

L A S S U P U R A C I O N E S P U L M O N A R E S

N O T U B E R C U L O S A S

Tesis de doctorado de:

OVIDIO SANTISTEVAN HERRERA

Padrino de tesis:

Dr. SALOMON ZABLUDOVICH

Año 1952

M I N I S T E R I O D E E D U C A C I O N

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES:

RECTOR:

Profesor Carlos Pascali

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Puciarelli

PROSECRETARIO GENERAL:

Dr. Juan Carlos Nievas

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don José Muñoz

CONTADOR GENERAL:

Profesor Enrique Jorge Mateo Barbier.

- - - - -

F A C U L T A D D E C I E N C I A S M E D I -
C A S .

AUTORIDADES:

DECANO:

Prof: Dr. Alberto Gascón

VICEDECANO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

SECRETARIO:

Dr. Flavio J. Brasco

PROSECRETARIO:

Don Rafael G. Rosa.

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

Prof. Dr. Carlos Floriani

Prof. Dr. Fidel A. Maciel Crespo

Prof. Dr. Enrique C. Baldasarre

Prof. Dr. Valentín C. Girardi

Prof. Dr. Ernesto L. Othaz

Prof. Dr. Pedro A. Crocchi

Prof. Dr. Aldo E. Imbriano

Prof. Dr. Francisco Martone

Prof. Dr. Manuel M. del C. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco
Dr. Greco Nicolás V.
Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmologica
Dr. Baldassare Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica
Dr. Bianchi Andrés C.- Anatomia y F. Patologicas
Dr. Caeiro José A.-Patologia Quirúrgica
Dr. Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria
Dr. Carreño Carlos V.- Higiene y Medicina Social
Dr. Cervini Pascual R.- Cl. Pediatrica y Puericultura
Dr. Corazzi Eduardo S.- Patologia Médica Ia.
Dr. Christmann Federico E. B.- Cl. Quirúrgica IIa.

Dr. D'Ovidio Francisco R.E.- Pat. y Cl. de la Tuberc.
Dr. Echave Dionisio.- Fisica Biologica
Dr. Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringologica
Dr. Floriani Carlos.- Parasitologías
Dr. Gandolfo Herrera Roberto I.- Cl. Ginecologica
Dr. Gascón Alberto.- Fisiologia y Psicologia
Dr. Girardi Valentin C.- Ortopedia Y Traumatologia
Dr. Irigoyen Luis.- Embriologia e H. Normal
Dr. Lambre Rómulo R.- Anatomia Ia.
Dr. Lyonnet Julio H.- Anatomia IIa.
Dr. Madiel Crespo Fidel A.-Semiologia y Cl.Propedeutica
Dr. Manso Soto Alberto E.- Microbiologia
Dr. Martinez Diego J.J.- Patologia Médica IIa.
Dr. Mazzei Egidio S.- Cl. Médica IIa.
Dr. Montenegro Antonio.-Cl. Genitourologica
Dr. Monteverde Victorio.- Cl. Obstetrica
Dr. Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
Dr. Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilografica
Dr. Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Ia.
Dr. Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
Dr. Sepich Marcelino J.- Cl. Neurologica
Dr. Uslenghi José P.- Radiologia y Fisioterapia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Acavedo Benigno S.- Química Biológica (1)
" Andrieu Luciano M.- Cl. Médica Ia.
" Barani Luis Teodoro.-Cl. Dermatosifilografica
" Bach Victor Eduardo.- Cl. Quirúrgica Ia.
" Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
" Bellingi José.-Pat. y Cl. de la Tuberculosis
" Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilografica
" Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Puericultura
" Calzetta Raúl V.-Semiología y Cl. Propedéutica
" Carri Enrique L.- Parasitología
" Cartelli Natalio.- Cl. Genitourológica
" Castedo César.- Cl. Neurológica
" Castillo Odena Isidro.-Ortopedia y Traumatología
" Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica (1)
" Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilografica
" Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
" Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
" Chescotta Néstor A.- Anatomía Ia.
" Crocchi Pedro A.-Radiología y Fisioterapia
" Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
" De Lena Rogelio E. R.- Higiene y Medicina Social
" Dragonetti Arturo R.- Higiene y Medicina Social(I)
" Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
" Dobric Beltran Leonardo L.-Pat. y Cl. de la Tuberc.
" Fernandez Audisio Julio César.- Cl. Ginecológica
" Fuertes Federico.-Cl. de Enf. Infecciosas y Pat.Trop.
" Garibotto Roman C.- Patología Médica IIa.
" Garcia Olivara Miguel Angel.- Medicina Legal
" Giglio Irma C. de- Cl. Oftalmológica
" Giroto Rodolfo.- Cl. Genitourológica (1)
" Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
" Guixá Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica
" Gorostarzu Carlos María C.- Anatomía IIa.
" Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
" Imbriano Aldo Enrique.-Fisiología y Psicología
" Lascano Eduardo Florencio.-Anatomía y F.Patológicas
" Logascio Juan.- Patología Médica Ia.
" Loza Julio César.- Higiene y Medicina Social
" Lozano Federico S.- Cl. Médica Ia.
" Mainetti José María.-Cl. Quirúrgica Ia.
" Martini Juan Livio.- Cl. Obstétrica
" Manguel Mauricio.- Cl. Médica IIa.

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
 - " Meilij Elías.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
 - " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica IIa.
 - " Morano Brandi José.- Cl. Pediatría y Puericultura
 - " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
 - " Naciff Victorio.- Radiología y Fisioterapia
 - " Naveiro Rodolfo.- Pat. Quirúrgica
 - " Negrete Daniel Hugo.- Pat. Médica
 - " Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
 - " Prieto Díaz Herberto.- Embriología e Histología(1)
 - " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
 - " Ruera Juan.- Pat. Médica Ia.
 - " Sánchez Héctor J.- Pat. Quirúrgica
 - " Torrez Manuel M. del C.- Cl. Obstétrica
- Dr. Trinca Saul E.- Cl. Quirúrgica IIa.
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Tosi Bruno.- Cl. Oftalmológica
 - " Tropeano Antonio.- Microbiología
 - " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
 - " Vanni Edmundo.- Semiología y Cl. Propedéutica
 - " Vázquez Pedro C.- Pat. Médica IIa.
 - " Votta Enrique A.- Pat. Quirúrgica
 - " Zabudovich Salomón.- Cl. Médica IIa.
 - " Zatti Herminio L.M.- Cl. Enf. Infecciosas y P. Tropical (1)
 - " Roselli Julio.- Cl. Pediatría y Puericultura
 - " Schapounik Fidel.- Cl. Médica IIa.
 - " Caino Héctor Vicente.- Cl. Médica Ia.
 - " Cabarron Artura.- Cl. Médica Ia.
 - " Arditti Rocha René J.J.- Cl. Psiquiátrica
 - " Martone Francisco.- Higiene y Medicina Social

Nota.- La Llamada (1) significa que el Profesor está a cargo de la Cátedra.

Conceptos Generales.- Con el nombre de supuraciones pulmonares no tuberculosas vamos a englobar el estudio del absceso y la gangrena pulmonar.-

"El absceso pulmonar es una zona localizada de supuración en el pulmón con formación de cavidades o sin ellas. Va acompañado de necrosis más o menos extensa de tejido y que cuando ésta es masiva se suele denominar gangrena pulmonar" (Cécil).-

La Historia de las supuraciones pulmonares es reciente, tal es así, que los tratadistas clásicos poca o ninguna importancia le atribuían, comunmente pasaban desapercibidos porque por lo general eran rotulados como otros padecimientos, en especial pleuresía interlobares o pleuresías enquistadas.-

Esto nos explicamos, porque es de tener en cuenta que entonces solo se poseían los elementos de la técnica semiblógica para arribar al diagnóstico.-

En la actualidad, con mejores elementos de investigación y en especial de la radiología, se ha llegado a hacer un estudio más completo del proceso, y ya está en nuestro ánimo la idea de que no se trata de un padecimiento raro, sino que es, a medida que el proceso se ha ido estudiando en forma más completa, mucho más frecuente de lo que se creía.-

También los tratadistas clásicos con LAENNEC a la cabeza pretendieron hacer una separación neta entre absceso pulmonar y gangrena pulmonar. Para ellos el absceso era un proceso de supuración pulmonar, en cambio la gangrena era un proceso de mortificación, de necrotización.-

Este y otros tantos conceptos artificiosos -- eran expuestos para tratar de justificar una separación que a las luces de los nuevos conocimientos --

//////

anatomoclínicos no resisten una crítica severa.-

Tales conceptos por ejemplo: el que se fundaba en que el absceso es un proceso bien delimitado, en el cual vemos muchas veces, una vez que ^{ya} eliminado toda o una parte de su contenido, - una cavidad con nivel hidro-aéreo; en tanto que la gangrena es un proceso menos delimitado, difuso, y que no presentaría nivel hidro-aéreo. Concepto también equivocado, ya que muchas veces es posible ver a la gangrena adquirir límites netos, con cavidad y niveles hidro-aéreos.-

Lo mismo podemos decir con respecto de la membrana limitante propia del absceso. En esta localización no es un atributo especial del mismo, pues la gangrena pulmonar puede llegar a mostrarla. Además existen casos de procesos supurados bien delimitados, que precisamente por este carácter de delimitados y ^{presentar} membrana propia se consideraban como absceso, y sin embargo el pús era francamente pútrido, fétido, y que se los denominada "abscesos pútridos del pulmón, y eran considerados como una etapa intermedia entre el absceso y la gangrena pulmonar.-

Al estudiar la anatomía patológica veremos que en el absceso hay mortificación y eliminación de tejidos esfacelados, condición que los clásicos también consideraban como privativa de la gangrena pulmonar.-

Todos estos elementos de juicio que acabamos de pasar en revista nos llevan a que pensemos que no se trata de un proceso diferente, -- sino de uno mismo, y que varía, como luego veremos, de acuerdo a la calidad del agente patógeno

////

causal y la modalidad reaccional del sujeto.-

Sintetizando diremos que el concepto actual - considera que no debemos separar el absceso de la - gangrena pulmonar, que unas veces el proceso supura- tivo tiene un carácter más pútrido en cambio otras- veces tiene un caracter mas definitivamente purulentó y que por lo tanto, absceso y gangrena pulmonar no- son sinó diferentes maneras de manifestarse clínica- mente un mismo proceso, que genéricamente podemos - llamarlas supuraciones pulmonares o procesos supura- tivos de pulmón.-

Etiología:- Los gérmenes patógenos causantes - de las supuraciones pulmonares son muy variados, y si bien algunas veces la identificación del agente- causal es posible, con frecuencia la comprobación - de asociaciones microbianas en la expectoración o - en el pus, hace que se torne difícil el diagnóstico etiológico.-

En términos generales la flora microbiana pió- gena aerobia predomina en los procesos agudos, en - tanto que en las supuraciones crónicas predominan - los anaerobios, pero repetimos, en uno y otro caso- la asociación microbiana es muy frecuente.-

No existe aún acuerdo sobre cuál de los gérme- nes aerobios es el más frecuentemente encontrado, - para unos sería el neumococo en su variedad IV, pa- ra otros sería el estreptococo viridans. El tercer- germen piógeno más frecuentemente hallado parece - ser el neumobacilo de Friedlander, atribuyéndose a- este germen la producción de abscesos a forma espe- cial, verdaderos flemones difusos, con lesiones ne- croticas, hemorrágicas y supurativas que llegan rá- pidamente a la cavernización .-

//////

Aparecen tambien estafilococos de diferentes tipos (aureus, albos), micrococcus catarrhalis, enterococcus, y más raramente el bacilo tífico, paratífico, micrococcus melitensis y ameba histolítica.-

En cuanto a los anaerobios tenemos los saprófitos de las vías aéreas superiores, b. ramosus, - b. funduliformis, b. Perfringens, b. fusiformis, - etc.-

Investigaciones muy extensas llevadas a cabo en diferentes países, sobre todo por SERGENT y colaboradores, BEZANCON, KINDBERG, DELAMARE, y otros, demuestran la frecuencia con que se encuentra en el pus de las supuraciones pulmonares así como tambien en el material de expectoración de estos sujetos, - la asociación de una espiroqueta que fuera encontrada por primera vez por RONA en 1905, y sobre la que BUDAY en 1910 hizo un estudio casi exhaustivo, con el bacilo fusiforme, constituyendo lo que VINCENT denomina asociación fuso-espirilar.-

Experimentalmente ha sido posible determinar en animales de experimentación procesos exactamente iguales que las supuraciones pulmonares en su forma gangrenosa por la inoculación de estos agentes patógenos de acuerdo a lo manifestado por VERTIMEN y KLINE. El material usado para sus experiencias fué obtenido de la dentadura septica de un enfermo y del pus de un absceso gangrenoso de pulmón.-

Explicaría esto tambien la frecuencia del reconocimiento de procesos supurados de pulmón en sujetos que padecen de angina de Vincent, de flemones dentarios y amigdalinos, gingivitis, caries dentarias en procesos en los cuales sabemos que juega un

////

gran papel esta asociación microbiana.-

SMITH (citado por Rubin), encontró que el número mínimo de gérmenes necesarios para desencadenar un proceso de carácter gangrenoso en los animales, era: 1) una de las siguientes espiroquetas: t. microdentium, t. macrodentium, t. Vincent y t. buccale. 2) uno de los dos tipos de bacilo fusiforme, - pequeño o grande, 3) un vibrión, y 4) uno de los diversos cocos, cualquiera de ellos. Ninguno de estos gérmenes inyectado solo pudo provocar la enfermedad, en cambio, cuando se los inyectó asociados, se observó que daban origen a gases, olor fétido y pus verdoso.

En términos generales podemos decir: cuando existen aerobios tendremos colección supurada o absceso simple, y cuando hayan anaerobios o asociación fuso-espirilar de Vincent tendremos el absceso pútrido, fétido o gangrena pulmonar.-

Patogenia:

Mucho se ha discutido sobre la vía que siguen los gérmenes patógenos para radicarse en el tejido pulmonar, podemos sintetizar diciendo que se pueden reducir a cinco las teorías fundamentales:-

1º) Por vía linfática. Estudios experimentales fundados en la inyección de materias colorantes a nivel de las amígdalas palativas, han demostrado la existencia de comunicaciones linfáticas con el parénquima pulmonar. Algunos autores como KOULINSKI y SERGENT aceptan esta vía basando sus observaciones en la estrecha relación existente entre las amigdalectomías y algunos tipos de anginas como la de Vincent y la supuración pulmonar.-

////

Pero la falta de observaciones posteriores que confirmen este planteamiento ha desautorizado esta teoría.-

2°) Por vía sanguínea:- También llamada vía hematógena, sostenida por algunos investigadores como CUTTLER, HOLMAN, COOLEY, y otros más, dicen que sería producida por embolias septicas, como consecuencias de intervenciones quirúrgicas sobre abdomen, - en especial de vías biliares y apéndice y hasta se ha llegado a inculpar a los gérmenes saprófitos de la luz intestinal, que como consecuencia de las manipulaciones del acto operatorio se desplazarían al torrente sanguíneo general.-

Coadyuvaría este modo de pensar el hecho de q' en algunos post-operatorios de abdomen, aparecen - multiples focos pequeños y que tendrían un mecanismo miliar de producción.-

Otras veces el origen de la piehemia puede hallarse en un foco supurativo cualquiera, como ser - un foco de osteomielitis, un apendice supurado, una colecistitis, una otitis media, vegetaciones del endocardio, una tromboflebitis, etc. En estos casos - los gérmenes más frecuentemente encontrado es el estáfilococo, estreptococo y otros piógenos.-

3°) Por vía broncógena ó aspirativa: Sin duda - la más frecuente. Apoya esta teoría el hecho de q' los gérmenes hallados en las vías aéreas superiores son similares a los de la colección supurada.-

Lo más frecuente de observar es la aspiración - broncógena de material infeccioso a partir de las - vías aéreas superiores durante intervenciones qui - rurgicas bajo anestesia general, o despues de trau - matismos, ~~o de estados acompañados~~ de pérdida de la

/////

conciencia.-

La experimentación clínica ha demostrado que durante las prácticas de amigdalectomias parte del material séptico es aspirado con el movimiento respiratorio, esto según CHEVALIER JACKSON sucedería hasta en el 50 % de los casos. Por medio de la endoscopia se ha constatado la presencia de tejido amigdalino, secreciones bucofaríngeas y sangre en la tráquea y bronquios grandes y si bien en todos los casos no se establece una colección supurada es debido al mecanismo de defensa orgánico representado por el reflejo tusígeno. ASCOLI suprimiendo este reflejo logra en animales de experimentación la formación del absceso.-

Estas observaciones han sido aprovechadas en el campo médico y desde el año 1928 se aplica la aspiración traqueal en las intervenciones sobre vías aéreas superiores para evitar esta emergencia, y WILLI y MAYER han dicho que desde que aplican este procedimiento han disminuido considerablemente sus observaciones de colecciones pulmonares supuradas en el post-operatorio de intervenciones sobre vías aéreas superiores.-

4°) Vía transtorácica.- Consecuencia de la penetración de gérmenes a través de traumatismos penetrantes del torax (heridas de proyectil, instrumentos cortantes o punzantes). Su claridad nos exime de todo comentario.-

5°) Por contiguidad.- Como consecuencia de la evolución progresiva de un proceso supurado de vecindad (empiema, absceso subfrénico, absceso hepático, quiste dermoide o supurado de mediastino, etc),

//////

proceso situado fuera del pulmón y que buscando un camino de evacuación natural por vómica atraviesan el parénquima pulmonar constituyendo un estado previo de absceso pulmonar antes de abrirse en el árbol bronquial. Son los llamados "abscesos de tránsito" - por JIMENES DIAZ.-

Anatomía Patológica:

Las colecciones supuradas del pulmón tienen - preferencia para su localización en los lóbulos inferiores y sobre todo en el pulmón derecho. Su tamaño varía desde el tamaño de una cabeza de alfiler hasta el de una naranja. En cuanto al número, puede ser único o múltiple; por lo general, cuando se establece siguiendo la vía bronquial o aerógena es único y de gran tamaño; en otros casos, las menos, - cuando la infección ha llegado por vía sanguínea, - pueden ser múltiples y de pequeño volumen, localizados preferentemente en las zonas corticales del órgano, subpleurales.-

Ya desde los magistrales trabajos de LAENNEC, - conocemos el cuadro anatomopatológico. Dividió la evolución de los procesos supurados de pulmón en - tres estadios o etapas.-

1a. etapa: Llamado periodo de congestión e infiltración, en el cual una cierta porción del tejido pulmonar se nos presenta congestionado y hepaticado.-

2a. etapa: ó periodo de secuestro y necrosis, entra en esfacelo una parte de la zona afectada que queda como verdadero secuestro en el centro del proceso.-

3a. etapa: Periodo en el cuál se forman las ca

vidades, debido a que se establecen comunicaciones con la luz bronquial y parte del contenido es eliminado por vómica, o bien es eliminado en forma menos perceptible con la expectoración; como consecuencia de ello nos queda una cavidad revestida de una membrana piógena y ocupada en su parte inferior por un pus cremoso de color verde o amarillento, y en su parte superior por aire.-

En las supuraciones que tienden a la cronicidad, la pared cavitaria se infiltra de tejido fibroso debido a la paulatina organización de los infiltrados, de tal manera que por fuera de la membrana piógena tenemos una membrana conjuntiva de espesor variable.-

Los bronquios no permanecen indiferentes al proceso, y vemos que paulatinamente sus paredes van sufriendo un proceso de esclerosis y como consecuencia de ello se dilatan constituyendo bronquiectasias

Los elementos vasculares sufren procesos trombosantes y a veces rupturas por el mecanismo de la diapedosis que desencadenan cuadros hemoptoicos a veces muy graves.-

En los estadios finales esta fibrosis que se realiza al rededor de la zona abscedada puede alcanzar la serosa pleural y formar adherencias entre la hoja visceral y la parietal que pueden llegar a determinar deformidades torácicas.-

Histopatológicamente, hay un periodo de preparación representado por una alveolitis exudativa purulenta, que no habilita todavía sin embargo para hablar de supuración porque se mantiene intacto el armazón conjuntivo-elástico de los tabiques interal

//////

veolares, pero si la acción de los agentes patógenos continúa, se destruyen estas paredes y se realiza la confluencia de cavidades alveolares, tenemos ya en esta forma instalada la supuración pulmonar desde que se complementan dos condiciones anatómicas indispensables: exudado purulento y confluencia alveolar.

Sintomatología.

Ya se ha hecho clásica la descripción de la sintomatología de las supuraciones pulmonares dividiéndola en tres períodos ó fases: 1º) Período inicial o de supuración cerrada, 2º) Período de vómica o de apertura bronquial, 3º) Período de evacuación bronquial. Cada uno de estos períodos tiene manifestaciones clínicas propias que permiten su reconocimiento. La escuela francesa ha insistido y ha dejado un estudio exhaustivo sobre este tema que podemos considerarlo como consagrado definitivamente.

Veremos a continuación en forma un poco detenida cuales son los hechos que caracterizan estas fases.

1er. Período.— Es el período de formación del absceso, también llamado de pre-vómica o período de supuración cerrada. Se presenta sea bajo la signología clínica de una neumopatía aguda, o bien bajo la forma de un cuadro infeccioso general sin sintomatología de localización precisa.

En la primera forma, que por otra parte es la más común, el enfermo presenta un cuadro que se instala bruscamente: puntada de costado, sensación de constricción torácica, escalofríos, vómitos, su-

doraciones profusas, inapetencia, disnea y cianosis de las mucosas, la respiración es superficial tos y expectoración herrumbrosa, a veces esta tosa adquiere carácter quintoso y resulta molesta y agotadora para el enfermo. Toda esta sintomatología vemos que es similar a la de cualquier otra neumopatía aguda.

Otras veces en cambio vemos que este comienzo es impreciso, el enfermo acusa un malestar general estado febril y cierto grado de disnea, faltando los síntomas típicos de toda neumopatía aguda. Pero pasan unos días y poco a poco se va definiendo va adquiriendo su fisonomía respiratoria, aparece la tos, el dolor torácico, expectoración, fiebre en agujas, y a veces hasta una hemoptisis puede abrir el cuadro.

En la primera forma de presentarse todo nos hace pensar en un cuadro neumónico, pero el hecho de que al 2º o 3º día de evolución sobrevenga la vómica de pus fétido con trozos de esfacelo pulmonar, es muy demostrativo de que se trata de un proceso supurado de parénquima pulmonar.

En la segunda forma pensamos comunmente en un cuadro gripal, hasta que paulatinamente van apareciendo síntomas y signos orientadores.

En este período el examen semiológico pulmonar nos da algunos rales subcrepitantes y una ligera matidez a nivel del sitio afectado. Por el examen radiológico tampoco no obtenemos mayor información: imagen de opacidad variable, bordes esfumados, dependiendo el tamaño de la mayor o menor infiltración de los tejidos.

2º. Período.- Llamado también de apertura bronquial o de vómica. Aquí el fenómeno mas importante

es la vómica. Este hecho sucede unas veces precozmente (4^a ó 5^o día), otras, en cambio, su aparición es tardía (3^a. ó 4^a. semana). Estas formas tardías generalmente son patrimonio de las formas de iniciación insidiosa.

Esta vómica puede ser abundante y arrojada al exterior en forma brusca, de un solo golpe de tos acompañada de una disnea sofocante y estado angustioso. Otras veces en cambio, la vómica es precedida por signos premonitorios que están representados por una acentuación del cuadro general, y no es eliminada de una sola vez, sino que se realiza en varios episodios, es decir, se realiza en forma fraccionada.

La cantidad de material purulento eliminado es variable, oscilando entre 30 y 300 cm³.

De cualquier forma que se presente, la vómica es un elemento de juicio valiosísimo para el diagnóstico, y al decir de algunos autores el fenómeno saliente que orienta en todo momento.

Producida la vómica hay una atenuación del cuadro general, el sujeto está más aliviado, desciende la fiebre, disminuye la tos y la expectoración que tantas molestias ocasionan al enfermo, los mecanismos respiratorios tienden a la normalización, y los fenómenos dependientes de la intoxicación disminuyen considerablemente.

3er. Período.- A este período se le llama también de evacuación bronquial. Aquí el fenómeno predominante lo constituye la expectoración purulenta o francamente pútrida, por lo general abundante en cuanto a cantidad, puede eliminarse material ya en-

forma continua, regular, o bien en forma irregular, por descargas bruscas. A veces suele ser predominante por las mañanas al despertarse, simulando la expectoración del bronquiectásico.

La expectoración varía según sea una supuración simple o del tipo pútrido, en este último caso es de mal olor, y a veces es tan pestilente que se hace inaguantable para las personas que rodean al enfermo.

A la expectoración suelen agregarse cuadros hemoptoicos, expresión de rupturas de vasos de neoformación que nutren la membrana limitante de la colección. Hay oportunidades en que estas hemoptisis adquieren gran significado por la malignidad de ellas cuando son de gran magnitud.

Semiologicamente en este período obtenemos un síndrome cavitario (timpanismo, respiración cavernosa, pectoriloquia y estertores consonantes), aunque por lo general es incompleto y variable por que se pueden unir signos de condensación debidos a la infiltración pericavitaria,

En este período es donde la radiología tiene un valor muy grande: opacidad mas o menos extendida, de tinte uniformemente intenso, contornos mas o menos borrosos y en cuyo interior se dibuja una imagen hidro-aérea, tanto más típica, cuanto mas franca ha sido la vómica.

Clasificación y Formas Clínicas.

Muchas clasificaciones se han propuesto para las supuraciones pulmonares. Interminables han sido los debates originados por autores diversos que pretendían sostener el mejor planteamiento de la clasificación propuesta por ellos.

Así es como a penas se hacha un vistaza sobre lo que se ha escrito al respecto de inmediato se percibe de que en materia de clasificación de las supuraciones pulmonares no se ha seguido un criterio único, y por lo tanto, en el momento actual no se puede aceptar sólo una de las clasificaciones que han sido propuestas.

Expondre sin mayor comentario las mas útiles al medico en general:

Siguiendo un criterio etiologico se las ha agrupado así:

aa) Protopáticas o Primitivas

Tumores abscedados

Infarto séptico de pulmon

Quiste hidatico supurado

b) Deuteropáticas o

Absceso neumonico

Secundarias

" tuberculoso

Goma sifilitico supurado
de emplema

De tránsito de absc. subfre
de absc. medias

Algunos tratadistas han seguido una orientación

clínica:

a) Formas agudas.

b) Formas crónicas

c) Formas subagudas.

Otros en cambio se fundan en criterio radiológico:

co:

a) Formas difusas.

b) " circunscriptas.

c) " a focos múltiples.

d) " a foco único.

e) " típicas con niveles líquidos.

Otras clasificaciones tienen una inspiración

anat6mica:

- a) Formas supuradas.-
- b) Formas gangrenosas.-
- c) Formas supuradas gangrenificadas.-

Otros en cambio han seguido el criterio topogr^á
fico:

- a) Formas corticales.-
- b) Formas centrales.-
- c) Formas hiliares o parahiliares.-
- d) Formas basales.-
- e) Formas apicales.-
- f) Formas complicadas.- /Con bronquiectasias
/Con empiem^a

Tambien por su bacteriolog^{ía} hay otras clasifi
caciones:

- a) Formas simples o por aerobios.-
- b / Anaerobio
- b) Formas gangrenosas /Por aerobio facultativo
/Asociaciones microbiana

Diagn6stico:

Para arribar al diagn6stico positivo tenemos -
varios elementos de investigaci6n que deben ser va-
lorados en forma mesurada y ordenadamente, porque -
el diagn6stico, y luego el tratamiento var^ía de a -
cuerdo al tipo de supuraci6n, al periodo evolutivo-
y a la modalidad reaccional de cada uno de los en -
fermos.-

Cl^ínicamente, ya hemos visto al estudiar la -
sintomatolog^{ía} que en la primera etapa nada nos o -
rienta hacia el diagn6stico de supuraci6n pulmonar,
ya que toda la sintomatolog^{ía} objetiva y subjetiva-
corresponde a la de cualquier otra neumopat^{ía} aguda
y por lo general, en este periodo pasa rotulada co-

////

mo tal, podemos sospechar en esta etapa la supuración pero nada nos permite afirmarla, ya que la signología encuadra perfectamente con la de cualquier otra neumopatía aguda.-

Es recién en el segundo periodo clínico o periodo de apertura bronquial o de vómica que orientanos el diagnóstico, esto sucede generalmente entre el quinto y el vigésimo día de evolución. Produci^dda la vómica, mediante los signos físicos podemos poner de manifiesto un síndrome cavitario: soplo cavernoso o anfórico, pectoriloquia, y estertores cavernosos a la auscultación y timpanismo a la percusión, teniendo sí en cuenta que hay una gran variabilidad en estos signos.-

En el tercer periodo clínico tenemos la espectoración, que orienta el sentido diagnóstico, esta espectoración es abundante y de olor francamente desagradable, puede ser continua, durante todo el día o bien ser intermitente en donde el pus es eliminado por acceso de tos espasmódica. A veces simula la espectoración del bronquiectásico, predomina por las mañanas al despertarse. En las formas gangrenosas esta fetidez alcanza sus grados extremos y si recolectamos el material de espectoración en una salivadera nos muestra una estratificación característica: una capa superior espumosa, una capa media mucopurulenta y una capa inferior opaca y espesa francamente purulenta.-

Radiología: De extraordinario valor para el diagnóstico del proceso. Debe ser practicada en diversas incidencias, no tan solo para poder precisar los caracteres evolutivos de la afección, sino tam-

//////

bien para que nos vaya permitiendo delimitar en esos campos oscuros que son las playas pulmonares las sombras mas o menos nítidas y típicas que hacen posible asegurar la existencia de una colección purulenta.-

En el primer periodo clínico la imagen radiológica no tiene nada de característico, dependiendo los caracteres de esta imagen, del volumen de la colección supurada y del estado del parénquima pulmonar vecino. Pero en general, son sombras de tipo infiltrativo, mas o menos difusa y contornos borrosos. En cuanto a su tamaño, está de acuerdo a la extensión de las lesiones parenquimatosas, a veces es un proceso difuso que abarca todo un lóbulo, otras son pequeñas infiltraciones que contrastan con las formas masivas.-

Una vez producida la vómica y entrado el cuadro a su segundo periodo clínico, la radiología nos ofrece algo que es muy típico de este proceso: La imagen hidroaérea, que se establece porque la sustancia eliminada con la vómica es sustituida por aire. Tenemos sí que tener en cuenta que hay casos en que esta imagen no es visible con una sola radiografía, entonces es necesario repetir las tomas y hacerlas desde varias incidencias, pues sucede que a veces se enmascara por un infiltrado pericavitario intenso o por la superposición de un bloque de atelectasia.-

Generalmente en este periodo el estudio radiológico nos proporciona tres elementos de juicio importante: Primero- una sombra clara, de tamaño variable, situada en el centro de la sombra densa señalada en el primer periodo.-

////

Segundo- Líquido en la parte inferior de esta cavidad, que por estar en conflicto con el aire -- adopta un nivel horizontal que se desplaza con los cambios de posición o con la movilización del enfermo.-

Tercero- un tejido infiltrado que rodea esta imagen y que le forma una especie de halo, corresponde esto a la parte mas periférica de la infiltración densa del primer periodo.-

Si el proceso tiende hacia la curación, vemos que en forma progresiva el nivel líquido desaparece porque el contenido cavitario vá siendo eliminado por la espectoración, la infiltración pericavitaria se vá esfumando y la cavidad reduce paulatinamente sus dimensiones.-

Cuando se trata de una supuración gangrenosa - esta imagen hidroaérea es menos nítida, a pesar de la gran eliminación de contenido, y esto se explica porque en estos casos la infiltración perifocal es menos intensa, lo que actúa a modo de velamiento q' empaña a los rayos la cavidad labrada en el parénquima pulmonar.-

Tomografía: Utilizada en algunos casos, sobretudo cuando se quiere tener una idea topográfica - del proceso en la simensión profundidd. A veces - este método nos muestra cavidades que por el procedimiento simple no habían sido reconocidas.-

Broncoscopía: Por medio de este procedimiento se puede conocer el estado de la mucosa bronquial y si le agregamos la aspiración obtenemos material valioso para el diagnóstico bacteriológico.-

Broncografía: Actualmente ha tomado mucho auge,
/////

Se efectúa luego que el endoscopista ha efectuado la broncoscopia, hecho que es muy de tener en cuenta y sobre el cual recalcan muchos autores, porque mediante una broncoscopia previa podemos efectuar la anestesia del árbol trqueobronquial, podemos efectuar la aspiración de las secreciones que de no ser eliminadas podrían impedir la entrada del li-piodol y de tal manera obtener imágenes erróneas. -

También a través de la broncoscopia se puede hacer la broncografía de elección, introduciendo un catéter y ubicándolo en la porción del árbol bronquial que nos interese, ya sea del lado derecho e izquierdo, sin necesidad de realizar broncografías totales.-

El curso de la broncografía debe controlarse con la pantalla radioscópica.-

Punción pulmonar: Puede practicarse por excepción en los casos en que se tenga certidumbre de la existencia de adherencias pleurales que permitan el pasaje de la aguja en forma directa al absceso, sin atravesar la cavidad serosa. Si estas adherencias no existieran el estallido de la colección y su evacuación brusca en la cavidad pleural se haría muy posible, y ello significaría la formación de un empiema con su gran superficie de absorción de productos tóxicos que en mas de un caso determinan la muerte del enfermo por toxiinfección aguda.-

Actualmente su uso está muy limitado, sólo se lo aplica como tiempo previo al acto quirúrgico con el objeto de obtener una información precisa acerca de la extensión y topografía del absceso.-

Laboratorio: Además del estudio de los caracteres organolepticos, olor, cantidad, aspecto, -

+/+/+/+/+

del material espectorado, deberá efectuarse el estudio bacteriológico y citológico, elementos fundamentales para establecer el diagnóstico diferencial, pronóstico, y conducta terapéutica a seguir.-

Estos son a grandes rasgos los pasos a dar en el estudio de un enfermo en el que suponemos o presumimos la presencia de una colección supurada de pulmón. Conduciéndonos en forma ordenada ellos no sólo nos darán el diagnóstico del proceso en sí, sino también el diagnóstico topográfico, vale decir el lugar donde está ubicada la supuración, hecho importante no solo para el pronóstico sino también para la orientación terapéutica ya sea en el sentido médico o quirúrgico.-

Diagnóstico Diferencial:-

Hay numerosas afecciones al tórax cuya sintomatología se acerca mucho a la de la supuración pulmonar, procesos que debemos tenerlos en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial. Citaremos los más comunes.-

Tuberculosis pulmonar: Es el primer cuadro que tenemos que descartar; Debemos valorar los antecedentes personales, expectoración abundante, imagen hidroaérea, (rara en la bacilosis), y cuando se las observa el nivel líquido suele ser mínimo, en las cavernas de la base o en las insufladas, y sobre todo por la baciloscopia no solo directa sino también por lavado gástrico y bronquial; los cultivos y pruebas tuberculínicas que deben hacerse en forma reiterada.-

Pleuresía enquistada ó interlobar: Es difícil podemos decir sin embargo que el diagnóstico de es-

/////

ta afección vá disminuyendo desde que se ha estudiado mejor el cuadro de las supuraciones pulmonares.-

Las comprobaciones operatorias radiológicas y necropsicas han demostrado que esta entidad patológica es rara en el adulto y que muchos casos diagnosticados como tales no eran otra cosa que abscesos pulmonares a localización yuxtacisural.-

La radiología ha contribuido en gran parte para hacer el diagnóstico diferencial.- En tomas frontales se observan imágenes en banda que se extienden desde el hilio hasta la pared costal, cuyo límite inferior es convexo debido al peso del liquido.- En posición de perfil se visualiza una sombra fusiforme que coincide con la situación topográfica de la cisura, y cuando logra abrirse en el bronquio de drenaje podemos ver una imagen hidroaérea pero nó a eje mayor vertical como las supuraciones sino a eje mayor horizontal.-

También podemos auxiliarnos para hacer la diferenciación valiéndonos del neumotorax diagnóstico.-

Cáncer pulmonar excavado y supurado:- Por regla general ataca a personas mayores de 50 años. Como en todo proceso canceroso el estado general del sujeto está muy comprometido, hay dolores intensos, además el curso evolutivo de la neoplasia es mucho más rápido, de tal manera que cuando vemos a un enfermo con dos o tres años de evolución podemos descartar el cáncer. Suelen aparecer también otros elementos importantes como ginecomastia, adenopatías axilares, supraclaviculares, osteoartropatía, neumica de Pierre Marie.-

Las cavernas tumorales pueden ser de dos tipos:

a) El "fulcus rodens" o caverna neoplásica; b) El absceso neoplásico debido a necrosis secundaria de-

los tejidos neoformados cuando se agrega una causa infecciosa.-

El diagnóstico se hace por el estudio radiológico y la broncoscopia. Radiológicamente el 75% tiene su asiento en la región hilar, solo un 25% es periférico; es común obtener imagen pioaerea con zonas de infiltración marcada al rededor de los bordes y con prominencias hacia la luz cavitaria y que son exteriorizaciones de masas neoplásicas (signo del peñón).-

El proceso sigue un crecimiento excentrico, no obstante haberse drenado.-

La broncoscopia permite la visualización de las masas neoplásicas cuando esta tiene su asiento en los gruesos bronquios. Tambien permite obtener material para la biopsia directa o por inclusión, elementos que nos permitirán obtener el diagnóstico de certeza.-

Quiste hidatídico supurado: Hablan en favor de este diagnóstico los siguientes elementos: lugar de procedencia, vómica caracterizada por su aspecto de clara de huevo y conformaciones que semejan al hollajo de uva.-

El trípole biológico (reacción de Casoni, de Imaz-Lorenz-Ghedini, y eosinofilia) no tienen valor porque se negativizan cuando el quiste supura.-

También aquí la radiología nos dá elementos de juicio valiosísimos: el signo del camalote, el signo de la vesícula enfisematosa y el signo del doble arco. El primero es debido a la visualización de restos de membranas hidatídicas que sobrenadan en el líquido hidatídico luego de la vómica; el segundo es producido por el aire que penetra entre la ad

//////

venticia y la germinativa por el sitio donde se ha-
razgado la pared del quiste; el tercero se debe a -
que por esta misma fisura penetra líquido hidatídi-
co estando el arco externo formado por la adventi -
cia y el arco interno por la germinativa.-

Goma sifilítico abscedado: En algunas oportu¹
nidades hay agentes infecciosos sobreagregados en -
los procesos gomosos que pueden hacer confundir el-
diagnóstico de primera intención. Investigaremos
los antecedentes del enfermo, la reacción de Wasser
mann y Kahn, otras localizaciones luéticas y por ul
timo se recurre al tratamiento de prueba que si se-
tratara de un proceso luético el cuadro mejoraría -
obstensiblemente.-

Actinomicosis pulmonar: En estos casos existe
eliminación de gránulos actinomicóticos en el mate-
rial de expectoración que producen en la lengua una
sensación como si se tratara de granos de arena, -
hay dolor intenso, eosinofilia acentuada, gran ten-
dencia a la fistulización que no es detenida por --
las barreras oseas.-

Linfogranulomatosis pulmonar: Facilitará el-
diagnóstico la existencia de adenopatías superfi -
ciales o mediastinales, prurito, fiebre tipo rre -
currencial, esplenomegalia, anergia tuberculínica.

La biopsia ganglionar ya como punción o por ex
tirpación nos dará el diagnóstico de certeza mostran
donos las células de Paltauf-Sternberg.-

Quiste aerífero congénito: Es difícil este diag
nóstico diferencial. Tiene importancia el anteceden
te de accesos de tos paroxísticos con disnea expira
toria como el asma, pero sin las fases de expectora

//////

ción y de los signos auscultatorios propios del acceso asmático.-

Además cuando el enfermo mejora la imágenes es típica: Quiste con contorno bien delimitado y delgado.-

Ahora si poseemos radiografía del sujeto tomadas en épocas anteriores a su padecimiento actual - veremos las típicas cavidades circulares, sin contenido líquido, contornos netos y ausencia de reacción inflamatoria periquística.-

Infarto de pulmón supurado: Es importante establecer los antecedentes cardiocirculatorios capaces de desarrollar un cuadro pulmonar agudo, ya que un émbolo puede provenir tanto de las cavidades cardíacas como de trombos originados en el sistema vascular periférico.-

En los antecedentes hay dolor torácico particularmente violento, disnea, taquicardia, esputo hemoptoico, hipotensión arterial.-

La radiografía nos dá una imagen triangular con el vértice dirigido hacia el hilio pulmonar.-

Absceso amebiano de pulmón: Adquiere gran importancia el antecedente de la amebiasis intestinal la expectoración es achocolatada y vizcosa, localizados preferentemente sobre la base pulmonar derecha. Por último, la prueba terapéutica con la emetina es concluyente.-

Complicaciones:

En el curso evolutivo de las supuraciones pulmonares suelen presentarse complicaciones que pueden ser divididas en dos grandes grupos, según ten-

//////

gan asiento en el aparato respiratorio (parénquima, bronquio, pleura) más que afecten principalmente el estado general o se localicen en otras regiones del organismo, denominándose a las primeras complicaciones pulmonares y a las segundas complicaciones extrapulmonares.-

- Entre las complicaciones pulmonares, tenemos:-

Hemóptisis: Ya hemos visto al tratar la sintomatología que en algunas oportunidades se desencadenaban cuadros hemoptoicos en el curso evolutivo a partir del segundo periodo clínico o de vómica. - Ahora, cuando esta hemoptisis adquiere gran volumen toma la gerarquía de complicación.-

Actualmente se la interpreta como la exteriorización del desprendimiento de un colgajo de tejido bronquial que obstruía la luz del mismo impidiendo el buen avenamiento del absceso. Otros dicen que es provocada por la ruptura de un vaso incluido en la neoformación fibrosa que caracteriza los procesos organizados.-

En cuanto a su importancia, esta es variable, - habiendo casos en que son masivas, terminando con el enfermo, otras en cambio son pequeñas, únicas o multiples.-

Las hemóptisis graves son de muy mal pronóstico y exigen una terapéutica activa de inmediato.-

Bronconeumonía: Esta es de tipo aspirativo. - cuando el reflejo tusígeno de defensa está perturbado, ya sea por las condiciones generales del enfermo, o debido a razones de orden local (intervenciones quirúrgicas, por ejemplo), las secreciones purulentas se acumulan en el árbol bronquial y contami-

/////

nan territorios parenquimatosos hasta ese momento in
demnes.-

También esta complicación tiene muy má~~l~~ pronósg
tico.-

Empiemas: Pueden ser provocados yá sea por la-
ruptura del absceso en forma directa que vacía su -
contenido en la cavidad pleural o bien ser debido a
que el proceso se ha propagado y ha alcanzado a la-
pleura por contiguidad.-

La ruptura ~~ó~~ perforación del absceso puede pro-
ducirse en pleura libre originando un empiema gene-
ralizado, o bien en pleura con adherencias, origii-
nando entonces un empiema enquistado.-

El cuadro de la perforación o ruptura es drámá'
tico: dolor agudo de comienzo brusco, disnea inten-
sa, cianosis, taquicardia, escalofrío, fiebre en agu-
ja y repéntinamente la espectoración disminuye.⊕

El exámen físico revela sobre todo en el empie
ma generalizado la presencia de líquido y gas en la
cavidad pleural.-

La punción permite obtener líquido pleural con
características semejantes al material de expectorag
ción.-

La radiología nos muestra nivel hidroaéreo en-
la cavidad pleural.-

En los casos en que los síntomas de la perfora
ción no son típicos y radiológicamente no obtenemos
imágenes hidroaéreas, podemos sospechar la aparii-
ción de un empiema por el aumento brusco de la opa-
cidad pleural.-

Cuando hay derrame en gran cavidad hay un mar-
cado desplazamiento mediastinal hacia el lado opuesg

//////

to.-

Gangrena pulmonar difusa: Complicación muy grave. El proceso pútrido no tiene tendencia a localizarse y se extiende a una gran porción del parénquima pulmonar.-

Por lo general aparece en los periodos iniciales, rara vez se instala cuando el proceso ha pasado la faz aguda.-

La etiología es la misma y se produciría por una exaltación de la virulencia microbiana, o bien por una disminución de las defensas orgánicas, o cuando hay un defectuoso drenaje del absceso.-

b El sustrato anatómico lo constituye el tejido pulmonar necrosado, destruido, con numerosos trombos vasculares que acentúan la desvitalización.-

El paciente observa una acentuación de los signos debido a la toxicidad de los productos elaborados por los gérmenes y que son absorbidos a nivel del foco pulmonar.-

El examen físico del sujeto nos denuncia la extensión de las lesiones parenquimatosas.-

La radiología nos muestra una cavidad amplia, Su tamaño es tan grande que a veces no puede diferenciarse con el pneumotorax localizado. Hay una gran infiltración pericavitaria.-

El pronóstico es sumamente grave.-

Ahora hecharemos un breve vistazo a las complicaciones extrapulmonares o a distancia:=-

Metástasis en cerebro: Absceso cerebral.- Frecuente cuando la supuración adquiere un curso crónico debido a que habría en este estado una dilatación venosa a consecuencia de la fibrosis pulmonar y de las bronquiectasias que facilitarían el pasaje

//////

microbiano al torrente circulatorio.-

Septicemias Muy comunes en los niños.-

Degeneración amiloidea del hígado: Se establece en los cuadros supurativos crónicos.-

Artritis: Se enuncia por la osteoporosis concomitante.-

Pronóstico:

Nada tan difícil como hacer el pronóstico frente a una supuración pulmonar. Es necesario estimar con severo juicio crítico los diferentes elementos que entran en juego en cada caso antes de formular el pronóstico respectivo.-

Podemos sí decir en términos generales que ^{en} los últimos 15 años se asiste a profundas modificaciones pronósticas. Las medidas conservadoras hasta entonces en uso conducían a una mortalidad que oscilaba entre el 30 y el 60%, y en más de la mitad de los casos curados no había una curación completa. - Fué la escuela de NEUHOFF la que concede una nueva orientación en el sentido de una terapéutica más activa al sentar las bases del tratamiento quirúrgico, gran contribución científica, a esto se une en la actualidad el empleo de los cuerpos sulfamidados y de los antibióticos por lo que las estadísticas más pesimistas aceptan un 5% de mortalidad.-

Veremos enseguida de qué elementos de juicio nos valdremos ante un caso de supuración pulmonar para hacer el pronóstico:

Edad: Por regla general en niños y sujetos de edad avanzada adquiere mayor gravedad.-

En el niño, por la gran tendencia a presentar complicaciones, y entre estas especialmente, la in-

///

fección de la cavidad pleural, porque gran parte de estos casos obedecen a una etiología estafilococcica, cuya virulencia supera a la del estreptococo o el neumococo. Es también de tener en cuenta que los niños no expectoran o lo hacen insuficientemente. También porque algunos procedimientos terapéuticos muy eficaces no es posible aplicarlos en los niños.-

En el viejo por la frecuente coexistencia de fallar viscerales y la fragilidad de sus parénquimas

Antigüedad de la lesión: Mientras más antiguo el proceso, peor es el pronóstico.-

Potencial evolutivo: Se refiere a la capacidad de propagación y crecimiento del proceso, cuanto mayor es este potencial, tanto más sombrío es el pronóstico. Para valorarlo hay que practicar repetidos exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio hasta que se establezca el cuadro.-

Volumen ó extensión de la lesión: Bien sabemos que procesos muy desarrollados repercuten con mayor intensidad sobre vitales funciones orgánicas (circulación, respiración), y además es mayor la fuente de producción de tóxicos.-

Numero: Los abscesos solitarios son de mejor pronóstico que los múltiples, aunque estos sean pequeños.-

Espectoración: Mejor curso evolutivo tienen aquellas supuraciones con espectoración mucopurulenta o purulenta franca, pues corresponden a los abscesos piógenos simples. En cambio la espectoración pútrida tiene mayor significación pronóstica ya que corresponde a supuraciones gangrenosas.-

Con todo, no se debe sentar un pronóstico bue-

no y definitivo porque la expectoración sea exclusivamente purulenta, puesto que el proceso que la origina puede transformarse ulteriormente en uno de carácter pútrico y aún gangrenoso.-

Flora microbiana: Tiene gran valor, conviene averiguar por el examen microscópico directo del material de expectoración por medio de los cultivos de identificación.-

Es excepcional encontrar una sola variedad de gérmenes, sobre todo si el proceso tiene alguna antigüedad.-

En general podemos decir que adquiere mayor benignidad los que responden a una etiología apiógena, y mayor repercusión orgánica aquellos producidos por anaerobios o cuando hay asociaciones microbianas.

Hemoptisis y expectoración hemoptoica: La aparición de una hemóptisis agrava en gran forma el pronóstico, sobre todo si recordamos que por sí misma muchas veces es causa del fallecimiento del paciente. Se la observa con mayor frecuencia en los procesos pútridos.-

En algunos casos se presenta aún en plana convalecencia por ruptura de vasos de neoformación que nutren el tejido cicatrizal.-

Coexistencia de otras enfermedades: En estas condiciones tendremos dos o más enfermedades que exigen terapeuticamente particular atención y sobre todo porque la supuración se establece en un organismo ya mortificado en sus defensas por un padecimiento anterior.-

Es de tener en cuenta sobre todo el terreno diabético, y especialmente aquellos estados que no

//////

ceden al régimen dietético o al tratamiento insulínico.-

La tuberculosis que repercute extraordinariamente sobre el estado general del paciente, debilitando sus defensas orgánicas naturales.-

La sífilis, tifoidea, leucemias, etc. tienen importancia en el pronóstico también por su repercusión sobre el estado general o local.-

Igual concepto merecen todas las toxicomanías - en especial el alcoholismo.-

La práctica demuestra que no es asunto fácil el determinar un pronóstico de las supuraciones pulmonares, debiendo éste establecerse en base al conjunto de estos elementos que hemos analizado someramente y de muchos otros más que por el momento se nos escapan, y no al valor aislado de cada uno de ellos.-

Tratamiento:

Fundamentalmente podemos decir que para el tratamiento de las supuraciones pulmonares, podemos seguir - dos conductas: la médica y la quirúrgica. La elección del procedimiento a seguir está condicionado por el tipo y la faz evolutiva de la enfermedad, y adaptándose al estado particular de cada caso, de ninguna - manera pues podemos dictar una regla general.-

Queremos hacer incapié en lo siguiente: antes - de ver la posibilidad de una conducta quirúrgica el médico tiene la obligación de agotar toda la terapéutica médica a su alcance, exceptuando los casos de - supuraciones gangrenosas hiperagudas en los cuales - se proconiza la intervención quirúrgica rápida debida al severo ataque que sufre el organismo y que - se traduce por la toxemia. Se efectuará la interven

////

debido a que los gérmenes anaerobios son difíciles de cultivar y además, para que la vacuna actúe eficazmente debe pasar por una fase negativa de incubación de una semana de duración para que se establezca la inmunidad, lo que no justifica su empleo en la faz aguda. Podría en cambio ser utilizada en los procesos que evolucionan crónicamente.-

Sueros específicos: Se los ha utilizado en los abscesos gangrenosos buscando una acción específica. Su fundamento consiste en introducir en el organismo elementos de inmunización que ha formado el organismo de un animal que ha sido contaminado con el virus productor del padecimiento humano.-

Se ha usado el suero polivalente anti-gangrenoso a dosis de 200 a 250 cc. por día en solución fisiológica prefiriéndose la vía sub-cutánea o endovenosa. Todo lo que sea tratar a un enfermo con un suero anti-gangrenoso a pequeñas dosis es, desde luego, perder el tiempo, para obtener éxito hay que emplear cantidades crecidas de un suero muy concentrado y de absoluta confianza.-

b) Procedimientos medico-mecánicos: Comprende éste dos formas:

Tratamiento postural: Su fundamento radica en que el buen avenamiento de la cavidad supurante facilita el proceso de restauración. Tienen preferencia para este procedimiento los abscesos localizados en las partes inferiores del pulmón.-

Aquí es donde la radiología nos proporciona al máximo su utilidad al ofrecernos la localización topográfica del proceso, que debemos conocerlo muy bien, para así elegir el decúbito y la posición más

/////

adecuada al caso en cuestión con el objeto de facilitar el escurrimiento de las secreciones cavitarias a través del bronquio de drenaje.-

Esquemáticamente diremos:

Para los casos en que la colección supurada radica en los lóbulos superiores, la posición más adecuada y útil es la de sentado y reclinado sobre el lado sano.-

Cuando tiene su radicación en los lóbulos medios, se obtiene gran beneficio con la posición endecúbito lateral opuesto al lado enfermo.-

Cuando están localizados en los lóbulos inferiores, con la posición de Trendelenburg obtenemos un buen drenaje, y según sea la posición anterior o posterior este Trendelenburg será dorsal o ventral.

Broncoscopia y bronco-aspiración: Tiene igual fundamento que la cura postural, es decir, favorecer la eliminación de secreciones, lo que mejora el estado general y reduce el post-operatorio.-

La broncoscopia debe practicarse sistematicamente como elemento informativo con el objeto de precisar cuál es el segmento afectado, pero independientemente de esto, representa un papel fundamental en el drenaje y aplicación tópica de medicamentos antibióticos.-

Cuando queremos aplicar la bronco-aspiración, colocamos un cateter blando en el bronquio de drenaje, y en sentido estricto, no es precisamente lo que a primera vista el nombre haría suponer, de que a esta sonda la conectamos a la bomba de aspiración con el objeto de provocar la succión directa del pus coleccionado, y obtener así su vaciamiento. —

//////

La experiencia demuestra que las cosas no suceden de esta manera, pues se ha comprobado que la parte mas eficaz del método lo constituye la colaboración involuntaria del enfermo mediante la tos que se produce al aplicar la extremidad de la sonda al bronquio segmentario correspondiente.

Tiene el inconveniente de la falta de elementos y personal adiestrado en los servicios comunes lo que determina que generalmente se tenga que pedir la colaboración a especialistas que deben trabajar en ambientes poco adaptados, no pudiéndose sacar por tanto todos los beneficios que el procedimiento nos puede ofrecer.

La aspiración bronquica por si sola no resoluciona el problema del drenaje, puesto que sólo se debe realizar a lo sumo cada 24 horas por lo que es necesario asociar este método a otro procedimiento, o sustituirlo del todo en caso necesario.

La atelectasia pulmonar post-operatoria por obstrucción bronquial, es la consecuencia en el post-operatorio de la cirugía torácica, de la falta de una bronco-aspiración oportuna.

c)- Anti-infeccioso general.- veremos aqui los elementos que se tienen para combatir el estado infeccioso:

Alcohol endovenoso.- procedimiento preconizado por LANDAU y BAUER, consiste en la inyección en dovenosa de alcohol al 20 o 30% disuelto en suero fisiológico o glucosado isotónico.

Para algunos autores este tratamiento sería de efectos casi instantáneo: cae la temperatura y

mejora el estado general, asistiéndose en algunos casos a verdaderas curaciones definitivas.

Se practica así: se comienza con 5cc. de esta solución el primer día, aumentando la dosis - progresivamente hasta llegar a una máxima de 30 - cc. diarios. La duración del tratamiento no tiene límites, pero si después de 15 días no se obtiene resultados convenientes abandonarlo. también se - lo debe suprimir cuando aparezcan escalofríos re- petidos o hemoptisis.

Jiménez Díaz dice al respecto, que él ha a - plicado este tratamiento desde que se publicara - por primera vez y que no le ha proporcionado nin- gún éxito, sino mejoras transitorias, y dice que las esperanzas que se ponen en este tratamiento - son bastante exageradas.

Arsenicales.- Se funda el empleo de productos derivados del arsenico en la importancia que tienen los espirilos en la determinación de los procesos supurativos pulmonares. Se usan compuestos organi- cos trivalentes, y especialmente el salvarsan o - el sulfarsenol.

Aquí también hay autores que hablan de cura- ciones maravillosas. En algunos casos pareciera - como si en efecto, se hubieran curado por el sal- varsán, pero en la mayoría de ellos se trata de - individuos cuyo proceso lleva una buena evolución espontaneamente.

El tratamiento debe suspenderse cuando se ob- serven diarreas o bien ictericia. Las hemoptisis- contraindicán su aplicación.

En la actualidad este método también ha pasa

do de moda con motivo del advenimiento de poderosos agentes terapéuticos.

Emetina.- Conviene ensayarla en las primeras semanas y sobre todo si hay antecedentes intestinales de contaminación amebiana. Por otra parte - también la emetina fluidifica las secreciones de los bronquios, descoagula el territorio pulmonar, es hemostática y antiséptica. La dosis y modo de actuar es de 0,03 a 0,04 grs. diarios por vía subcutánea hasta alcanzar 0,50 o 0,60 grs. en total.

Hiposulfito de sodio.- Por su acción anti-infecciosa no tiene valor porque es escasa, la mayoría de los autores le conceden valor por sus propiedades desodorantes sobre las secreciones. Las dosis habituales oscilan entre 2 y 8 grs. por día.

Sulfamidas.- Al producirse el descubrimiento de estos medicamentos y comprobar su categórica acción bacteriostática se preconizó su utilización en las supuraciones bronco-pulmonares.

Su comienzo fue muy promisor, hubieron verdaderas curaciones maravillosas. Sin embargo, su uso en algunos abscesos ya crónicos craba la aparición de gérmenes resistentes a la droga y la aparición en otros casos de manifestaciones tóxicas - debido a que era necesario proporcionar dosis altas y por largo tiempo. Todo esto determinó que no prosperase mucho su utilización y que fuera rápidamente sustituida por los antibióticos cuando - estos entraron en el campo de la terapéutica.

Sin embargo, aún en la actualidad todavía ofrecen al médico las bondades de su aplicación -

en los períodos iniciales de la enfermedad, en los siguientes períodos, cuando ya se ha coleccionado la supuración son inoperantes.

De los dos grandes grupos de los sulfamidas se usan los del grupo reabsorvibles, y de estos sobre todo la sulfadiazina y el sulfatiazol. La primera es mas ventajosa por ser menos tóxica y por que se puede administrar a mayores intervalos de tiempo. Las dosis usadas estan de acuerdo a la edad y al peso del sujeto, variando entre 0,02 y 0,20 por kg. La dosis media diaria se mantiene durante 2 a 4 días, según el caso, para luego ir reduciendo paulatinamente la dosis, hasta llegar a suprimirla cuando se crea conveniente.

El medicamento se administra en forma fraccionada, cada cuatro horas si se trata del sulfatiazol y cada seis horas si se trata de la sulfadiazina prefiriendose en todo caso la via oral por elementales razones de comodidad.

La via parenteral se utiliza excepcionalmente como cuando hay una intolerancia gastrica, o cuando hay vómitos reiterados. Esta vía puede ser de mucha utilidad al comienzo de su aplicación en casos de alguna gravedad y se necesita de inmediato una elevada concentración en sangre. Se usan en estos casos soluciones sódicas al 5%.

El nivel óptimo que se debe alcanzar en sangre debe ser superior a los 10 mg. por ciento.

Son síntomas de intoxicación por los sulfamidas la cianosis, anemia, leucopenia, hematurias etc.

Están contraindicados cuando hay padecimien-

tes hepáticos, renales o estados anémicos acentuados.

Antibióticos: El advenimiento de estos medicamentos modifica fundamentalmente la terapéutica de las supuraciones pulmonares.-

Los tratamientos modernos con estos medicamentos constituyen sólidos adelantes, no tan solo en el ámbito médico, sinó tambien en el quirúrgico, -- contribuyendo a robustecer la acción médica del pos-operatorio, permitiendo así realizar intervenciones quirúrgicas que no ha mucho efectuarlas constituirían verdaderas aventuras poco atinadas.-

El uso de estos agentes y la creación de distintos medios de introducción de los mismos al organismo: Parenteral, nebulizaciones, por catéter, etc, ponen en nuestras manos recursos poderosos para luchar contra estas infecciones.-

Es por todos aceptado que presta una eficacia rápida y brillante y muy especialmente la penicilina, con la que se obtienen valiosos resultados. Esto se debe a que a su notable acción bacteriostática se une su carencia de manifestaciones tóxicas, -- lo que permite el uso de grandes dosis que pueden mantenerse el tratamiento durante un tiempo suficientemente largo.-

La aplicación de la penicilina se ha de hacer de acuerdo con la mayoría de los autores, preferentemente por la vía intramuscular a dosis que oscilan entre 50 mil a 100 mil unidades oxfor cada 4 horas, día y noche, ritmo que se puede seguir hasta algunos días después de desaparecida la apirexia.-

Se la puede asociar a diferentes agentes que tienen la propiedad de retardar su absorción de los tejidos, con el objeto de espaciar el tiempo entre-

//////

las distintas inyecciones, factor que tiene gran beneficio para la comodidad del paciente y del profesional. Pero, queremos aclarar que en la forma que hemos indicado primeramente se obtienen mejores resultados.-

Es muy conveniente, y casi imprescindible, la determinación de la flora microbiana en cuestión, - ya que, como es sabido, los gérmenes gram-negativos son insensibles a la droga.-

Estreptomina: Tiene un campo más restringido. Está indicada en los casos en que aparece como causa etiológica el bacilo de Friedlander u otros gérmenes gram-negativos sobre los cuales la penicilina no actúa.-

También para su administración se prefiere la vía intramuscular a las dosis ~~de~~ que oscilan entre uno y dos gramos por día repartidos en dos inyecciones cada 12 horas.-

Aureomicina: También tiene una acción enérgica y rápida. Las dosis habituales son de 50 miligramos por kilo de peso para las 24 horas que se la administra fraccionandola en 6 tomas cada 4 hrs. Esta dosificación se la puede mantener durante 6 a 10 días, para luego suspender o disminuir la dosis de acuerdo al cuadro evolutivo.-

Terramicina: Es el más reciente de los antibióticos aceptados en el campo de la clínica. Se prefiere para su administración la vía oral en dosis que varían de tres a cuatro gramos por día, repartidos en 3 ó 4 tomas. Si durante su uso aparecieran vómitos o síntomas de intolerancia gastrica se debe procurar la vía endovenosa a las cantidades de 250-

////

miligramos en 250 c.c. de solución glucosada isotónica o de suero fisiológica isotónico, dosis que se puede repetir cada 6, 8 ó 12 hs. según las necesidades.-

d) Anti-infeccioso local: Son procedimientos complementarios del tratamiento general. Varias técnicas se han ideado para llevar los agentes terapéuticos hasta el seno mismo de los tejidos afectados. Entre los más conocidos tenemos:

Nebulizaciones: Fundamentalmente consiste en la formación de un aerosol (dispersión coloidal de un líquido en un gas), a partir de soluciones de medicamentos dosificados en forma tal que su acción se manifiesta sobre bronquios y alveólos.-

CAPDEHOURAT, fundador de este procedimiento, ha demostrado dos cuestiones fundamentales de su técnica mediante la observación clínica: a) la sustancia medicamentosa llega a los alveolos en gran cantidad siendo absorbidas allí por los macrófagos alveolares; b) los medicamentos se reabsorven rápidamente por el alveoso y pasan a la sangre en la que se consigue por este método concentraciones superiores a las que se obtienen mediante la administración por vía oral o parenteral, debido a la enorme superficie de absorción que representa el lecho alveolar. De esta manera, mediante la administración repetida regularmente del aerosol, no sólo se logra obtener la acción tópica del medicamento sobre bronquios y alveólos sino que también por el pasaje de éste a la circulación general ejercemos una acción sobre la totalidad del organismo.-

//////

Para la aplicación de este procedimiento tan útil como práctico sólo se requiere un aparato especial llamado nebulizador, y el conocimiento de una sencilla técnica.-

Diversos agentes terapéuticos son utilizados - por esta vía y en especial los sueros antigangrenosos, los sulfamidados y más recientemente los antibióticos.-

La experiencia demuestra que se consiguen optimos resultados con soluciones de penicilina que contengan 50 mil unidades por C.C. de suero fisiológico y a las dosis de 300 mil unidades tres veces por día.-

Instilación bronquial: Podemos utilizar esta - vía aprovechando de la broncoscopia haciendo llegar luego de haber efectuado la aspiración bronquial, - a travez del mismo catéter dosis de 50 a 100 mil -- unidades disueltos en uno o dos c.c. de solución fisiológica.-

Punción transtorácica: Es también una terapéutica local activa; ha sido usada en los abscesos localizados periféricamente. Se fija primero por medio de la radiología la posición y situación de la supuración, tratando de que sea lo más exacta posible, luego, siguiendo la técnica de MONALDI se introduce una aguja a travez de la pared torácica hasta llegar al seno mismo de la cavidad abscedal, logrado esto, se efectúa una aspiración, tras lo cual se inyectan soluciones de penicilina o estreptomina- según sean las necesidades en cantidad y título -- aproximados a los que hemos visto en los dos procedimientos anteriores.-

/////

Se describen muy buenos resultados, pero tiene grandes inconvenientes, como es la probable propagación del foco supurado a la cavidad pleural.-

Los resultados son aún mejores al combinar este tratamiento a la administración parenteral de los antibióticos.-

e) Medidas generales de protección: Reposo - Es la primera medida que debe adoptarse. Los enfermos portadores de una colección supurada pulmonar deben guardar reposo absoluto sobre todo en las etapas de comienzo en las que bajo ningún motivo se les permitirá la deambulacion.-

Extracto hepático: Se debe emplear sistemáticamente para proteger el funcionamiento de la glándula hepática y también por la acción que tiene sobre él S.R.E., de tanta importancia para la defensa del organismo frente a las infecciones generales. Se prefiere el extracto hepático en forma de polvo de hígado desecado, cuando el enfermo ~~no~~ puede tolerarlo, o sinó, en forma inyectable.-

Clima: Tiene cierta influencia en la evolución de esta enfermedad. Está demostrado que en climas cálidos y secos sigue un curso más benigno.-

Transfuciones: Cuando el estado general es malo algunas veces se obtienen excelentes resultados con transfusiones de sangre total o de plasma. Actualmente llega a adquirir gran relieve este proceder cuando se encara el tratamiento quirúrgico en el pro-operatorio, durante el curso de la intervención y en el post-operatorio.-

Dieta: Debe ser de alto valor calórico y vitamínico, pues los componentes de ambos elementos de la nutrición son requeridos en cantidades mayores -

//////.

que las habituales.-

Se administrarán por tanto preparados vitamínicos y en especial vitamina C.K. y complejo B.-

Infecciones respiratorias: El tracto respiratorio superior puede tener importancia tanto como -- fuente de infección inicial como de repetidas re- crudecencias. Se tratará de eliminar o reducir toda infección que tenga asiento en estas regiones, faci- litamos de esta manera la terapéutica y evitamos fu- turas contingencias.-

Tratamiento Quirúrgico:

Todas estas medidas de orden médico que hemos presentado deben mantenerse por espacio de tres a -- cuatro semanas, si en este lapso no vemos una utili- dad evidente de estas medidas justificamos sustituir el tratamiento por la conducta quirúrgica.-

En la actualidad, los métodos fundados en la colapso-terapia tienden a desaparecer en la práctica, pues la frenicectomía, el neumotorax, la toraco- plastia, no benefician el curso de la enfermedad, -- ya que no favorecen los factores naturales de cura- ción y por el contrario más bien entorpecen el dre- naje lo que determina una exaltación de la virulen- cia microbiana que puede favorecer extraordinaria- mente la difusión del proceso o dár lugar a temi- bles complicaciones.-

Hecha esta salvedad, pasaremos a ver el funda- mentos de todos y cada uno de los procedimientos q' la cirugía brinda al profesional para el tratamien- to de ésta enfermedad.-

a) Métodos indirectos: Colapso-terapia.- FREN-

//////

cectomía.- Se funda en que la parálisis del diafragma comprime el pulmón debido al predominio de la presión abdominal. Para obtener esto se hace la extirpación de una porción del nervio frénico a nivel de la parte inferior del cuello.-

Plombage extra-pleural: Se realiza en dos tiempos. En el primero se provocan adherencias entre ambas hojas serosas con el objeto de disminuir las posibilidades de infección de la misma. Esto lo obtenemos con cáusticos suaves como el yodoformo o la tintura de yodo. El segundo tiempo se practica luego y consiste en un despegamiento de la hoja parietal de la pleura, y luego que hemos obtenido el despegamiento de una superficie conveniente entre ésta y la pared torácica, colocamos una sustancia inerte que tiene por objeto la compresión del pulmón.-

Toracoplastia: Consiste en la extirpación de una buena parte de la pared ósea torácica lo que determina que debido a la presión negativa intratorácica la porción musculo-aponeurótica de ésta pared comprima el pulmón.-

b) Método directo.-Neumotomía: Bien realizada y en momento oportuno, es uno de los mejores procedimientos quirúrgicos. Se aplica sobre todo en los abscesos periféricos, recientes, bien localizados y sin lesiones escleróticas circundantes.-

·Consiste en la apertura y evacuación de la colección dejando un drenaje colocado de tal manera que se evite toda retención, se favorezca el cierre espontáneo de la cavidad.-

Debe practicarse siempre que la mayor parte -

//////////

del lóbulo afectado esté en condiciones de restituirse para su buen funcionalismo ulterior.-

Como etapa previa al acto quirúrgico en sí, es preciso verificar la localización exacta del proceso por medio de la radiología, y broncografía, lo que facilita mucho el acto operatorio.-

Neumonectomía parcial: Consiste en la extirpación o destrucción de la porción de parénquima afectado. En sus comienzos se acompañó de una mortalidad elevada porque se la practicaba en sujetos debilitados, factor que hoy se subsana con la aplicación de las medidas generales de protección, antibióticos y técnica más precisa.-

GRAHAN practicó la llamada neumectomía con cauterio o neumectomía ignea. Se funda en la destrucción del tejido enfermo con el termo-cauterio ó por la electro-coagulación, en tantas sesiones como sean necesarias, de acuerdo a la extensión de las lesiones y al estado general del paciente, basándose en la tendencia existente actualmente de conservar la mayor cantidad posible de parénquima funcional, pero siempre tratando de conseguir una curación definitiva.-

Lobectomía: Es la resección de todo un lóbulo pulmonar. Es la operación de elección para los abscesos crónicos complicados con hemoptisis repetidas ó bronquiectasias, o cuando otros procedimientos de drenaje han sido insuficientes. Suprime el foco supurado y evita la propagación de la infección, pero tiene en su contra su mortalidad aún elevada, pese a los avances de la técnica quirúrgica.-

Neumonectomía total: Es la operación más radi-

//////

cal, extirpa todo un pulmón y se la reserva única -
mente para los casos extremos.-

Estos diversos métodos quirúrgicos que hemos-
pasado en revista no son más que escalones en la -
marcha terapéutica que procura la curación de esta
afección, y aquí repetimos una vez más, el princi-
pio que debe guiar al cirujano es el ataque a las-
lesiones tisulares irreversibles, permitiendo así-
la mayor recuperación de la capacidad funcional --
del enfermo.-

Nó es posible dar reglas generales del trata-
miento quirúrgico, sólo la marcha que adopta el --
proceso, el estado general del enfermo, y sobre to-
do, el buen juicio clínico del cirujano serán los-
elementos que orienten hacia el tipo de la inter-
vención a practicar.-

Quiero hacer notar que no ha estado en mi áni-
mo en ningún momento el pretender hacer un estudio
exhaustivo sobre un tema tan vasto como el de las -
supuraciones pulmonares. He querido simplemente -
presentar un bosquejo esquemático para poder pre-
sentar luego algunos casos de observación personal
en los cuales los pacientes fueron encarados de -
acuerdo a los delineamientos generales que he tra-
zado.-

Casuística:

CASO n° 1: N.B. 16 años de edad. Argentino.- Ante-
cedentes hereditarios y familiares: Sin-
importancia. Antecedentes personales: -
Primero en órden de embarazo. Ignora an-
tecedentes de puericia. Sarapión y dif-
teria sin poder precisar la edad. Habi-
tos: Alimentación mixta. No fuma, No be-
be. Buena exoneración intestinal, diure-
sis normal. Trabaja como repartidor de -
comercio.- Enfermedad actual: Comienza -
el 19/I/50. Fiebre elevada y puntada de-
costado localizada en el hemitorax iz --
quierdo, el dolor aumenta con los movi-
mientos respiratorios, fós y expectora-
ción rosada escasa y adherente. Este es-
tado se mantiene durante cinco días al -
cabo de los cuales consulta a un faculta-
tivo que le aconseja su internación. Es-
tado actual: 24/I/50 Enfermo sub-febril,
posición decúbido indiferente, enflaque-
cido, ha perdido cinco kilos de peso. -
Piel: color pálido terrosa, caliente, se-
ca y elástica. Tejido celular subc. Muy-
disminuido, sin infiltración. Sist. gan-
glionar: Poli-microadenopatía inguinal -
y sub-maxilar, libres, indoloros. Sist.
osteoarticular: sin particularidades.-Ca-
beza: normal. Ojos: lijera sub-ictericia
lo demás normal, Pupilas: normales. Boca:
dentadura en mal estado de conservación,

////

hipertrofia amigdalina bilateral. Cuello: sin particularidades. Aparato respiratorio: normal a la inspección; a la palpación las vibraciones vocales disminuidas en el tercio superior del hemitorax ~~izquierdo~~ izquierdo; A la percusión, submatidez en el tercio superior del hemitorax izquierdo; A la auscultación, rales sub-crepitantes de pequeña y mediana burbuja localizados en la mitad superior del hemitorax izquierdo. Demás aparatos y sistemas, normales. Radiología: De acuerdo a la reducción fotográfica n° 1 que se acompaña, observamos en la playa pulmonar izquierda y hacia su parte media una sombra opaca de límites más o menos neto en su parte inferior y un tanto difusa hacia la parte superior, en el centro de esta imagen llega a percibirse una claridad de límites imprecisos.- 12/II/50.- El nuevo estudio radiológico de acuerdo a la reducción fotográfica n° 2, vemos que hay una diferencia de la imagen obtenida en la primera oportunidad, podemos observar aquí una típica imagen hidroaérea que ~~se~~ ~~asienta~~ ~~en~~ el lugar ocupado por la imagen opaca anterior. 2/III/50 Desaparecida toda la sintomatología pulmonar y general, se le dá de alta, previo estudio radiológico que vemos en la reducción fotográfica n° 3.- Tratamiento: Se inició éste con sulfadiazina por vía oral, al -

//////

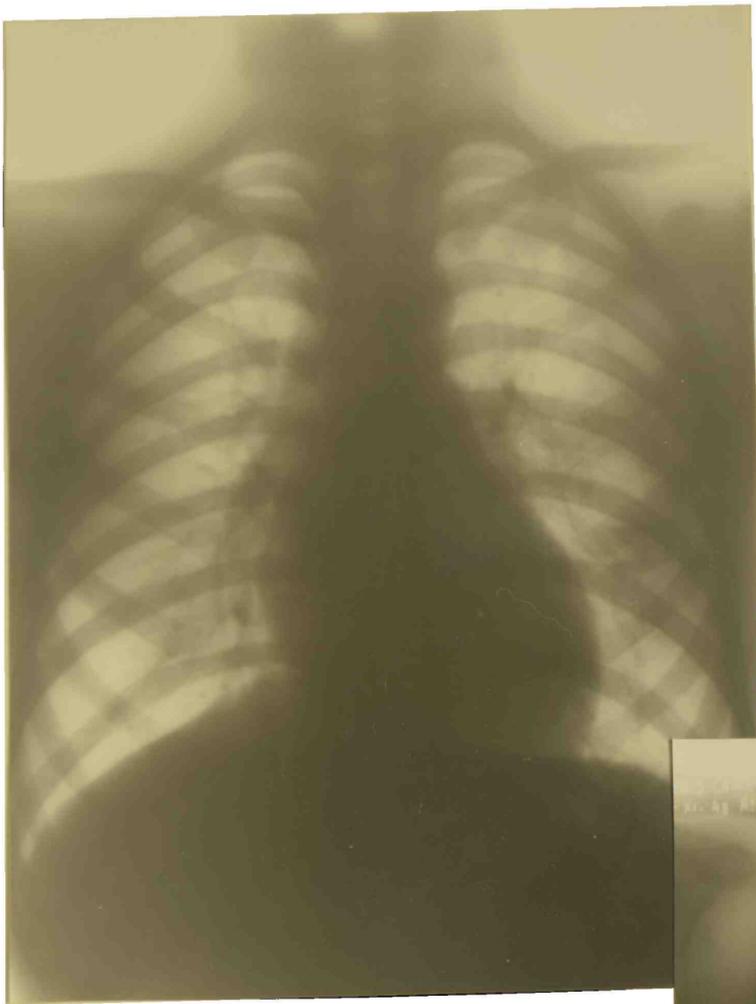
tercer día se reemplaza con penicilina
30 mil unidades c.4 hs. Se coadyuva es
te tratamiento con el calciferol.-



Nº 1



Nº 2



no 3



no 4



no 5

CASO n° 2;- N.V.- 62 años. Obrero. Libanés. Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia.-Antec. personales: A los 16 años, varicela. Niéga venéreas. Habitos: bebedor de cuatro a cinco litros de vino por día, fumador de tres a cuatro atados de cigarrillos por día. Enfermedad actual: Desde hace 7 meses, -comienza a tener tos y expectoración - que paulatinamente aumenta en cantidad primero de caracter mucoso y luego mucopurulenta, inapetencia progresiva y pérdida ponderal que estima en 11 ks.- Desde hacen 20 días se intensifican estas manifestaciones y aparece un dolor ligero en la parte posterior del himitórax derecho, dolor que aumenta con la tos. Estado actual: 4/XI/48 Enfermo en decúbito indiferente, febril (38,5) disneico. Piel; celular subcutáneo, -- sistema osteoarticular, sist. ganglionar: sin particularidades.- Cabeza: normal. Ojos: normal. Pupilas: normales. - Boca: Mal estado de conservación dentaria, faltando varias piezas dentarias superiores y existiendo varias caries. Cuello, sin particularidades. Tórax: Enfisematoso, elasticidad muy disminuida; a la palpación: las v.v. disminuidas - en el lado derecho; a la percusión: a nivel de la base derecha, subnatidez.- Auscultación: Refuerzo del murmullo te

////

sicular hacia la base derecha, estertores sub-crepitantes medianos a nivel de la parte media y base del hemitorax derecho. Los demás aparatos y sistemas, sin particularidades. Laboratorios Nos se observan bacilos de Koch en exámenes reiterados. Radiología: - Se observa en la playa derecha una sombra opaca que cubre toda la parte media del mismo, de bordes imprecisos y de acuerdo a las características generales que nos muestra la reducción fotográfica nº 4. Tratamiento: Se indica penicilina 50 mil u. c/ 3 hrs. durante 25 días con lo que se reduce ostensiblemente toda la sintomatología pulmonar. 13/XII/48. En vista de la atenuación de la sintomatología se dá de alta al paciente a pedido del mismo, no hay tos ni expectoración, pero persistiendo la imagen radiográfica que se mantiene con pocas modificaciones que vemos en la reducción fotográfica nº 5.-

Médica. Tomo III. Año 1,948.

13- Magrini Victor.- A propósito de abscesos de pulmón. El Día Médico No. 28. Año 1,950.

14- Lentino Aquiles. El absceso de pulmón. La Semana Médica No. 25. Año 1944.

15- Arrillaga F. C., y otros.-Cáncer abscedado de pulmón. El absceso como etapa de comienzo y como complicación final de la neoplasia pulmonar. La Semana Médica No. 9. Año 1,943.

16- Santos Andrés.-Diagnostico y tratamiento de las supuraciones bronco-pulmonares. Rev. Jornada Médica No. 86. Año 1,952.

17- Federico S. Lozano.- Caracteres Clínico- Radiológicos del Absceso Pulmonar.

18- Pavlosvki Alejandro y D' Albo Eduardo.- Absceso agudo de pulmón, consideraciones terapéuticas. Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Cirugía No. 16. Año 1,944.

19- Figueroa Gacitúa J. y Mariano Celaya. Absceso puritrado de pulmón, nueva terapéutica. Rev. Médica Latino-americana No. 325. Año 1,942.

20- Vaccarezza R. A.- El tratamiento médico y quirúrgico de las supuraciones pulmonares. Rev. de la Asociación Médica Argentina No. 11. Año 1,933.

21- Marini Luis C. y Carrascosa Antonio.- Absceso puritrado de pulmón y tratamiento endoscópico. Rev. de Medicina y Ciencias Afines No. 7. Año 1,946.

22- Fonso Gandolfo y Steinber I. R.- Nuestra conducta terapéutica en los abscesos agudos y crónicos de pulmón. La Semana Médica No. 25. Año 1,932.

23- Moral Torres J. y Aguirre Jaca M.- El tratamiento del absceso pulmonar. El Día Médico No. 56. Año 1951

24-Besabe H. y Gentile F. A.- Absceso Agudo de Pulmón y Penicilina. La Semana Médica. Año 1,950.

25- Castex Mariano, Capdehourat Eduardoy Vayo José-María.- Medicación intrapulmonar transtoracica. El-Dia Médica No. 4. Año 1,951.

26- Aguirre J. A.- Tratado de Radiología Clínica. - Tomo 1o. "El Ateneo" 1,945.

27- Alix y Alix J. y Covas B.- Sobre el tratamiento médico de los abscesos pulmonares. Rev. Clínica Española No. 1. Año 1,951.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Aguirre

San Cristobal

FRANCISCO DE CIENCIAS MEDICAS



Rafael G. Rosa
RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

San Cristobal