No existe en la literatura médica nacional ningún caso publicado de pneumo - tórax hidático.

Es muy posible que permanezca ignorada la etiología hidática en el grupo numeroso de los pneumo - tórax espontáneos que, casi automáticamente, se etiquetan como tuberculosos. Lo prueba la historia clínica siguiente:

Observación. — Jesús Z..., 24 años, tintorero, nacido y criado en una estancia del Dpto. de Florida.

Antecedentes personales y familiares: Padres sanos como asimismo 5 hermanos. Hace unos tres años convivió con un pariente que falleció de tuberculosis pulmonar. Siempre ha sido sano.

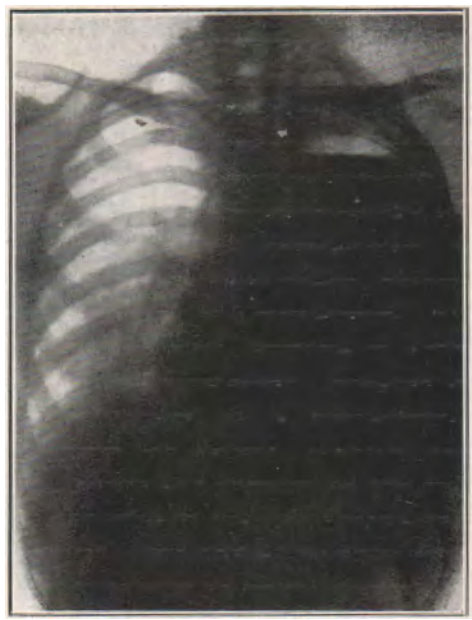
Enfermedad actual: Se inicia en 1926 de una manera lenta e insidiosa por tos, expectoración y adelgazamiento. La expectoración disminuye hasta desaparecer en 1927; en esa época tiene una hemoptisis que, por primera vez, lo lleva a guardar cama, y luego consulta al médico. Es dirigido al Servicio de Pulmonares del Dr. Sarno, en el Hospital Fermín Ferreira, donde se constata lo siguiente: Sujeto con estado general bueno y que no presenta ninguna anormalidad al examen clínico de su tórax; la radiografía muestra por el contrario una cavidad yusta - hiliar izquierda, imperfectamente redondeada, del tamaño de una naranja, con escaso nivel líquido y rodeada de un paréquima pulmonar discretamente infiltrado; pulmón derecho normal. La radioscopia permite precisar que el espelonke izquierdo está equidistante de las paredes toráxicas, siendo netamente central. La investigación de bacilos de Kock es negativa. El Casoni es también negativo y la eosinofilia de 1 %. Como apareciera una nueva hemoptisis se decide hacer pneumo - tórax en Febrero de 1928; el pneumo - tórax se hace completo, sin incidencias, sin que ninguna adherencia periférica impida el buen colapso. Cesa la hemoptisis y la expectoración, a pesar de persistir una pequeña cavidad dentro del muñón pulmonar, cavidad que sólo se borra al año de iniciado el pneumo - tórax. Por las gráficas pneumo - toráxicas se puede ver que el promedio de aire inyectado en cada insuflación varía entre 250 y 350 cm^3 terminando siempre en presiones negativas. El pneumo - tórax se mantiene sin complicaciones hasta Mayo de 1929; cuando, horas después de una insuflación, que había sido realizada sin incidentes, el enfermo siente un dolor violento y brusco al nivel de su hemitórax izquierdo, seguido de gran disnea y cianosis, es hospitalizado de urgencia en el Servicio del Dr. Urioste, pues hasta ese momento su tratamiento había sido ambulatorio. La punción pleural revela un aumento importante de la presión pneumo - torácica con relación a la terminal de la última insuflación. El estado es alarmante. Se deja una aguja a permanencia durante 24 horas para drenar el pneumo - tórax que se ha vuelto fuertemente positivo. En los días subsiguientes aparece un derrame y vómicas purulentas. Se instaura un oleo - tórax para tratar la perforación pulmonar, obteniendo una acalmia transitoria.

Al mes reaparecen vómicas purulentas y aceitosas, con fiebre alta e irregular, pneumonía por aspiración de la base derecha. El exámen del pus pleural muestra piógenos banales, sin bacilos de Koch; se inocula el cobayo, inoculación que, ulteriormente, ya hecho el diagnóstico exacto, resultó negativa.

Lo examinamos por primera vez el 22 de Junio de 1929, a pedido del Dr. Sarno, quien trató al enfermo hasta ese momento:

Exámen: Estado general grave, estado de nutrición malo, temperatu-

ra 39.º pulso 130, cianosis, disnea, hipocratismo de los dedos, expectoración purulenta con un promedio diario de 500 gramos; los síntomas físicos son de un pío pneumo-tórax izquierdo completo y una córtico pleuritis de la

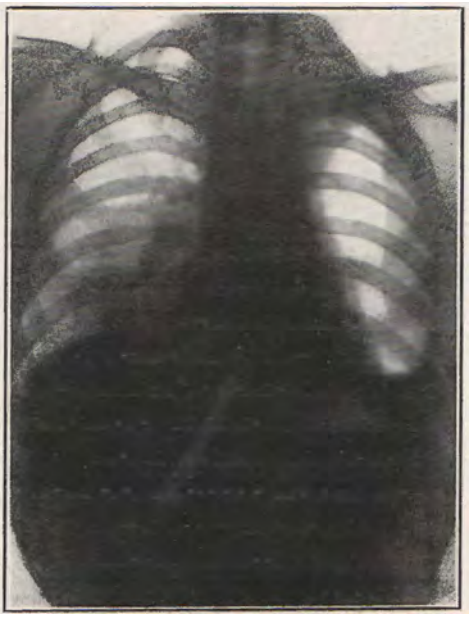


Placa N.º 1

base derecha. (Placa N.º 1). Impresiona como un pio pneumo-tórax tuberculoso, complicado de una metástasis de la base derecha. Resolvemos practicar una pleurotomia axilar izquierda, pasando, con ese fin, el enfermo al Servicio del Profesor García Lagos.

Primera intervención: 22|Junio|1929. Bajo la anestesia local resección de la 10.ª costilla en la línea axilar. El fondo de saco pleural está muy espesado y obliterado. Resección de la 8.ª costilla, pleurotomía mínima y sifonage de la pleura. La temperatura baja mejorando notablemente el enfermo. Como el drenage no funciona se retira al 5.º día el tubo y ante nuestra estupefacción aparece en la brecha operatoria una membrana hidática de unos 10 cmts. de diámetro muy bien conservada. El sifón se descarga con frecuencia, hecho explicable por la presencia de una fístula bronco-pleural; pero se deja a permanencia para evitar la ventilación pleural y favorecer la reexpansión pulmonar. El enfermo practica sesiones diarias de espirometría y gimnasia respiratoria. Al mes y medio la reexpansión

pulmonar es nula. Resolvemos practicar una toracoplastía total para suprimir la vasta cavidad pleural supurante. (Fig. 2).



Placa N.º 2

Intervención. Primer tiempo: Posición de Lamas, anestesia local y luego troncular, resección de las 6 primeras costillas, alcoholización de los intercostales cierre en tres planos.

Segundo tiempo. 12 días después resección de las 4 costillas subyacentes.

Postoperatorio sin complicaciones. El control radioscópico muestra la desaparición casi completa de la cavidad pleural, excepción hecha de la porción axilar, donde persiste la ampolla pneumo-torácica, punto de partida de un pequeño derrame purulento que requiere nueva intervención.

1.º de Setiembre de 1929. Resección de 4.º y 5.º costilla en la zona axilar, bajo anestesia local, pleurotomía, evacuación del derrame enquistado, drenage. Curación sin incidentes.

El enfermo es dado de alta en Octubre sin presentar al examen al estado de reposo ningún trastorno funcional.

Es examinado nuevamente en Abril de 1930 no tiene tos, ni expectoración, ni disnea, el pulso es de 90. Ha reanudado su trabajo de tintorero. Sólo se queja de un poco de fatiga al practicar ejercicios físicos. Ha aumentado 15 kilos de peso. Se constata la poca deformación de su tórax a la inspección que contrasta con la enorme mutilación apreciable a

la radiografía. Ya hemos insistido sobre la función que desempeña el cinturón cleido-escapular como soporte de las partes blandas disimulando así el aplastamiento costal.

CONSIDERACIONES

1.º Desde el punto de vista clínico.

Es interesante hacer resaltar la presencia de vómicas en este caso de pío-pneumo-tórax por perforación pulmonar, en el curso de un pneumo-tórax por quiste hidático vomicado, contrariamente a lo que pasa en los pio-pneumo-tórax operatorios y espontáneos.

La razón es sencilla. En estos últimos al perforarse el pulmón se produce el pneumo-tórax y el colapso completo del pulmón, cerrando por consiguiente la brecha pulmonar. Por el contrario si ya existe el pneumo el colapso sobre agregado por la perforación es pequeño y casi siempre ineficaz para obliterar la perforación pulmonar, dejando persistir la comunicación bronco - pleural con todas sus consecuencias.

2.º Neumo-tórax en los quistes hidáticos del pulmón.

Las tres indicaciones que admiten Déve y Dumarest son las siguientes:

1.ª Quiste hidático cuya curación espontánea es muy lenta y se complican de hemoptisis a repetición.

2.ª Quistes pulmonares centrales, supurados y persistentes cuya adventicia ha sido indurada por procesos infecciosos y 3.ª Cuando a falta de operación, cuando la presencia de vómicas purulentas, acompañadas de alteración del estado general y que el exámen radiológico no permite indicar al cirujano el asiento exacto de la cavidad pulmonar que se debe drenar.

Nuestra observación permite sospechar que estas indicaciones se presentaban en el caso relatado — hemoptisis y quiste persistente desde hace dos años. Sin embargo el pneumo terapéutico no obtiene fácilmente la desaparición de la imagen cavitaria. Y a los dos años se puede extraer una hermosa membrana hidática. Esto nos invita a reflexionar sobre la eficacia terapéutica del pneumo - tórax en estos casos, y además preguntarnos si los pocos casos publicados y curados con pneumo - tórax no se han curado espontáneamente y **a pesar del pneumo - tórax.** Conocemos un enfermo tratado con pneumo - tórax quien continuaba con hemoptisis. Abandona el pneumo - tórax, después de año y medio de tratamiento. Se reexpande el pulmón y el enfermo vómica una gruesa membrana hidática, curándose definitivamente.

En cuanto a la tercera indicación dada por Dévé es en la práctica sumamente rara. Es casi siempre posible localizar el quiste — gracias al nivel hidro - aéreo tan característico, — si se cuida de morfinizar previamente al paciente, para hacer más característico ese nivel. Cuando es imposible, es porque existe una reacción pleural, que hará imposible el

pneumo - tórax por quiste hidático, o peligroso, por la perforación pulmonar, complicación sumamente grave y de un tratamiento largo y penoso. **Consideramos que la colapsoterapia médica o quirúrgica está siempre contraindicada en los quistes vomicados.**

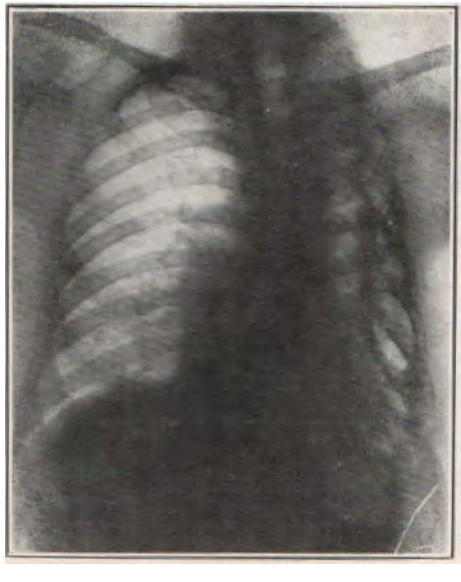
3.º Necesidad de pleurotomizar los pío - pneumo - tórax

Me permito insistir en la necesidad de pleurotomizar y sifonar los pío - pneumo - tórax tuberculosos superinfectados o a piógenos banales. Este **debe ser un tratamiento de urgencia.** Es la mejor manera de evitar las neumonías por aspiraciones contralaterales, que son muy frecuentes en los pío - pneumo - tórax por fistulización brónquica.

El drenage correcto suprime el martirio de las vómicas, permite una mejoría notable del estado general, haciendo posible, sin riesgos para el enfermo y ya "en frío", la toracoplastía curadora, si está indicada.

Decorticación pulmonar o toracoplastia

En nuestro enfermo, ¿debíamos tentar una decorticación pulmonar, intervención que nunca hemos realizado ni visto realizar, o debíamos ir



Placa N.º 3

a la supresión de la cavidad supurante mediante una plastía? Me resolví por lo segundo sacrificando el pulmón.

En efecto, la fistulización bronco - pleural contraindica la decortica-

ción porque la hace inoperante y muy grave por la infección inevitable; en segundo lugar, la comprensión pulmonar terapéutica prolongada había alterado la expansibilidad pulmonar. Por el contrario, la plastía es, en estos casos de pulmón colapsado, muy benigna, no hay shok pulmonar, el mediastino está fijo, y todo se reduce a una operación parietal nunca grave si se hace en dos tiempos.

Quiero insistir con Wilms y Sauerbruch, la **resección costal angular posterior asegura, con una resección mínima de costilla un óptimo colapso.** Agregando la resección de la primera, "llave del vértice del tórax", como dice Berard, se hace posible el derrumbamiento hemitorácico, suprimiendo así amplias cavidades supurantes.

Presentado en la sesión del 30 de Abril de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Quistes hidáticos de la región carotidea

Por el Dr. JUAN C. CASTIGLIONI

El interés de esta comunicación reside en la localización poco frecuente del quiste hidático en esta región.

Se trata de un enfermo de 31 años de edad que hace nueve años notó la aparición de una tumoración en su cuello a la cual no dió mayor importancia por la ausencia de molestias, hace un año notó que aumentaba de tamaño y es por lo que tiempo después, viene a consultar.

Se constata la presencia de dos nódulos tumorales, del tamaño de un huevo de gallina, colocados en la región carotidea a la altura del ángulo del maxilar inferior, por debajo del músculo. E. C. M. de consistencia muy dura, e independiente del otro, presentando un poco de movilidad en el sentido transversal y muy poca de arriba a abajo.

El exámen general del enfermo es negativo, se investigan antecedentes bacilares que también son negativos.

Radioscopía y Radiografía del Tórax no muestran nada anormal en el mismo.

Examen de boca y laringe negativo.

Examen de sangre da fórmula sanguínea normal, apareciendo en ella un solo eosinófilo. Se plante el diagnóstico entre ganglios y lipoma profundo y con este último se va a la intervención. Operamos con el doctor Velarde Pérez Fontana con anestesia local a la novocaina. Incisión a lo largo del borde anterior del S. C. M. reclinamos éste, encontrando las formaciones quísticas que presentamos, las cuales por un lado presentaban unión con la vaina y la más anterior de ellas descansaba sobre el paquete vascu-