

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Un caso de Toracorrafia

Manuel Hernández, de 27 años de edad, muy agotado físicamente, estaba asilado en el Hospital General, de esta ciudad, en los primeros días del mes de Septiembre, próximo pasado, cuando el Sr. Dr. DELFINO C. CHACÓN, Jefe de Clínica de la Escuela Nacional de Medicina, recibía el Pabellón número 3 de dicho Hospital.

Hernández, ocupaba la cama número 23, y hacía poco más o menos un mes, que el Sr. Dr. PADILLA le había practicado una Pleurotomia, con resección costal, para canalizarle la cavidad pleural, llena de pus.

Cuando el Sr. Dr. CHACÓN y yo, vimos este enfermo por primera vez, pudimos observar que su estado general era grave. Muy adelgazado, con la piel seca y áspera, la respiración frecuente y difícil, presentaba todos los síntomas del PJO-PNEUMOTÓRAX POST-OPERATORIO.

Al nivel de la tetilla izquierda, un poco afuera, se encontraba una abertura, en el tórax, como de cinco centímetros, en su mayor diámetro, que comunicaba ampliamente con la cavidad pleural. El pus de la pleura no escurría con facilidad, pues acostando al enfermo sobre el lado izquierdo y un poco inclinado hacia la cabeza, podía verse escurrir por la amplia fístula, pus amarillento, mal ligado y fétido. La penetración del aire, en la cavidad pleural era franca y el examen que practicamos, por medio de una sonda de Beniqué, nos permitió convencernos de que la cavidad torácica estaba amplia y libremente permeable.

El diagnóstico no daba lugar á duda: una fístula pleural ponía en comunicación el aire exterior con la cavidad torácica izquierda, mal canalizada, y con la pleura extraordinariamente engruesada y supurante.

El examen bacteriológico del pus pleural, no demostró la presencia de BACILLUS específicos; el examen de los esputos, tampoco. En la orina no había nada de anormal, salvo una ligera disminución en la cifra de la urea. Los demás órganos parecían sanos.

Este hombre había sido alcohólico, fumador de marihuana, y achacaba el origen de su pleuritis a un traumatismo torácico, al parecer sin lesión grave del esqueleto. No da datos de sífilis anterior, ni de elementos hereditarios claros.

Para nosotros la cuestión no era sencilla: este hombre, muy agotado, en plena septicemia crónica, tenía una pleuritis intensa y signos pulmonares de infección crónica. La cuestión del tratamiento de los PNEUMOTÓRAX POST-OPERATORS, no estando aun resuelta de un modo absoluto y no teniendo nosotros confianza en ninguno de los procedimientos usados hasta hoy.

Las operaciones de las diversas TORACOPLASTIAS, tales como la

de ESTLANDER, las de LETIEVAULT, la de QUENU, la de JABOULAY, la de BOIFFIN y la de DELAGENIERE, adolecen todas del gravísimo defecto de debilitar extraordinariamente la resistencia de las paredes torácicas, de exigir un trabajo de reparación largo, laborioso y difícil para ciertos enfermos muy agotados, y nosotros calculábamos que el nuestro no tendría resistencia para esas supuraciones tan prolongadas.

La TORACECTOMIA, con o sin decorticación pulmonar, tal como la practicaron DELORME, MAX SCHEDE, SIMON KUSTER, eran intervenciones de extrema gravedad, dadas la intensidad, del traumatismo quirúrgico y el estado de agotamiento en que se encontraba nuestro enfermo.

Tomando, pues, en consideración, la naturaleza de la pleuritis, el estado general del enfermo, y nuestras ideas particulares, el el Sr. Dr. DELFINO C. CHACÓN y yo, resolvimos ahorrar al enfermo lo más posible de traumatismo, todo esfuerzo cicatrizante y la septicemia crónica, y procedimos de la manera siguiente:

Abrimos un amplio colgajo músculo cutáneo, a la manera de DELORME y descubrimos las costillas, desde la tercera hasta la octava, en una amplia extensión. Resecamos, sobre la línea axilar posterior, pequeñas porciones de costilla, desde la tercera, hasta la octava inclusive, calculando de tal modo nuestras resecciones, que al reunir los cabos sueltos de las costillas redujéramos los arcos costales lo suficiente para traer la pared costal en contacto directo con el pulmón, retraído en la canaladura costo vertebral y endurecido.

Luego por medio de suturas con alambre de bronce de aluminio, cerramos los extremos de las costillas, a excepción de la abertura antigua a la fístula que nos sirvió para canalizar la pleura.

Abatimos el colgajo músculo cutáneo y fijamos todo por medio de suturas metálicas, con el mismo alambre.

Los resultados operatorios fueron excelentes: el enorme colgajo cicatrizó por primera intención, y la sutura costal, siguió la misma suerte. En cuanto a la pleura, cicatrizó rápidamente su cavidad, y solamente quedó un pequeño trayecto fistuloso, que hicimos desaparecer rápidamente, inyectando en él algunas gotas de la pasta de BECH.



Este enfermo, como podéis verlo por la fotografía, está en la actualidad, es decir, un mes después de operado, perfectamente sano: su tórax es vigoroso y robusto: su estado general, enteramente floreciente, su respiración amplia y está en condiciones de volver a la ruda labor de la lucha por la vida.

La deformación torácica, es poco perceptible: su compañero es un testigo, operado por el procedimiento de Quenú, de igual padecimiento.

Para terminar, diré, que no pretendo proponer la TORACORRATIA para todos los casos de PNEUMOTÓRAX POSTOPERATORIO, pero sí deseo llamar la atención de ustedes hacia este recurso de Terapéutica Quirúrgica que he podido realizar, gracias al concurso del Sr. Dr. Don DELFINO C. CHACÓN y al auxilio de los doctores ENRIQUE CRUZ y EDUARDO ROMÁN y a los extraordinarios recursos que ofrecen las SUTURAS y las LIGADURAS METÁLICAS.

SUÁREZ GAMBOA.