

bien sabido, quedar bacilos de sensibilidad y virulencia diferente a los antibióticos y quimioterápicos en lesiones distintas. En estas condiciones, y bloqueadas éstas y llegado un momento en que el número de bacilos sea suficiente, se produce la recaída en un organismo provisto de escasa defensa específica. Pero el hecho de que las recaídas curen más difícilmente que las recidivas demuestra indirectamente la posibilidad al menos de que la reactivación de los bacilos resistentes y en estado latente haya sido la causa, encontrándose el organismo durante el período intermedio en un estado biológicamente ausente. En las recidivas debe admitirse el mecanismo de la reinfección para la mayoría de los casos.

El hecho de que en los casos en que se asoció la colapsoterapia no se hayan presentado recaídas en la serie de REBOLLO, sino en aquellos en que el colapso fué ineficaz, demuestra posiblemente que el bloqueo que determina el colapso sobre la lesión causa, según demostró en Copenhague LOPO DE CARVALHO, que la acción de los antibióticos haya sido escasa y el mecanismo de curación del foco principal haya sido el clásico por anaerobiosis y fibrosis, protegiendo los antibióticos sobre posibles complicaciones, pero sin alterar la capacidad antigénica del bacilo de Koch en las lesiones colapsadas, por lo que se posibilita la permanencia de las reacciones específicas defensivas del sujeto.

En resumen, creemos que las recaídas dependen de una perturbación de los mecanismos inmunobiológicos y del poder antigénico del bacilo, determinados por los antibióticos, cuando no se llegó a la completa transformación fibrosa o a la regresión total o a la involución definitiva de las lesiones.

SUMMARY

From the statistical analysis of 3,579 patients with tuberculosis in hospitals and sanatoria it is concluded that the recurrence of this disease depends on a disturbance in the immunobiological mechanisms and in the antigenic capacity of the bacillus conditioned by antibiotics when they have failed to attain complete fibrous transformation, total regression or final involution of the lesions.

ZUSAMMENFASSUNG

Die statistische Analyse von 3.579 tuberkulösen Patienten in Sanatorien und Fürsorgestellen, führt zur Folgerung, dass die Rückfälle diese Krankheit von einer Störung der biologischen Immunisierungsmechanismen und des antigenischen Vermögens des Bazillen abhängen, welche durch die Antibiotika hervorgerufen werden, wenn dieselben nicht imstande wa-

ren eine gänzliche fibröse Umbildung, einen völligen Rückgang oder eine endgültige Rückbildung der Läsionen herbeizuführen.

RÉSUMÉ

De l'analyse statistique de 3.579 malades tuberculeux de Sanatoria et dispensaires, on conclut que les récides de cette maladie dépendent d'une perturbation des mécanismes immunologiques et du pouvoir antigénique du bacille, déterminés par les antibiotiques, lorsqu'on n'arrive pas avec leur emploi, à la complète transformation fibreuse, à la regression totale ou à l'involution définitive des lésions.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LAS QUEMADURAS DE ESOFAGO POR CAUSTICOS

A. RUIZ MARTÍNEZ.

Vigo.

En la comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo, a comienzos del año actual (*), nos referíamos a que una de las causas que más influyen en la producción de trastornos de la deglución es la originada por estrecheces consecutivas a la ingestión de cáusticos, y en ella comentábamos que el doctor GONZÁLEZ DUARTE, al referirse al tema que constituyó la conferencia que hubo de pronunciar en la Academia, con motivo de las sesiones científicas conmemorativas de su año jubilar, insistió en la frecuencia, "colosal y asombrosa", con que en nuestro país se producen estas quemaduras.

En efecto, podemos afirmar, por lo que a nosotros respecta, que en los veinticinco años que llevamos ejerciendo la profesión hemos visto que en la proporción de enfermos que hemos tratado por dificultades de deglución figura la ingestión de cáusticos, en primer lugar, como causa originaria, y que todos ellos, a excepción de una enferma adulta que ingirió un cáustico creyendo que bebía vino, cuando en realidad lo que contenía la botella era lejía de sosa, los demás eran niños de corta edad que tragaron sosa o su solución a gran concentración.

El triste espectáculo de estos pequeñuelos, que llegan a nuestra consulta con un conflicto de tal naturaleza, me ha obligado a recurrir a métodos encaminados a restaurar la deglución, siendo por lo tanto materia de este trabajo la

(*) Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo de fecha 11 de enero de 1955.

experiencia que en estos veinticinco años he podido lograr al tratar a estos enfermos.

Si en Medicina siempre resultará mejor prevenir que curar, mucho podría hacerse si se dictaran normas estrictas para evitar que sea expendida la sosa cáustica y sus soluciones en forma de lejía en la forma que se hace, toda vez que ella es la causa originaria de la caustificación en el 100 por 100 de los casos que hemos tratado.

Hácese precio que, obrando como obran los chicos, por reflejos condicionados, relacionando la ingestión de una bebida que les haya sido agradable con la forma externa del recipiente que habitualmente las contiene, se prohíba terminantemente que botellas de gaseosa, jarabe, vino, etc., sean destinados a recibir este cáustico, que en estos años de la postguerra, en que la escasez de jabón ha aumentado el consumo de la lejía empleada para el blanqueo de la ropa y usos domésticos, constituye tremendo peligro como causa originaria de la dolencia que nos ocupa.

¿Qué suele ocurrir cuando los padres comprueban que un pequeño ha ingerido sustancia de tal índole? Que inmediatamente echan mano de la botella del aceite, antídoto casero que hemos comprobado goza de más predicamento entre la gente, y a seguir de esto se une el consejo del vecino que goza de más prestigio en trances como éste, haciendo entrar en escena el consabido vinagre o jugo de limón, que ha de equilibrar la acción cáustica del álcali ingerido.

Al día siguiente renace en la familia la confianza, y salvo las escoriaciones bucales que perciben, para ellos todo ha pasado; pasa una semana, quizá dos, y en el comienzo de la tercera el chico se atraganta, y a partir de aquel momento el pequeñuelo cae en la más completa inanición, pues, pese a todos los esfuerzos, la cantidad de alimento que ingiere es casi nula; desgraciadamente, así he de decirlo, este es el momento en que estos enfermos llegan a nuestras manos.

Todas las historias que he de reseñar, elegidas entre las más demostrativas de nuestra caustística, demuestran que nuestra acción, en cuanto al tiempo en que hubimos de intervenir, fué casi siempre tardía, quedando condicionado el caso a penosísimos trabajos de dilatación, que hubimos de ejecutar pacientemente, y en los cuales, al acicate de lo que para nosotros significaba conservar la permeabilidad de aquel esófago, que había de asegurar la supervivencia de nuestro enfermo, llegamos a diversos recursos con que actualmente tratamos a nuestros pacientes, y cuya exposición constituye la base fundamental de esta comunicación.

Hemos de comenzar por hacer una afirmación: no crean ustedes, aunque se lo digan los sabios maestros, que es peligroso sondear el esófago al cuarto o quinto día de haber ingerido un cáustico. Nunca podrán hacer una falsa vía,

si se atienen al empleo de sondas blandas, desterrando aquellas olivas metálicas o de martil, que antaño ocupaban las vitrinas de aquellos que se equipaban convenientemente para enfrentarse con la atención de sus enfermos: ellas son las que han escrito la historia negra de las dificultades y peligros del tratamiento de estos enfermos.

Nosotros, aunque poseemos la escala completa de las sondas blandas de Eynard, las destinamos única y exclusivamente al tratamiento de adultos, puesto que a los efectos de la técnica dilatadora, precisa en los chicos que no pasan de tres o cuatro años, que son los casos más frecuentes, utilizamos el material que emplean los urólogos en las dilataciones de uretra, y últimamente las sondas ureterales, como veremos más tarde, nos han dado resultados magníficos por su facilidad de hacerlas semirrigidas con la introducción de mandriles de distinta ductibilidad.

Nuestra estadística nos hace coincidir con la opinión de SALZER, y las citadas por él, referidas a las experiencias de ALKSNIS, HEINDL y STEINDL, de que con la dilatación precoz con la sonda los casos se tratan muy favorablemente y que, merced a este tratamiento precoz, quedan relegadas a último término esas dilataciones seriadas, que obligan a tener departamentos especiales para estrechados de esófago, puesto que una quemadura tratada convenientemente debe de producirse el tejido de granulación y epitelización, encauzada por la propia sonda, que moldea y ensancha la luz del esófago, evitando la temible estrechez o cicatriz retráctil.

El caso que voy a referir se puede señalar como tipo de lo que puede lograrse si se actúa correctamente; después hablaré de caso malos, en que las dificultades del cateterismo nos ha obligado al empleo de una técnica propia que juzgamos interesante dar a conocer.

Este pequeñuelo es Manolito Caiño Molanes, que a los catorce meses, en el mes de junio de 1950, hacía siete días, en un descuido de la madre, ingirió lejía de sosa. La exploración a rayos, con las dificultades inherentes a la edad, y al hecho de que se nieguen sistemáticamente a ingerir nada a oscuras, nos demostró que una estrechez persistente, a nivel del anillo crico-faríngeo, que le obligaba a regurgitar, con estos datos, y el hecho que el chico había venido muy precozmente a la consulta, convencimos a los padres de la necesidad de comenzar aquel mismo día las dilataciones, utilizando para ello sondas uretrales de fácil manejo y fáciles de reponer después de los mordiscos y acometidas de que las hacen objeto los pequeñuelos en su afán de defenderse.

Empezamos en aquel caso con la sonda del número 18 de la filera de Charrier; después de dilataciones progresivas, pronto pudimos darle de alta, pasando la sonda del 23. Posteriormente el chico, a los tres años, se encontraba perfectamente bien (fig. 1). (Historia número 14.545.)

En mayo de 1944 nos trajeron a la consulta un chico de diez años, en tal estado de inanición y de deshidratación, que tenía edemas maleolares; sólo a expensas de suero, pudimos lograr que la anuria que se había ini-

ciado pudiera vencerse. El pequeño había ingerido en una de las "cuncas", que habitualmente en las casas rurales emplean para tomar el café con leche por la mañana, lo que él creía era su desayuno, cuando en realidad se trataba de una suspensión a saturación de lejía de sosa.

Cuando el pequeño comprendió su equivocación devolvió todo lo que tenía en la boca, pero no pudo impedir que una pequeña porción produjera una quemadura por causticidad a nivel de la estrechez aórtica del esófago. Cuando llegó el enfermo a nosotros había pasado un mes, tenía curadas sus lesiones bucales y recurrió a un especialista de garganta porque no podía tragar.

La exploración radiológica nos reveló una detención absoluta del bario, lo cual nos indujo a pensar que un cuerpo extraño completaba la estenosis, y así era efectivamente, puesto que con aspiración con potente trompa de vacío logramos retirar restos alimenticios que completaban la estrechez.



Fig. 1.—Ficha 14.545. Recuperación rápida y completa en enfermo precozmente tratado (duración del tratamiento, seis meses).

Hemos de referir que este pequeño fué un colaborador muy eficiente para todo el trabajo que hubimos de realizar durante diez años, en que en fases alternas hicimos tratamientos dilatadores, utilizando o bien sondas semiblandas o en otros casos el dispositivo con que corrientemente tratamos a estos enfermos, sustituyendo la acción dilatadora de la sonda por el dispositivo a que se refiere la figura 2, que muestra cómo con la acción combinada de un frasco lavador, conectado a una pera de Richardson, a la par que alimentamos e hidratamos al paciente forzamos el paso, permitiéndonos ir labrando en el esófago la permeabilidad del mismo.

La figura 2 se refiere a la acción conjunta que efectuamos, manteniendo el extremo a) de la sonda irrigadora a nivel de la estrechez y el extremo b) de la sonda conectada a potente trompa de aspiración en atenta vigilancia para

provocar el arrastre del reflujo que pueda producirse hacia vías aéreas. La espita c) del frasco lavador actúa de válvula para, en caso de reflujo de líquidos, hacer acción de descompresión, logrando presión negativa y, por lo tanto, interrupción de salida del líquido a irrigar.



Fig. 2.

Por este procedimiento hemos solventado sin grandes dificultades el tratamiento dilatador de estos enfermos que llegan en fase tardía a nuestra consulta. La fotografía que a continuación mostramos habla bien elocuentemente de lo que puede lograrse en estos enfermos, condenados a una muerte cierta (fig. 3). (Historia número 10.028.)

En las radiografías que mostramos puede verse que, a pesar de las dilataciones que hemos podido realizar, el esófago se encuentra en me-



Fig. 3.—Ficha 10.028. Recuperación al cabo de diez años de tratamiento. A pesar del buen estado general, la permeabilidad esofágica lograda es la que se puede apreciar en las radiografías que siguen.

dianas condiciones de permeabilidad; sin embargo, el chico, que ya es adulto, muestra el buen estado que puede verse en la fotografía que se acompaña. El fué adiestrado convenientemente para sondarse, y con sondas de que le hemos provisto, periódicamente procura man-

tener la permeabilidad esofágica y con ello se alimenta perfectamente (fig. 4). (Historia número 10.028.)

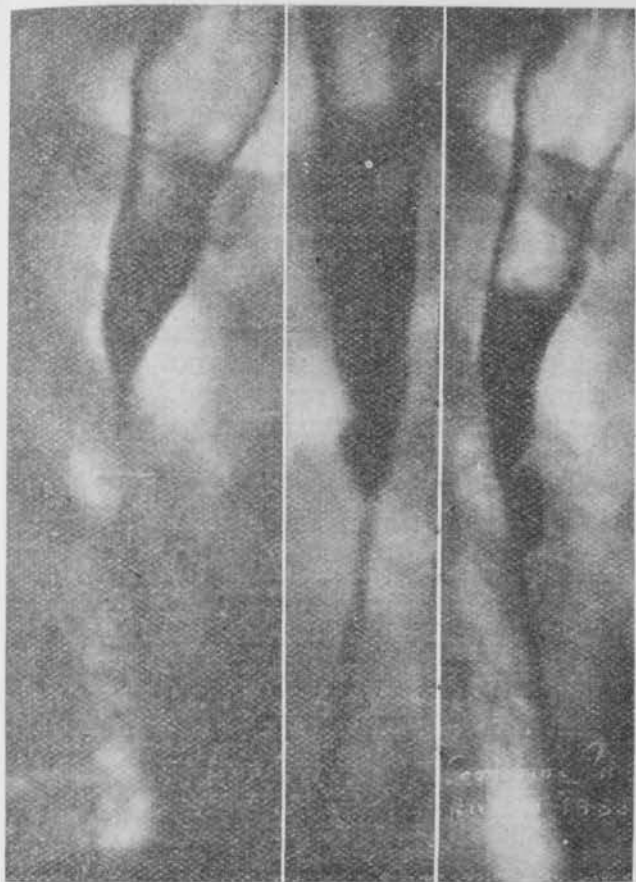


Fig. 4.—Ficha 10.028. Véase la permeabilidad lograda a los diez años de tratamiento y la dilatación del esófago por encima de la estrechez. (Radiografías doctor DURAN.)

Desde entonces hemos tratado algunos casos que llegaron precozmente a nuestra consulta, y todos con éxito, procurando hacer las dilataciones lo antes posible, seguidas de irrigación con líquidos alimenticios, que al tiempo que nos permiten alimentar a los chicos, mediante el dispositivo a que hemos hecho referencia, facilita la permeabilidad esofágica consiguiendo restablecerlos rápidamente.

Desgraciadamente, la mayoría de los casos, debido a las causas a que nos hemos referido, no llegan a nuestra consulta en momento oportuno.

En agosto del pasado año comenzamos el tratamiento de dos enfermitas de diecinueve y veinte meses, respectivamente; un mes antes habían ingerido, una de ellas, la que tenía las lesiones más graves, sosa pura, que su madre destinaba a usos domésticos, dentro de una lata de sardinas; la otra, veinticinco días antes, había, confundiendo con azúcar, tragado sosa en escamas, de la que se emplea para preparar lejía.

La primera llegó a tal estado de inanición, por obstrucción casi absoluta del esófago (véase la fig. 5, historia núm. 17.589), que hubimos, después de varios intentos para permeabilizar el esófago, de solicitar la colaboración del doctor TRONCOSO ROZAS para efectuar una gastrostomía, mediante la cual se logró alimentar e hidratar a la pequeña, hasta que pacientemente, utili-

zando el método de dilataciones progresivas e irrigación con el dispositivo a que hacemos referencia, conseguimos, al cabo de un año, la recuperación de esta enfermita hasta los límites tan aceptables que pueden verse en la fotografía que figura al pie de la que tomamos cuando iniciamos el tratamiento, que pone bien de manifiesto el estado deplorable en que se encontraba (fig. 6). (Historia núm. 17.589.)

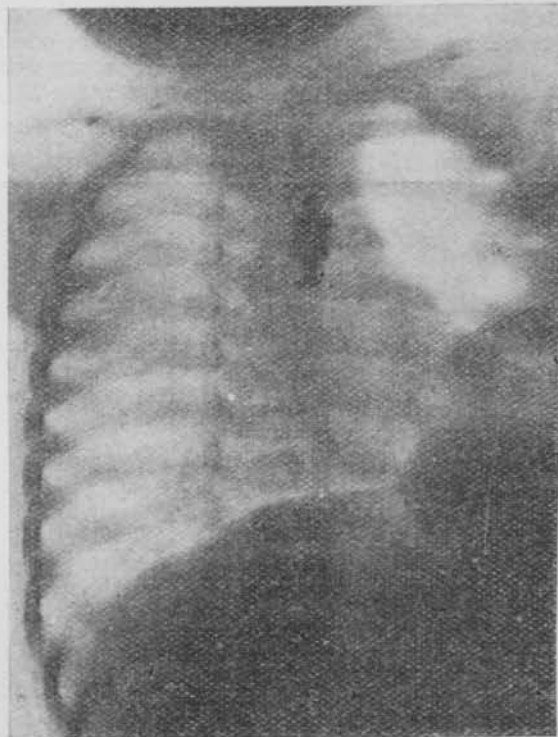


Fig. 5.—Ficha 17.589. La estrechez era absoluta. (Radiografía doctor IGLESIAS LAGO.)

Creemos firmemente que el éxito se debe al hecho de que el tratamiento ambulatorio lo sustituyéramos por una hospitalización con personal adiestrado y vigilante para evitar que es-



Fig. 6.

Estado de la enferma el 7 de agosto de 1954.

La misma después del tratamiento en 22 de septiembre de 1955.

tos pequeños, con el ansia enorme que tienen de comer, no ingieran cuerpos extraños en cualquier descuido.

Ejemplo bien patente de lo que acabamos de señalar lo tenemos en la enfermita que vimos en las mismas fechas que la anterior, enviada por el Servicio Médico del Seguro de Enfermedad para su tratamiento. Esta pequeña, cuya permeabilidad esofágica era mejor que la de la anterior, como puede verse en la radiografía que corresponde a la ficha de esta enferma, logramos durante seis meses, por dilatación combinada con sonda e irrigación forzada, llegar a pasar hasta la número 13 (figura 7). (Historia núm. 17.493.)

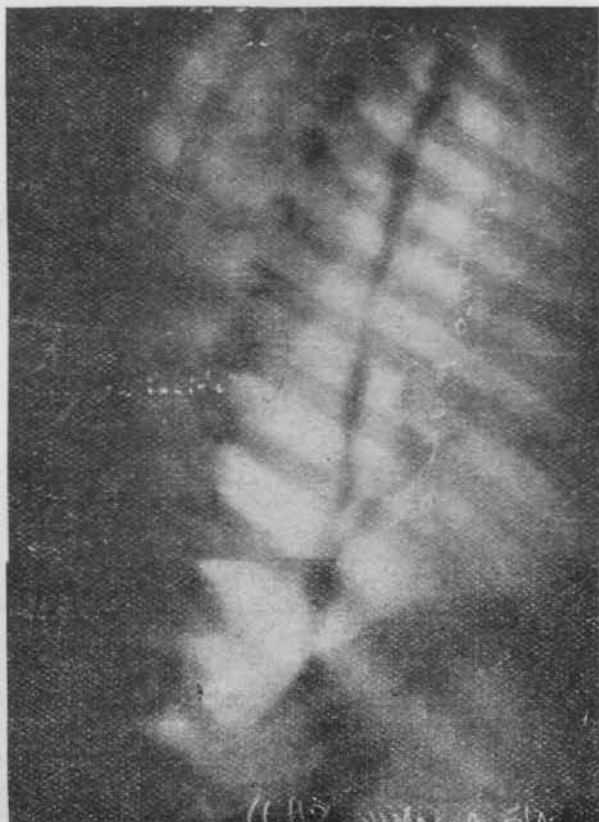


Fig. 7.—Ficha 17.423. La permeabilidad esofágica era aceptable; el haber abandonado el tratamiento dió motivo a una obstrucción completa.

Al cesar los servicios asistenciales del Seguro, por haber pasado el plazo, interrumpió la asistencia, y muy recientemente volvimos a ver a la chiquilla, en completo estado de inanición, por obstrucción absoluta de su esófago. Posiblemente un cuerpo extraño ingerido en un descuido completó la obstrucción, teniendo que ser la pequeña hospitalizada para realizar una gastrotomía y seguir el tratamiento conveniente para colocarla en condiciones de recuperación.

Los casos que hemos descrito son bien demostrativos en el sentido de que instalada la dilatación precoz nada hay que temer, lográndose recuperaciones en poco tiempo.

Pasados los quince primeros días, las lesiones son de tal magnitud generalmente que sólo merced al método combinado de dilatación forzada, mediante irrigación, se puede lograr que estos pequeños puedan remontar los primeros años de su vida y colocarlos en situación de

que una intervención pueda lograr la restauración quirúrgica de la deglución mediante plastia adecuada.

RESUMEN.

El autor se refiere al hecho de que una de las causas que más influyen en la producción de trastornos de la deglución es la originada por estrecheces esofágicas consecutivas a la ingestión de cáusticos, y entre éstos, la lejía de sosa la más frecuente; en su estadística personal constituye el 100 por 100 de los casos que ha tratado.

Si en Medicina es mejor prevenir que curar, mucho podría hacerse si se dictaran normas estrictas para evitar que sea expendida la sosa y sus soluciones en lejía en la forma que actualmente se hace, procurando utilizar recipientes reconocibles que eviten la confusión.

Aboga por el tratamiento precoz, comenzando las faenas de dilatación lo antes posible, ateniéndose al empleo de sondas blandas, y a este propósito se refiere a historias de enfermos tratados precozmente y aquellos a los cuales por haberse presentado tardíamente a tratamiento fué preciso recurrir al método de dilatación que sustituye las sondas, con el cual ha logrado alimentar y permeabilizar el esófago, hasta colocar al paciente en situación en que una intervención quirúrgica posterior remedie el conflicto que tiene planteado el enfermo.

SUMMARY

The writer comments on the fact that one of the causes having greatest influence on the occurrence of difficulties in swallowing is that derived from oesophageal strictures due to ingested caustics, prominent among which is caustic soda solution. This was the case in all the patients treated by the writer.

He recommends early treatment. Dilatation procedures should begin as soon as possible; only soft bougies should be used. In this respect he describes the case histories of patients who received early treatment and of those who sought treatment late in whom it was necessary to use the dilatation method which replaces the bougies; the last method enabled him to render the oesophagus permeable and provide adequate nutrition until the patient was fit to undergo surgical operation.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor deutet auf die Tatsache hin, dass die durch Einnahme von Aetzmitteln verursachte Verengerung der Speiseröhre (am häufigsten durch Natronlauge) eine der Ursachen war die grössten Einfluss auf das Auftreten

von Schluckstörungen hätte; in seiner persönlichen Statistik ergeben diese Fälle 100 %.

Der Author verfißt eine frühzeitige Behandlung. Wobei die Erweiterung so bald als möglich mit Hilfe von weichen Sonden durchgeführt werden soll. Als Beweis dafür zitiert er die Krankengeschichten von Patienten welche frühzeitig behandelt wurden und anderen welche erst spät zur Behandlung kamen. Bei den letzteren war es notwendig für die Erweiterung zu einer Ersatzmethode der Sonden zu greifen, wodurch die Ernährung des Kranken ermöglicht wurde und die Durchgängigkeit der Speiseröhre erhalten blieb bis der Patient so weit war einer chirurgischen Operation unterzogen werden zu können, die das Problem dann löste.

RÉSUMÉ

L'auteur signale qu'une des causes qui influe le plus dans la production de troubles de la déglutition c'est celle qui est produite par sténoses œsophagiques consécutives à l'ingestion de caustique, et parmi ceux-ci, la plus fréquente c'est la lessive de soude. Dans sa statistique personnelle elle représente le 100 % des cas traités.

Il insiste sur le besoin du traitement précoce, commençant les travaux de dilatation le plus tôt possible employant des sondes molles. Il mentionne à ce sujet des histoires de malades traités précocement et d'autres qui, s'étant présentés trop tard au traitement durent avoir recours à la méthode de dilatation que remplace les sondes, arrivant ainsi à nourrir et perméabiliser l'œsophage afin de laisser les malades de façon à qu'une intervention chirurgicale postérieure améliore leur situation.

ESTUDIOS BALISTOCARDIOGRAFICOS PRE Y POSTOPERATORIOS EN LA CIRUGIA TORACOPULMONAR (TORACOPLASTIA, LOBECTOMIA Y NEUMONECTOMIA)

S. BRAVO OLALLA.

Dispensario Central de San Sebastián.

J. L. MARTÍNEZ DE SALINAS.

Sanatorio 18 de Julio (Guipúzcoa).

L. F. CASTRO GARCÍA.

Dispensario Comarcal de Pasajes (Guipúzcoa).

El sístole cardíaco y los movimientos de la sangre en los grandes vasos engendran desplazamientos del cuerpo. La curva representativa

de estos desplazamientos constituye el balistocardiograma.

Este trazado balistocardiográfico no es el reflejo exacto del rendimiento cardíaco, pero depende estrechamente de la velocidad de eyección y, por consiguiente, del vigor del miocardio.

Es sabido que todas las causas que obstaculizan la pequeña circulación tienen como consecuencia el aumento de trabajo del ventrículo derecho, dando lugar, a la larga, a la dilatación-hipertrofia compensadora. En este sentido las enfermedades pleuropulmonares, unas porque disminuyen la superficie de hematoses pulmonar (tuberculosis, esclerosis, enfisema, etcétera) y otras porque perturban la mecánica ventilatoria (pleuresías crónicas, sinequias pleurales bilaterales, etc.), dan lugar a una disminución del efecto aspirativo que el crecimiento inspiratorio del vacío pleural ejerce sobre la sangre del ventrículo derecho y como consecuencia a un aumento del trabajo de este ventrículo.

Para estos estudios de balística cardíaca en la cirugía torácica, hemos tenido presente el importante papel de la mecánica respiratoria en el apoyo de las fases circulatorias. De un lado, la acción del tejido elástico pulmonar en la dilatación de los vasos de la pequeña circulación durante el tiempo inspirativo y su reducción en el espirativo; de otro, la influencia que sobre el saco pericárdico y las cavidades cardíacas ejercen los movimientos inspiratorios de la pared torácica por mediación del sistema elástico del pulmón, que a su vez está solidarizado con dicha pared por el vacío pleural. Como consecuencia de esta acción distensiva inspiratoria, la aurícula derecha aspira enérgicamente la sangre venosa de la gran circulación hacia el corazón derecho, y la aurícula izquierda, la de la pequeña circulación, hacia el corazón izquierdo. Durante la inspiración aumenta el volumen sistólico del ventrículo derecho y disminuye la eyección del ventrículo izquierdo, acumulándose un mayor volumen de sangre en el sistema pulmonar como consecuencia del aumento del lecho vascular en el pequeño círculo.

Actuando como una bomba aspirante e impulsante y como amortiguador por su gran capacidad de depósito, el pulmón apoya el trabajo del miocardio derecho y podemos decir que forma parte integrante de la dinámica cardíaca de este lado.

Debido a estos mecanismos, la sangre lanzada por el ventrículo derecho puede extenderse por una red capilar de permanente recorrido, sobre una amplia superficie de varios metros cuadrados, en una fina capa de una centésima de milímetro de espesor, atravesando el pulmón en unos seis segundos, aproximadamente, sin detenerse más de una décima de segundo en el llamado capilar funcional, lo que es suficiente