

Revisando el Canje

Doctor Joaquín Reyes Soto

EL NEUMOTORAX TERAPÉUTICO EN LA TUBERCULOSIS DE LA INFANCIA

Ornar García Bustamante. Tomado de la revista Colombiana de Pediatría y Puericultura. Junio de 1950. Año IX, No. 5

El estudio se hizo en 23 niños y 11 niñas, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 15 años; el porcentaje de lesiones bilaterales era niñas 65.22%, niños 50%.

El autor cree que el mayor porcentaje de lesiones avanzadas en las niñas se debe a razones domésticas, permanencia mayor en el hogar y a los cambios fisiológicos que se presentan en las niñas al comienzo de la pubertad; también las niñas se bilaterizan más temprano que los niños.

La incisión es de suma importancia en nuestra opinión, ya que una buena exposición de las estructuras anatómicas es necesaria para prevenir las complicaciones operatorias, principalmente, en los casos donde el procedimiento resulta difícil. Personalmente con los Doctores Thorek, hemos descartado la incisión paramediana porque no permite una exposición suficientemente amplia. Preferimos la incisión de Colé, la cual empieza como una paramediana izquierda. De la apofisis ensiformis se dirige hacia abajo unos 5 centímetros, llevándose a este nivel hacia la derecha. Se cortan todos, los músculos hasta llegar a un punto distante 6VI> centímetros del borde lateral del recto. Esto nos da una buena vista del diafragma y de los bordes laterales del bazo. La Mayoría de las incisiones transversales cortan el 11 nervio espinal; el 12 se ve en el borde inferior de la incisión y debe preservarse.

De mayor importancia es ligar la arteria esplénica antes de tratar la movilización del bazo, especialmente cuando es muy grande, cuanto más grande es el bazo, más es la arteria y con más tortuosidades. La arteria se encuentra con facilidad haciendo una pequeña incisión en el peritoneo posterior en el borde superior del páncreas a unos 5 centímetros del hilo del bazo. Esta ligadura primaria de la arteria permite que la sangre salga del bazo poco a poco, produciendo una transfusión autógena. Además, este procedimiento alivia la tensión del bazo de modo que las adherencias son menos vascularizadas y el traumatismo quirúrgico resulta menos sangrante.

Con la exposición adecuada, y la ligadura primaria de la arteria y su correspondiente bazo, Los peligros operatorios prácticamente se eliminan, ya que el resto de el procedimiento se hace fácilmente.

Fueron Pielstiker y Vogt los primeros en comunicar los resultados obtenidos con la **aplicación** de Neumotorax terapéutico en los niños, expresando que dicho método representaba un gran avance en el tratamiento de la tuberculosis infantil.

Manifiesta el autor, que muy pocos libros hacen mención a la colapso-terapia pulmonar en los niños y lo mismo sucede con las diversas revistas, que no hacen más que citarla brevemente.

Según, la opinión de la mayor parte de los autores, el neumotorax debe usarse a partir de los 8 años, teniendo poco valor práctico su aplicación por debajo de esta edad.

La técnica, no difiere a la usada en los adultos, y la cantidad de aire inyectada depende de la edad y del volumen del espacio pleural.

Tratándose de Neumotorax unilaterales los resultados dependen de diversos factores: forma anatómico-clínica, modalidad evolutiva, calidad del colapso.

Los mejores resultados se obtuvieron en lesiones recientes, de predominio caseoso.

En las formas de predominio fibroso, tórpidas, de evolución lenta, los resultados son mediocres o males, no estando indicado el neumotorax en estos casos, sobre todo cuando hay caverna.

En las formas benignas, en las abortivas, el tratamiento debe ser de expectación siempre que se tenga la seguridad que el enfermo será sometido a un tratamiento higiénico-dietético riguroso (medio sanatorial) en cuyo caso no debe usarse el neumotorax, pero si régimen higiénico-dietético, no puede aplicarse, debe instalarse el neumotorax precoz, que da resultado satisfactorio.

En las formas ulcerosas extensivas localizadas y en las congestivas de evolución destructiva rápida, los resultados son siempre malos debido a que el neumotorax se instala tardíamente.

En las formas fibro-caseosas crónicas el resultado favorable depende de la mayor tendencia de las lesiones a hacerse caseosas y de la buena calidad del neumotorax.

En las formas neumónicas y bronco-neumónicas de **evolución** rápida, no está indicada: el neumotorax, pues los resultados son malos y existe el peligro de las diseminaciones.

El autor considera que es el infiltrado precoz y en las formas que este da origen, en donde debe hacerse mayor uso de neumotorax, pues aún cuando no existe eliminación de bacilos, el curso **ulterior** de esta lesión es problemático, existiendo en el niño tendencia al reblandecimiento, por lo que debe instalarse siempre el neumotorax terapéutico.

Las cavernas, cuando son de paredes delgadas **c'erran** con facilidad, no así las antiguas de paredes rígidas. En las formas bilaterales el neumotorax puede ser instalado en las fibro-caseosas banales, dependiendo los resultados de la calidad del colapso y de la evolución de las lesiones contralaterales; cuando las lesiones bilaterales son muy avanzadas los resultados del neumotorax es nulo.

Tratándose de lesiones evolutivas, clínicas y radiológicamente debe instalarse la colapso-terapia.

Refiriéndose al neumotorax bilateral, el autor es parco en su explicación, observando muy malos resultados en aquellas lesiones primitivamente bilaterales en las que se instala un neumotorax primero, para aplicar el otro después; se obtienen, mejores resultados en aquellas lesiones que aparecen en el lado 'opuesto' después de un neumotorax eficaz sobre todo cuando estas lesiones no tienen tendencia a diseminarse en todo el pulmón, si no a localizarse en determinada parte del mismo. En La primo-infección, cuando se trata de casos no cavitados no debe instalarse el neumotorax, pues la lesión pulmonar tiende a curar, en cambio la ganglionar tiende a **generalizarse**, importando poco en este caso el reposo del pulmón.

Cuando se trata de casos cavitarios, con lesiones unilaterales, buen estado general, exceptuándose las lesiones de tipo neumónico y bronconeumónico, el neumotorax artificial debe ser instalado.

EL ANTABUS EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Dr. Antonio, Martí Granell. Tomado de la Revista Médica de Costa Rica, Año XVIII. No. 193-V 1950

El tetraetiltiurandisulfido (Antabús) fue ensayado por los técnicos de los Laboratorios Medicinalco de Copenhague bajo la dirección del Profesor Jacobsen; ellos observaron, que a las personas a quienes se administraba esta droga cuando ingerían alcohol presentaban una serie de trastornos cuya intensidad variaban con la cantidad de alcohol ingerido, siendo estas molestias tan grandes, que los **alcohólicos** que las habían tenido, se abstaban de la bebida para no experimentarlas de nuevo. El Antabús es un polvo amarillento, soluble en el agua, poco tóxico, siendo la dosis letal en perros y en conejos de dos a tres gramos por kilogramo de peso. En el hombre no produce trastornos, la dosis única de 3 gramos ni la dosis de 1 gramo continuada durante muchos meses; se elimina muy lentamente.

La presencia del Antabús en el organismo se manifiesta solamente cuando el individuo ingiere bebidas alcohólicas, observándose que a las doce horas de tomar un gramo de Antabús, si se ingiere alcohol, se presentan los siguientes síntomas; a los cinco o quince minutos sensación de calor en la cara; poco después vasodilatación intensa y cianosis de la cara y cuello y a veces vasodilatación de la parte superior del tórax y hombros; hay también vasodilatación de las escleróticas, ligero edema del párpado inferior, aumento de la temperatura local, taquicardia y ligera hipotensión, a veces, después de una hora de ingerido el alcohol hay náuseas, la palidez reemplaza al enrojecimiento facial, baja más la presión y se presentan vómitos. Si la dosis de alcohol ha sido grande hay tendencia al síncope, con la pérdida del conocimiento hasta de media hora; estos trastornos se acompañan de cefalalgias y sensación de construc-

ción del cuello. Todas estas molestias cesan al desaparecer el alcohol de la sangre, experimentando los enfermos cansancio y sueño y se reponen completamente al cabo de un tiempo en horas que varía con la dosis de alcohol ingerida. A medida que pasa el tiempo los trastornos antedichos aparecen con menor cantidad de alcohol, siempre que el paciente esté bajo la acción del Antabús. Se llegó a la conclusión de que esta droga actúa en el organismo en presencia de alcohol debido a que aumenta la acetaldéhinemia en una proporción de 5 a 10 veces mayor de la que se encuentra en casos de ingestión de alcohol sin Antabús. Este hecho se comprobó inyectando endovenosamente acetaldéhidido en individuos normales, observándose los mismos efectos.

El Profesor Jacobsen da las normas siguientes para el tratamiento con Antabús:

a) Estudio del paciente antes de administrar el Antabús.

1o.—El enfermo debe ingresar en un centro hospitalario para que no siga embriagándose, procurando instituirle un tratamiento tónico general para recuperar lo más pronto posible su normalidad física.

2o.—Hacer una historia clínica detallada del enfermo, valorando bien el fondo de su personalidad psicopática y el ambiente familiar en que se mueve.

3o.—Someter al enfermo a un minucioso examen neurológico y somático general.

4o.—Al cabo de una semana de abstinencia, cuando el estado físico es satisfactorio, se le explica para que lo acepte en que consiste el tratamiento con el Antabús y que se le someterá a prueba, administrándole alcohol.

5o.—No regatear esfuerzos para convencerle del final catastrófico de los alcohólicos.

6o.—Modificar las condiciones de vida en que se movía el enfermo y vigilarlo estrechamente para evitar cualquier trasgresión de la cura.

b) Dosis y modo de administración.

Se aconseja la administración del medicamento a las dosis siguientes, que se tomarán de Tina sola vez por la mañana:

1er. día 2 gramos (4 comprimidos).

2o. día 1.50 gramos (3 comprimidos).

3er. día 1 gramo (2 comprimidos).

4o. día 0.75 gramos (1.5 comprimidos).

5o., 6o. y sucesivos 0.50 (1 comprimido)."

Los días cuarto y octavo se administrará alcohol al paciente, dándole la primera vez 40 ó 50 c. c. de Wiskey o su equivalente en otras bebidas; en la segunda vez se dará menos cantidad, procurando siempre producir en el paciente los trastornos antedichos. Se necesitan varias pruebas más, durante un tiempo variable, para determinar la dosis límite de alcohol, advirtiéndole al paciente que si sobrepasa esta dosis, le sobrevendrán molestias, que experimentó durante las pruebas del cuarto y octavo días.