

y muy duro. La radiografía demuestra una desviación notable de la tráquea. El metabolismo basal es de 4 por 100 y las pruebas habituales de laboratorio son normales.

A la vista de este cuadro decidimos practicar una tiroidectomía, que se llevó a efecto con anestesia local y

raba casi irremediable. El curso postoperatorio fué sin incidentes.

La pieza operatoria fué estudiada por nuestro competente anatómopatólogo doctor ALBELA, que nos dió el dictamen de bocio de Hashimoto (véase microfotografías).

Esta enferma fué vista por nosotros a los diez meses, en pleno mixedema, el cual, mal diagnosticado, había sido tratado de muy diversas maneras sin experimentar, claro está, variación alguna. Con la administración de hormonas tiroideas se modificó rápida y teatralmente.

Llamamos la atención sobre el hecho de que, a pesar de haber dejado el istmo tiroideo, se instaurara tan rápida y tan plenamente el mixedema, lo que parece demostrar la hipofunción latente de la glándula, que si cuando se hallaba íntegra bastó a cumplir su función, no ocurrió así con el fragmento dejado, en contra de lo que ocurre cuando la función tiroidea no está alterada. Seguramente de no haber sido extirpada la glándula se hubiera instaurado de todas maneras el mixedema, aunque seguramente con mayor lentitud.

BIBLIOGRAFIA

- CRAIG, SPAIN Y LOWBEER.—Amer. J. Surg., 84, 286-292, 1952.
JOLE.—Brit. J. Surg., 27, 351-359, 1939.
LINDSAY Y cols.—J. Clin. Endocrinol., 12, 1.578-1.660, 1952.
BLANCO SOLER Y OTTE.—Rev. Iber. Endocrinol., 12, 191, 1954.
PIULACHS Y CAÑADELL.—Enfermedades del tiroides. Barcelona, 1950.
DURÁN MOLINA.—Memorias y trabajos del I. P. T., 1957.

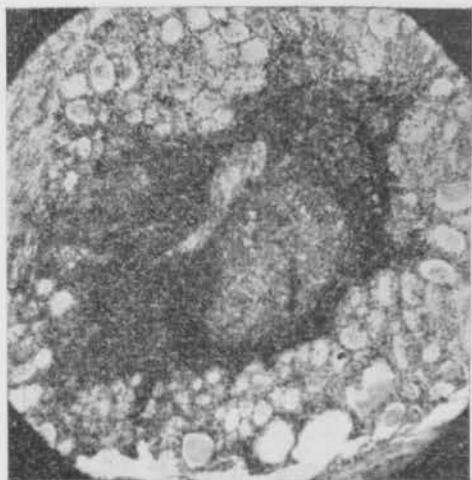


Fig. 1

sin más incidencias dignas de mención que haber tenido que separar determinadas zonas del tiroides de la tráquea con bisturí por hallarse íntimamente adheridas. Se dejó el istmo, pensando en aminorar, o al menos dilatar, el plazo de presentación del mixedema, que se conside-

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS SUPURACIONES BRONCOPULMONARES PRIMITIVAS

J. ALIX Y ALIX, B. COVAS Y A. ALIX TRUEBA.

Centro Colapsoterápico de Madrid (P. N. A.)
Director: Dr. J. ALIX.

Deliberadamente vamos a ceñirnos solamente a lo que consideramos que es fundamental, en el estado actual de la terapéutica de estos procesos, apoyándonos en los datos de nuestra experiencia.

La experiencia nuestra se extiende desde el año 1942 hasta la fecha actual. Los casos correspondientes hasta 1949 fueron tratados casi sistemáticamente por la cirugía, ya que a nuestras manos llegaban en lo que entonces se podría considerar como fase crónica. De aquellos casos, que en total alcanzaban el número de 47, murieron 32 (téngase presente la fecha y las posibilidades prácticamente nulas de aquellos tiempos para la cirugía de exéresis), lo que eleva el promedio de mortalidad a un 68 por 100, aproximadamente. No podemos establecer un pa-

rangón por nuestra casuística entre los casos médicos y los quirúrgicos a partir de 1949, porque desde esa fecha no hemos vuelto a intervenir, o a hacer intervenir, quirúrgicamente a ninguno de nuestros casos de supuraciones pulmonares, salvo a los que mostraban un predominio cirrótico o eran secundarios.

Es necesario aclarar que nos referimos a los casos de supuraciones primitivas. A esta cuestión vamos a limitarnos, porque los procesos supuradores broncopulmonares secundarios o complicativos a previas alteraciones broncopulmonares (bronquiectasias, tumores, quistes parasitarios o congénitos, malformaciones, etc.), justifican tratamiento médico, únicamente con el fin de conducirlos a la intervención quirúrgica o con fines paliativos. De la misma manera, los casos en los que ya se ha producido una transformación cirrótica o indurativa, entran de lleno dentro en las indicaciones quirúrgicas.

Nos vamos a ocupar, en suma, del tratamiento del absceso primitivo del pulmón, ya sea agudo o crónico, en el que existen procesos inflamatorios y necróticos y que aún no ha llegado a la carnificación, única indicación quirúrgica absoluta, según nuestra opinión.

SOBRE LA CUESTIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS SUPURATORIOS EN AGUDOS O CRÓNICOS, COMO ÍNDICE VALORABLE PARA LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Tenemos la impresión de que en el estado actual de la farmacología por las modernas drogas antibióticas, y la revolución que su advenimiento ha representado para la terapéutica de las infecciones, ha llegado el momento de revisar la división, que hasta ahora ha sido casi dogmática, en agudo (o sea, susceptible de tratamiento médico) cuando no llegaba a las seis semanas de antigüedad, y crónico (o sea, sistemáticamente tratable por cirugía) cuando su antigüedad se extendía a las seis semanas o más. Esta división, en tanto que ella deba suponer una actitud médica o quirúrgica obligadas y un pronóstico definido debe desaparecer, según procuraremos demostrar.

Mucha más importancia que la cuestión tiempo la tiene la patogenia para el planteamiento de una indicación u otra, y asimismo la anatomía patológica en cuanto ella pueda ser revelable por los métodos radiológicos. Así, *creemos deben ser patrimonio de la cirugía los procesos secundarios o los organizados, sin prestar atención al tiempo de evolución*, y por eso, aparte del estudio clínico radiológico, tiene una importancia trascendental la anamnesis, proporcionando datos muy valiosos para juzgar del origen y evolución del proceso.

Hemos excluido deliberadamente todos aquellos casos en los que no se ha seguido un criterio médico. Los casos que hemos hecho operar desde 1949 han sido únicamente los secundarios, o alguno primitivo (uno por aspiración de agua del mar en un conato de ahogamiento, y otro por cuerpo extraño orgánico —espina de pescado—), en los que dominaban los fenómenos de organización.

La mayoría de los casos que llegan a nosotros, como ya decíamos más arriba, vienen después de haber rebasado con creces lo que se consideraba como fase aguda. Por esta razón, cuando no disponíamos de la moderna farmacia, debíamos hacer operar con resultados inciertos, y en general malos, a un elevado número. En los momentos actuales debemos reconocer que los resultados del tratamiento quirúrgico son muy buenos, sumándose los progresos de la cirugía moderna a los medicamentos de alto poder de que disponemos. Pero debe reconocerse que el precio que hay que pagar para la curación es mucho más elevado si se sigue a ultranza el tipo clásico de las indicaciones de tratamiento.

En el cuadro I se encuentran los casos tratados médicalemente. Todos ellos han curado.

En el cuadro II hemos agrupado los casos tomando como epígrafe el tiempo de evolución desde su comienzo hasta el comienzo del tratamiento, analizando el tiempo empleado desde éste hasta la curación.

De este cuadro II se obtienen varias consideraciones demostrativas de que, frente a los modernos tratamientos, y como venimos insistiendo, el factor tiempo de evolución no es suficiente para marcar por sí mismo la pauta quirúrgica.

a) Cuando se empleó el *tratamiento médico general solamente*, sin actuar más o menos directamente sobre el foco, el tiempo empleado en la curación parece que guarda una cierta relación con la antigüedad del proceso, puesto que el tiempo medio empleado en el primer grupo es de once días (antigüedad menor de un mes), el del segundo grupo es de veinticuatro días (antigüedad de uno a tres meses)

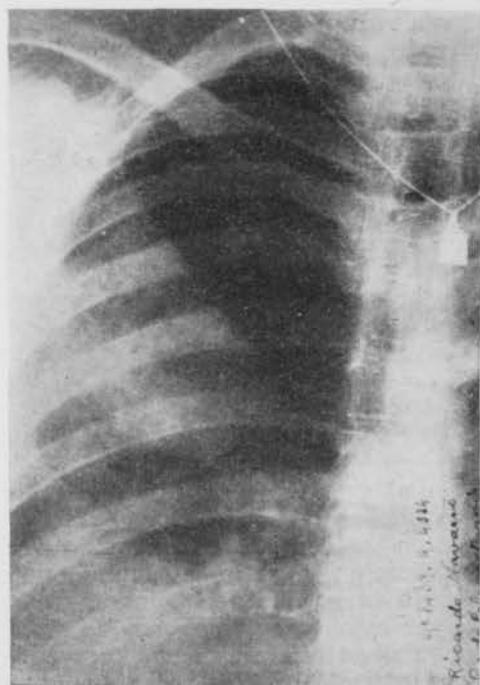
CUADRO I.—CONJUNTO DE LOS CASOS ANALIZADOS

Historia número	Edad	Antigüedad	Etiología y patología	Localización		Tratamiento	Tiempo hasta la curación	Secuelas radiológicas	Tiempo de observación ulterior
				P. D.	P. I.				
34	50 años	2 ½ meses	Dentario	Superior	—	Aspiración broncoscópica más penicilina local ...	18 días	Si	4 años
1.432	42 años	36 meses	Acc. epil.	Superior	—	Transparietal	10 días	Si	6 años
1.439	37 años	6 meses	Aspirac.	Superior	—	General	8 meses	Si	6 años
1.779	53 años	48 meses	Ignorada	Inferior	—	Transparietal	28 días	Si	Recaída a 3 m.
1.779	Idem	Idem	Idem	Idem	—	Idem	24 días	Si	4 años
1.915	59 años	3 meses	Neumonía	Superior	—	Postural	30 días	Si	4 años
1.917	59 años	8 meses	Neumonía	—	Superior	Postural y general	21 días	Si	4 años
2.067	65 años	4 meses	Dentario	Inferior	—	Postural y general	14 días	Si	3 años
2.130	44 años	13 meses	Neumonía	—	Todo	Transparietal	13 días	Si	3 años
2.194	33 años	60 meses	Trauma	—	Superior	Transparietal	14 días	Si	2 años
2.270	34 años	33 meses	Aspirac.	Inferior	—	Transparietal	18 días	Si	20 meses
2.433	52 años	20 días	Ignorada	Superior	—	Postural y general	11 días	Si	1 año

CUADRO II.—VALORACION DEL FACTOR TIEMPO EN RELACION A LA MODALIDAD TERAPEUTICA Y AL TIEMPO DE CURACION

Historia número	Antigüedad	Tratamiento	Tiempo de curación	Tiempo medio para la curación del grupo
2.433	0-1 mes	Postural y general	11 días	11 días
	1-3 meses			
34	2 $\frac{1}{2}$ meses	Aspiración brosc. y gen. y loc.	18 días	
1.915	3 meses	Postural	30 días	24 días
	3-6 meses			
2.067	4 meses	Postural y general	14 días	
1.439	6 meses	General	8 meses	177 días
	6-12 meses			
1.917	8 meses	Postural y general	21 días	21 días
	Más de 1 año			
2.130	13 meses	Transparietal	13 días	
2.270	33 meses	Transparietal	18 días	
1.432	36 meses	Transparietal	10 días	15 días
1.779	48 meses	Transparietal	28 días	
1.779	51 meses	Transparietal	24 días	
2.194	60 meses	Transparietal	14 días	

y el del tercero con una antigüedad de tres a seis meses es de ciento setenta y siete días. Sin embargo, esta cifra está interferida perjudicialmente por el caso 1.439, que sufrió la seria complicación de un empiema. En cambio, el tiempo de curación del caso 2.067 con antigüedad de cuatro meses fué de catorce días.



Caso 1.—Caso núm. 1.439. Tratamiento médico general solamente.

b) El tiempo transcurrido desde el comienzo del tratamiento hasta la curación, cuando se empleó el tratamiento *por punciones transparietales*, no guarda ninguna relación con la antigüedad del proceso. La cifra media es de diecisiete días para el grupo de antigüedad entre seis meses y un año y asimismo de diecisiete días para el grupo de antigüedad entre uno y cinco años. Obsérvese, por ejemplo, el hecho sorprendente de que la cifra mínima de tiempo para la curación en toda la casuística está en este

grupo (caso 1.432, con tres años de antigüedad) con diez días.

c) *El tratamiento postural simple* ha sido capaz de obtener la curación en treinta días en un caso en que no se empleó ningún otro medio terapéutico.

d) *El tratamiento general solo*, sin cura postural ni ninguna otra medida, empleando la *oxitetraciclina* (demostrada la sensibilidad del germen), logró la curación del caso 1.439 en ocho meses. La antigüedad de este caso era de seis meses, pero ya hemos indicado más arriba que hubo una seria complicación (empiema) que motivó un drenaje de la cavidad pleural, y esto dificultó la resolución del proceso en el tiempo deseado, pero terminó satisfactoriamente por la curación.

De estas consideraciones dedúcese una conclusión previa; cuando se aplica correctamente el tratamiento médico, la curación puede obtenerse en un plazo de tiempo que, en términos generales, es aproximadamente igual para cualquier grupo de antigüedad. Efectivamente, si analizamos los tiempos de curación en relación con el tipo de tratamiento obtenemos el cuadro III.

CUADRO III.—MODALIDAD TERAPEUTICA EN RELACION AL TIEMPO DE CURACION

Modalidad terapéutica	Número de casos	Tiempo medio de curación
Cura postural sola	1 caso	1 mes
Cura postural más antibióticos general	3 casos	15 días
Antibióticos sólo	1 caso	8 meses
Broncoaspiración más antibióticos local	1 caso	18 días
Punción transparietal y penicilina local	6 casos	15 días

En éste se demuestra, que lo que debe considerarse como tratamiento correcto es aquel o aquellos que procuran la eliminación de los productos sépticos y la acción lo más intensa posible de los antibióticos.

Si ahora analizamos con detenimiento las conclusiones de estos tres primeros cuadros, parece obte-

nerse a primera vista que, ciertamente, el factor antigüedad del proceso tiene nulo interés y, sin embargo, no sería correcto hacerlo así en términos absolutos. Efectivamente, cuando nos hemos encontrado ante un proceso que databa de menos de un mes, ha sido suficiente una cura postural, más la aplicación de penicilina en dosis moderadas (400.000 U. diarias por vía intramuscular) para obtener en diez días la curación. Cuando el proceso databa de uno a ocho meses (grupos de uno a tres, tres a seis y seis a ocho meses), los tiempos de curación han sido de dieciocho, catorce y veintiún días, o sea, una media aproximada de diecisiete días, lo que significa que en el grupo de menos de un mes se ha empleado un tiempo de curación 41 por 100 menos largo que en el conjunto de los otros tres.

Pero, además, si bien es cierto que el conjunto de estos cuatro grupos es de dieciséis días de media, y que el de los casos comprendidos entre trece y sesenta meses es de diecisiete días, aproximadamente, hay que tener en cuenta que el método de tratamiento no ha sido ni mucho menos tan simple en el último grupo. Por otra parte, la intensidad de las secuelas suele guardar una relación bastante estrecha con el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad hasta el del correcto tratamiento. (Véase cuadro VII.)

Por todo ello creemos que se puede considerar, con ciertas reservas dependientes del escaso número de casos, que no tienen ningún valor estadístico, que hasta los ocho meses puede extenderse el concepto de agudo-subagudo, y más allá de éste como crónico, pero sin que ello suponga, de ninguna manera, que esta definición envuelve por sí la idea de indicación quirúrgica, sino solamente de modalidad médica aun cuando tampoco en términos absolutos, ya que la indicación terapéutica creemos que debe definirse individualmente para cada caso.

SOBRE LA CUESTIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS COMO DEFINIDORES DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO.

Desde este punto de vista interesa únicamente averiguar si el proceso es primitivo o secundario. Nosotros vamos a referirnos exclusivamente al primer aspecto, es decir, a los procesos supuradores que se desarrollan en un sujeto hasta entonces sano. Y vamos a hacerlo así porque creemos que, en términos generales, las supuraciones secundarias son solamente tributarias de tratamiento médico en una de dos circunstancias. O como preparación para la intervención quirúrgica, o como tratamiento único en sujetos inoperables y con fines pura y simplemente paliativos (cáncer, ciertas formas de tuberculosis complicadas con estenosis bronquiales, extensas bronquiectasias bilaterales, etc.). Hay algunos casos en que la supuración secundaria es tributaria de tratamientos no quirúrgicos, como acontece con los cuerpos extraños. Pero aquí debe tenerse en cuenta, que si las alteraciones han sido determinadas por un cuerpo vegetal, por ejemplo, si la extracción del mismo no se realiza muy precozmente, quedan como residuos alteraciones bronquiales profundas que por sí determinan la necesidad de la indicación quirúrgica. Otro tanto acontece con cualquier especie de cuerpo extraño inorgánico (o que aun siendo orgánico, no sufre alteraciones durante su permanencia en el árbol bronquial), si su presencia en el bronquio es suficientemente prolongada para traer como consecuencia la formación de bronquiectasias, junta-

mente con la supuración, obedeciendo ambas al mismo principio etiológico.

En principio debemos considerar que en muchos casos la supuración pulmonar aparente y actualmente secundaria, lo fué primitiva en un determinado momento de su historia clínica, quedando como secuela estenosis bronquiales o bronquiectasias, o ambas a la vez, que, por su parte, son causa de nuevos procesos supuradores. Un tratamiento adecuado tal vez hubiera podido evitar el desarrollo de las alteraciones que conduce a las recidivas de los fenómenos supuradores. Debe reconocerse, sin embargo, que esto sólo debe ocurrir excepcionalmente.

Para proceder de acuerdo con las directrices de esta relación orientada principalmente a la práctica (entendiendo por práctica la acción que se deriva de un previo conocimiento de la esencia de los hechos), y precisamente al tratamiento médico de las supuraciones pulmonares, consideramos que dentro del concepto de primitivas deben incluirse:

- Las supuraciones metastáticas.
- Las producidas por la aspiración de material séptico procedente de las vías superiores.
- Las resultantes de la evolución hacia la supuración de ciertas neumonías agudas.
- Las determinadas por obstrucción bronquial, inmediatamente anterior al desarrollo de la supuración.

En sus fases iniciales los tres primeros grupos constituyen la más pura representación de las indicaciones médicas en sentido estricto. Por otra parte, en estas fases iniciales el tratamiento médico tiene una gran uniformidad.

En lo referente al grupo d), si se trata de un cuerpo extraño hay que diferenciar cuál es su naturaleza, su forma, etc. Especialmente debe diferenciarse por su trascendencia si es vegetal o de otra especie. En las fases iniciales el tratamiento es el mismo, pero cuando ha transcurrido algún tiempo, que generalmente no va más allá de las cuarenta y ocho horas, en adelante, si el cuerpo extraño es de origen vegetal, pueden acarrearse graves alteraciones bronquiales (bronquitis aracnoidal) que determinan la irreversibilidad del proceso si se pretende resolverlo por procedimientos puramente médicos.

SOBRE LOS ASPECTOS ANATOMOCLÍNICOS.

Al llegar al examen del médico, los procesos supuradores pueden tener diversos aspectos, no sólo por el tiempo transcurrido desde su iniciación, sino por la localización y por la estructura anatomorradilográfica. No es posible determinar su causa simplemente por esto, salvo en el caso de una obstrucción bronquial en que puede aparecer típicamente la imagen *atelectásica*. A veces puede aparecer una imagen *puramente inflamatoria* o bien pueden dominar los fenómenos *necróticos*, con una o varias imágenes *destructivas*, o aparecer como alteraciones *indurativas* y aun *neoformativas*.

Pero como lo que tiene mayor interés para nosotros es el buen drenaje de los productos sépticos, es necesario considerar las condiciones naturales de canalización de éstos, su localización respecto de los segmentos broncopulmonares, sus relaciones con el árbol bronquial y su situación respecto de la pared torácica más próxima al absceso. El conocimiento de estas particularidades nos permitirá instituir la modalidad terapéutica que vayamos a ensayar con la mayor posibilidad de eficacia.

Quedan excluidos de indicación médica los cirróticos o indurativos o formativos.

De esta manera, una vez determinado que se trata de un proceso supuratorio, y que este proceso es primitivo, así como si la causa fué o no un cuerpo extraño, y a ser posible si lo fué de origen vegetal o no, cuál es la localización y relación con las vías naturales respiratorias, y con la pared torácica, y, por último, su aspecto anatomo-clínico, tenemos ya suficientes datos para comenzar una orientación terapéutica.

SOBRE LAS MODALIDADES DEL TRATAMIENTO MÉDICO.

Para analizar las modalidades de tratamiento seguidas en nuestros casos, nos parece lo mejor estudiar individualmente cada uno de los métodos.

Tratamiento antibiótico general como única modalidad.—En primer lugar, la aplicación general de una terapéutica con antibióticos es básica para el empleo, con ella y sobre ella, de cualquier modalidad que se use, salvo cuando, como ocurrió en alguno de nuestros casos, sea imposible el uso de los antibióticos (casos de sensibilidad individual con choque alérgico, casos en los que, por otras razones, no se puedan utilizar, o cuando las condiciones de drenaje sean tan satisfactorias, que sea innecesario utilizar otro modo que este último).

Pero independientemente del empleo de la terapia general como asociación terapéutica, puede utilizarse, y así se hace en muchos lugares, según se desprende del estudio de la amplia literatura sobre el tema, como único tratamiento, utilizando el antibiótico adecuado a la flora microbiana dominante. Nosotros, en nuestra casuística, tenemos un solo caso (1.439) en el que se empleó solamente el tratamiento antibiótico, como la indicábamos al principio, y que ahora señalamos con mayor detalle.

Se trataba de un sujeto cuyo absceso comenzó seis meses antes de nuestro examen (fig. 1), como consecuencia de una complicación ligada a una intervención quirúrgica de urgencia por perforación de estómago. Desde el comienzo del proceso hasta el momento de nuestro examen, se trató irregularmente, utilizando procedimientos de escasa eficacia, entre los cuales dominó insistentemente la onda corta. A su ingreso tenía temperaturas febres (alrededor de 38° a 39°), las cantidades de expectoración oscilaban en los alrededores de 500 c. c. y su carácter dominante era la fetidez del pus. Se había practicado un neumotórax que fué seguido de empiema. Hubo de drenarse éste, y se inició un tratamiento antibiótico infructuoso con penicilina intramuscular. No se hizo cura postural, porque a causa de la complicación pleural mencionada el enfermo no toleraba la posición adecuada para ello. A los cinco meses de tratamiento se demostró una resistencia bacteriana a la penicilina del germe causal, que era un estafilococo dorado ("in vitro" había sensibilidad al comienzo). Antes de esta fase parecía haberse iniciado una mejoría, que se invirtió, seguramente a causa de la resistencia indicada. Demostrada su sensibilidad a la oxitetraciclina, se logró la curación clínica tres meses más tarde con el empleo durante este tiempo de 1 gr. diafragma por vía oral (fig. 2).

Como resumen de este caso se puede decir que el tratamiento general como única acción no es muy fructífero, y mucho menos si se compara este resultado (que ciertamente no dejó de ser satisfactorio) con los obtenidos por las otras modalidades, cosa perfectamente comprensible, ya que desde Hi-

PÓCRATES hasta hoy (cosa no modificada por la moderna terapéutica antibiótica), el principal elemento terapéutico de las supuraciones es la eliminación al exterior del material séptico.

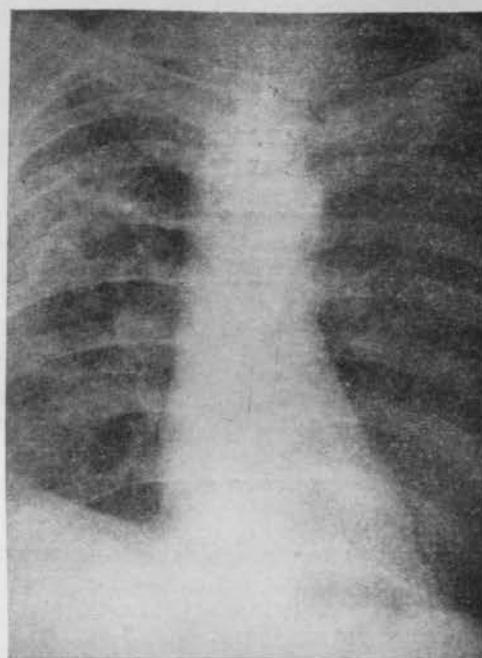


Fig. 2.—El mismo caso de la figura anterior a los ocho meses de tratamiento.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta, al valorar los anteriores comentarios, que nuestro material es material de especialista, con lo que queremos patentizar que a nosotros llegan casos que, prácticamente siempre, han rebasado la fase aguda en sentido clásico. Según la definición que hicimos anteriormente, este caso debía considerarse dentro de la fase subaguda, pero tenemos el convencimiento de que, forzosamente, han de existir casos muy numerosos de abscesos estrictamente agudos, que tratados por el médico internista general sin más método que la aplicación general de los antibióticos, alcanzarán con seguridad la curación en proporción muy elevada, de tal modo, que al especialista le llegan solamente los que por una u otra razón no han logrado curar. Pudo acaecer que el antibiótico empleado no fuera el electivo, ya que generalmente todos los médicos empiezan por la aplicación de penicilina, o a lo sumo un preparado en que ésta está en combinación con la estreptomicina. Nosotros hemos podido comprobar que, con mucha frecuencia, existen elevadas resistencias frente a estos antibióticos entre las bacterias causales de estos procesos, siendo necesarias concentraciones elevadísimas de los mismos para un efecto útil. Estas concentraciones rara vez se alcanzan cuando se utiliza la administración por vía parenteral o enteral, con lo que resulta que las dosis administradas fueron insuficientes. Para que el nivel de la concentración del antibiótico sea realmente eficaz se necesitan dosis muy altas y sostenidas; pero los preparados de penicilina-procaina o similares que sostienen cómodamente una determinada concentración en sangre no alcanzan la necesaria en el foco. Cuando se logra una mejoría inicial con apirexia, suele suspenderse el tratamiento sin control radiológico, y así vemos en la mayoría de las historias clínicas, que tras una fase de mejoría inicial se produjo una recaída que fué la

que, tras un plazo más o menos largo, condujo al enfermo al especialista.

De los casos comprendidos en este estudio pudimos filiar exactamente la secuencia del proceso en 6, utilizando los datos anamnéticos cuidadosamente recogidos. Estos casos son los que componen el cuadro IV.

CUADRO IV.—ANALISIS DE LAS HISTORIAS CON RECAIDAS TRAS TRATAMIENTOS MEDICOS GENERALES UNICAMENTE

Historia número	Tiempo hasta la mejoría	Tiempo hasta la recaída
1.432	1 mes	1 año y 1/2
1.439	15 días	20 días
1.915	3 días	15 días
2.130	15 días	11 meses
2.194	15 días	6 meses
2.270	2 meses	1 mes

Otras veces ocurre que los gérmenes pudieron ser resistentes en absoluto a los antibióticos empleados, porque no hay constancia de que en ninguno de los casos se hiciese un antibiograma.

Por último, el tratamiento no utilizó al comienzo del proceso ningún antibiótico, como ocurrió en los casos 34, 1.779, 1.917, 2.067 y 2.433, ni cura alguna dirigida conscientemente a la curación del absceso pulmonar.

Creemos que cuando se emplean los antibióticos electivamente después de estudiar la sensibilidad de las bacterias, y en la fase estrictamente inicial, si se consigue hacer un diagnóstico correcto al comienzo de los primeros síntomas, se puede lograr la curación antes de que se hayan producido los fenómenos necróticos y, por tanto, antes de que se pueda pensar, ni remotamente, que la cura postural haya de tener la menor eficacia.

Tratamiento postural como única modalidad.—Cuando se ha producido la necrosis y licuefacción del foco, lo cual representa la iniciación del mecanismo natural de curación, ya que con ello se tiende naturalmente a la eliminación de los materiales patológicos, el proceso puede curar sin más, si ésta es completa. No todos los abscesos pueden curar por la simple eliminación del pus, por sus medios naturales, porque con mucha frecuencia la depuración del enfermo, por la agudeza y toxicidad de la infección, trae como consecuencia el hundimiento de los mecanismos naturales defensivos y reparativos, y así se puede asistir a la difusión sin barreras, ilimitadamente, del proceso, como ocurre a veces y como ha podido comprobar cualquiera que tenga

mediana experiencia. Pero tenemos la convicción de que en la fase propiamente cavitaria de los procesos supurativos, es decir, en la fase de absceso propiamente dicha, lo más trascendental para la curación es la eliminación hacia afuera de los productos sépticos y necróticos, principio conocido desde HIPÓCRATES y sobre lo que no es necesario insistir. La dificultad consiste en que las condiciones del drenaje de las cavidades de los abscesos pulmonares son insuficientes, tanto por lo angosto de la comunicación broncocavitaria (comprobable fácilmente por broncofibrografía o en los casos en que se ha practicado una exéresis), como por las anfractuosidades de las propias cavidades.

Cualquier cirujano conoce perfectamente que basta dilatar el orificio angosto que drena un absceso cualquiera en cualquier parte del cuerpo para que la curación, que no se veía llegar nunca hasta entonces, se acelere con la máxima rapidez. Este principio era el que regía cuando el tratamiento quirúrgico se limitaba a la práctica de la neumotomía, ventajosamente reemplazada hoy por varios métodos de modo que prácticamente ha sido relegada.

Según todo esto, si se da el caso afortunado de una buena comunicación broncocavitaria, el absceso puede curar incluso espontáneamente sin necesidad de intervención del médico. Pero si las condiciones de esta comunicación no son favorables para que se vacíen por ella los productos existentes en el absceso, es necesario un minucioso estudio de las posibilidades del drenaje por medio de la adecuada postura del paciente. Si la cura postural es afortunada (cosa que, como vemos, no depende muchas veces de la voluntad del médico), la curación se establece con más seguridad y prontitud que con el uso de los antibióticos cuando éstos se emplean sin más.

Así, cuando solamente se emplearon los antibióticos, de lo que nos hemos ocupado más arriba, la curación se logró en ocho meses, cuando el proceso tenía una antigüedad de seis al comenzar el tratamiento, mientras que con la cura postural sola, la curación se logró en treinta días en un proceso que databa de tres meses (caso 1.915). La situación del foco en este caso era especialmente feliz (subsegmento a o posterior del segmento 3 derecho). Evidentemente, no existían anfractuosidades y la curación fué completa sin secuelas radiológicas (figuras 3 y 4).

Cura postural más antibióticos.—Ya hemos visto cómo lo más importante es, hasta ahora, el tratamiento que aprovecha el drenaje natural, ofreciendo mejores resultados cuando es perfecto que el uso de los antibióticos por vía general sin más. Nos referimos precisamente a los abscesos constituidos y con productos sépticos de fusión. El grupo a que nos referimos ahora lo forman 3 casos, y con ellos formamos el cuadro V.

CUADRO V.—CURA POSTURAL MAS ANTIBIOTICOS GENERALES

Historia número	Antigüedad	Localización	Anfractuosidades	Tiempo de curación	Secuelas radiológicas
1.917	8 meses	Segmento 3 izq.	Sí	21 días	Sí
2.067	4 meses	Segmento 6 dch.	No	14 días	Discretas
2.433	20 días	Segmento 3 dch.	No	11 días	Discretas

Los casos 1.917 y 2.433 tenían excelentes condiciones para un correcto drenaje por asentar en el subsegmento 3 (izquierdo y derecho, respectivamente), pero no ocurría así en el 2.067, con localización en el segmento 6 derecho. No habiendo anfractuosidades en los casos 2.067 y 2.433, el drenaje era correcto en ambos y en ellos se añadió la asociación con antibióticos por vía general aumentando así la eficiencia del tratamiento de tal modo, que la curación se alcanzó, respectivamente, en catorce y once días (catorce el peor drenado y once el mejor). El

mente, habida cuenta de las deficientes comunicaciones entre las zonas supurantes y los bronquios.

1.^o La estructura multialveolar del pulmón, semejante a una esponja, hace que sea prácticamente imposible obtener un correcto vaciamiento de todas las porciones afectas, del mismo modo que nos veríamos en situación difícil si pretendiésemos vaciar una esponja, introduciendo simplemente en un lugar cualquiera de ella un delgado tubo aspirador.

2.^o La sonda queda en los bronquios gruesos, desde donde se practica la aspiración, cuya fuerza de

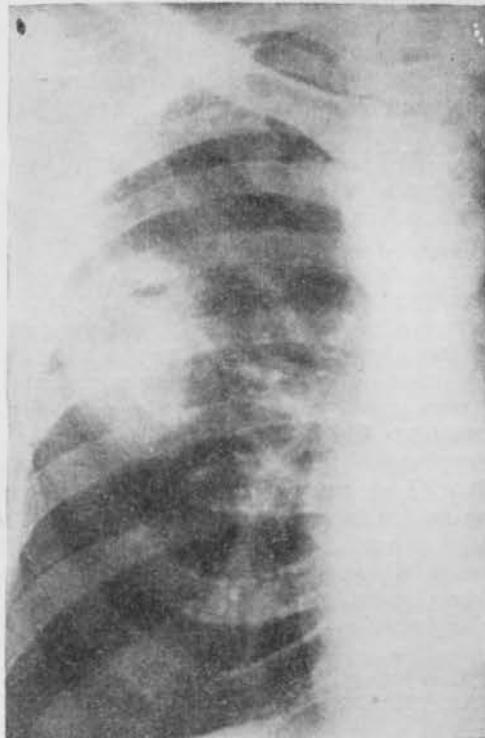


Fig. 3.—Caso núm. 1.915. Absceso en el segmento III derecho. Cura postural únicamente.

peor drenado de los tres a causa de numerosas anfractuosidades era el 1.917 que, además, estaba ya en el límite de antigüedad que hemos fijado arbitrariamente como fase subaguda; el tiempo de curación fué el más largo del grupo, ya que se emplearon veintiún días. Nueva y patente demostración de la trascendencia del drenaje.

Tratamiento por medio de la aspiración broncoscópica más antibióticos en aplicación local por insilación, a través del broncoscopio.—La primera condición para esta modalidad de tratamiento es la situación favorable en que debe estar el absceso respecto del árbol bronquial; es decir, la accesibilidad al broncoscopio y a la sonda de aspiración.

Por otra parte, es necesario discutir esta técnica y su eficacia como método de drenaje de una manera general. En nuestra opinión, tal como se realiza habitualmente, su eficacia tiene que ser muy precaria. Creemos que la utilidad de la broncoscopia es mayor por lo que permite introducir que lo que deja extraer, y ello por las siguientes consideraciones:

- 1.^o La especial arquitectura del pulmón y árbol bronquial.
- 2.^o La relación de tamaño de la sonda a los bronquios gruesos y finos.
- 3.^o Las dificultades reales para drenar correcta-

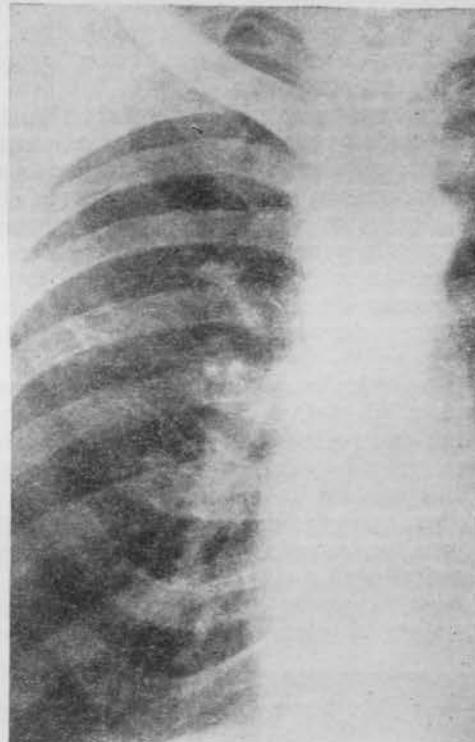


Fig. 4.—El mismo caso de la figura anterior a los treinta días de cura postural.

atracción no puede llegar a la periferia, ya que no puede ocasionar un vacío al quedar flotando, por así decir, en el ancho tubo bronquial. Por ello la aspiración del material contenido en la propia luz bronquial es lo único que se logra, sin llegar mucho más allá. Si se pretende pasar la sonda a los bronquios segmentarios o subsegmentarios o más allá, el fracaso es mucho más corriente que el buen éxito, aún empleando las sondas de Métras.

3.^o Las zonas supurantes comunican a veces, como hemos indicado repetidamente, de una manera muy precaria con los bronquios, y por ello persisten retenciones aun después de un concienzudo trabajo.

Es una clara demostración de la realidad de lo que indicamos, que tras una sesión de aspiración broncoscópica por detenida que sea, suele el enfermo expectorar abundantemente de una manera espontánea después de la extracción del broncoscopio, siendo así, indirectamente, la broncoscopia la causa de un buen drenaje, mas no sólo por sí, como hemos visto, sino por sus consecuencias colaterales.

Para mejorar la eficacia de la aspiración broncoscópica, recurrimos a las siguientes normas que la experiencia ha demostrado ser hasta ahora las mejores:

En primer término se realiza una anestesia superficial, procurando que las partes bajas de las vías respiratorias a partir de la carina, reciban solo una pe-

queña dosis del anestésico. Una vez terminada la aspiración, realizamos una anestesia complementaria, a través del mismo tubo, de las zonas donde vamos a inyectar el antibiótico. Esto es lo que CHEVALIER JACKSON calificó con la denominación de "aspiración sinergista", que como su nombre indica claramente, supone que, a causa de la superficialidad de la anestesia, el enfermo conserva el reflejo de la tos cuando se excita directamente la mucosa bronquial con la sonda. De esta manera, las secreciones de la zona enferma son expulsadas hacia la luz del bronquio principal, donde se encuentran con la corriente aspiradora hacia la sonda, de tal modo, que no vuelven hacia atrás en el movimiento de inspiración subsiguiente. Utilizando este sistema hemos logrado resultados muy satisfactorios.

Una vez que se ha extraído el máximo posible en la forma indicada es cuando se procede a la anestesia más profunda, cosa que se logra rápidamente sin extraer el broncoscopio irrigando a su través el bronquio con la solución anestésica que procuramos dirigir al bronquio segmentario correspondiente a la lesión. A continuación se inyecta el antibiótico, dejando al enfermo durante unos minutos en la posición más adecuada para que actúe en la forma deseable.

Por este método hemos tratado cinco casos. Uno corresponde a la estadística del Centro Colapsoterápico y otros cuatro no filiados aquí corresponden a la práctica privada y al Hospital Central "Gómez Ulla". El tiempo medio de curación fué de veinte días y las broncoaspiraciones se hicieron en días alternos (aproximadamente unas diez por término medio). La antigüedad media del proceso era de dos y medio meses. Varios de estos enfermos habían sido tratados ya por el mismo método infructuosamente,

lo que posiblemente puede atribuirse a no haberse seguido rigurosamente las normas, según hemos indicado más arriba.

Hasta aquí hemos analizado los métodos de tratamiento que hemos empleado en una serie de casos cuya antigüedad no rebasaba los ocho meses, y cuya estructura anatomo-clínica no demostraba que existiese un componente cirrótico manifiesto. Hemos excluido de este análisis a todos los casos que podrían ofrecer intensamente ese carácter o el de organización o "carnificación", porque éstos, sin duda alguna, requieren una indicación quirúrgica. En algún caso en que hemos intentado el tratamiento médico, cuando se presentaban las características señaladas, hemos fracasado sin duda alguna.

Tratamiento por medio de las punciones transparietales, como medio de drenaje y sobre todo de aplicación "in situ" de grandes concentraciones de antibióticos.—Debemos señalar desde ahora mismo que en general son necesarias dos condiciones previas para esta modalidad terapéutica: *accesibilidad desde la pared del tórax y sínfisis pleural*, sobre la zona donde van a recaer las punciones.

Este grupo de casos que ha sido tratado por tal método comprende a seis (en realidad son cinco, pero uno fué tratado en dos ocasiones a causa de una recidiva), cuya antigüedad estaba comprendida entre los trece meses el más reciente y sesenta meses el más antiguo. En ninguno de ellos existía componente cirrótico, al menos como elemento dominante. El cuadro VI expresa el conjunto de este grupo en el que se indica la cantidad de antibióticos, la antigüedad del proceso, el número de punciones, la cantidad media administrada por punción y la clase de antibióticos, seguidos estos datos del número de días empleados hasta la curación clínica.

CUADRO VI.—TRATAMIENTO POR PUNCIONES TRANSPARIETALES

Historia Número	Antigüedad en meses	Número de punciones	Cantidad total de penicilina	Cantidad media por punción	Número de inyecciones locales de terramicina	Tiempo de curación en días
2.130	13	20	10.800.000	540.000	0	13
2.270	33	10	7.200.000	720.000	0	18
1.432	36	5	2.200.000	440.000	0	10
1.779	48	23	15.100.000	678.260	0	28
1.779	51	17	4.900.000	288.235	0	24
2.194	60	29	27.800.000	958.620	6	14

Las cavidades de todos estos casos contenían grandes anfractuosidades en su seno, de tal manera, que no podía esperarse un correcto drenaje por las vías naturales, y analizando la historia a lo largo del prolongado curso de la enfermedad se podía comprobar lo siguiente:

El caso 2.130, con trece meses de antigüedad desde el comienzo y con grandes anfractuosidades que ocupaban gran parte de los lóbulos superior e inferior izquierdos, había realizado dos ciclos de tratamiento postural y había recibido grandes cantidades de antibióticos, especialmente penicilina y estreptomicina antes del último brote, que fué el que le condujo a nuestro servicio. Al ingreso su estado era gravísimo, caquéctico, afecto de intensa deshidratación, adinamia, fíbrosis intensísima de su expectoración, que llegaba hasta los 750 c. c. diarios. A las veinticuatro horas de la primera punción transparietal, seguida de aspiración e inyección de 4.000.000 de unidades de penicilina, la cantidad de ex-

pectoración descendió a 30 c. c., para, con discretas oscilaciones, quedar en 6 c. c. a los trece días de la iniciación del tratamiento. Observación ulterior, dos y medio años (figs. 5 a 9).

El caso 2.270, con una lesión notablemente anfractuosa del segmento 6 derecho, llevaba treinta y tres meses de evolución, habiendo hecho en ese tiempo cuatro ciclos de oxitetraciclina (uno de ellos combinado con sulfamidas) y uno de tetraciclina combinado con cura postural infructuosamente. Expulsaba 150 c. c. diarios de pus fétido y tenía fiebre elevada. Al cuarto día de tratamiento por punciones transparietales la cantidad de expectoración había descendido a 20 c. c., para quedar reducida a 10 c. c., con carácter seromucoso al cabo de dieciocho días de tratamiento. Observación ulterior, un año y diez meses.

El caso 1.432 estaba afecto también de una lesión anfractuosa de lóbulo superior derecho, y tenía treinta y seis meses de antigüedad. Durante este tiempo ha-

bia recibido tres ciclos de penicilina y uno de aspiraciones broncoscópicas con aplicación local endoscópica de penicilina. En todos estos ciclos experimentó notables mejorías, pero tras breves intervalos recayó de nuevo

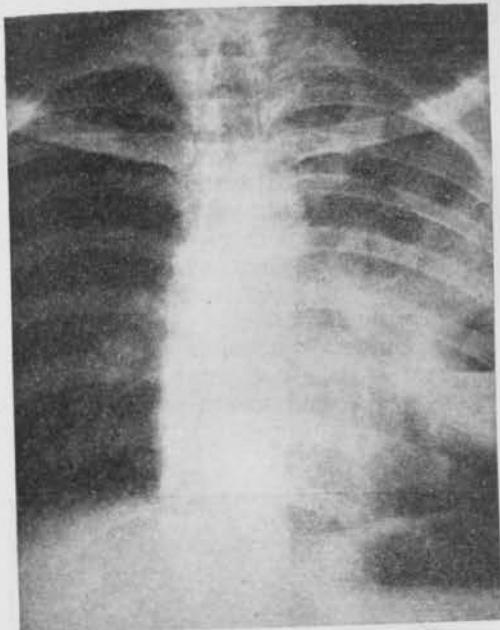


Fig. 5.—Gran absceso pútrido de ambos lóbulos izquierdos.
Se inicia tratamiento con punciones transparietales.

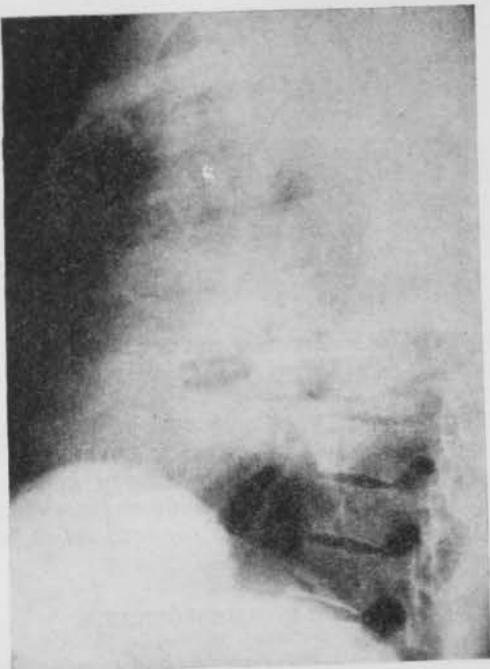


Fig. 6.—El mismo caso en proyección lateral. Radiografía de la misma fecha.

todas las veces. A los diez días de comenzar el tratamiento por punciones transparietales estaba clínicamente curado, sin expectoración, y en este estado, totalmente satisfactorio, continúa actualmente, siendo el período de observación hasta la fecha de seis años.

El caso 1.779 tiene interés, porque es el único en el que tuvimos que lamentar una recaída. Por esto lo dividimos en dos fases. Al comenzar nuestra primera serie terapéutica llevaba cuarenta y ocho meses de evolución y la lesión, muy anfractuosa, con varias cavidades, correspondía a los segmentos 6 y 10. Antes de llegar a nuestro servicio había hecho tres ciclos de

12.000.000 de unidades de penicilina cada uno. Uno de ellos acompañado de 20 gr. de estreptomicina y otro de oxitetraciclina más cura postural. Tras todos los ciclos mejoró y recayó. Se inició el tratamiento por punciones transparietales con muy mal estado general, fiebre alta y 120 c. c. de expectoración fétida diariamente. A los veintiocho días de tratamiento la cantidad de esputos era 0, pero quedaban aún cavernas visibles en la zona afecta mediante el estudio tomográfico. Cinco meses después de salir del Servicio recayó sin fiebre, pero con expectoración fétida en cantidad de 100 a 200 c. c. de pus diarios. Entonces se inició la segunda fase de tratamiento transparietal. A los quince días había desaparecido de nuevo totalmente la expectoración. Desde este último episodio han transcurrido cuatro años sin nuevos síntomas. La imagen radiológica demostró la desaparición de las cavidades tras este último tratamiento (figuras 10 y 11).

El caso 2.194 tenía un absceso multilocular muy anfractuoso del lóbulo superior izquierdo, con algún componente cirrótico. Durante los sesenta meses que lle-

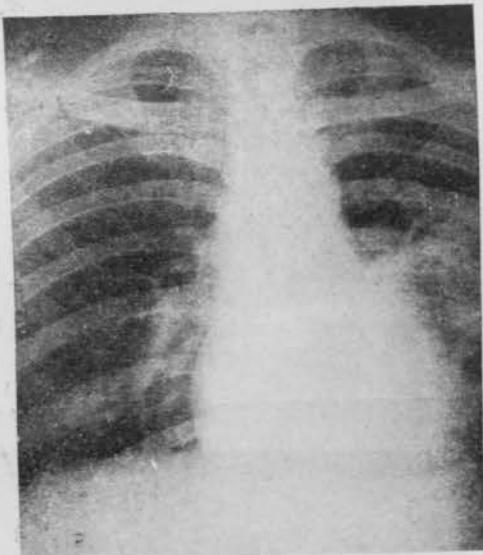


Fig. 7.—El mismo caso de la figura anterior a los trece días de tratamiento.



Fig. 8.—El mismo caso de las figuras anteriores en proyección lateral a los trece días de tratamiento.

vaba de evolución había hecho un ciclo de penicilina, tres de penicilina más estreptomicina y dos de oxitetraciclina (de 60 gr. cada uno), sumando a éstos la cura postural. Mejoría en todos los ciclos, seguida de recaída casi inmediata. El tratamiento por punciones transparietales comprendió 29 sesiones con inyección de penicilina, más 6 con inyección de oxitetraciclina. La curación, quedando sólo un esputo mucoso diario, se logró en realidad a los catorce días, continuándose el tra-

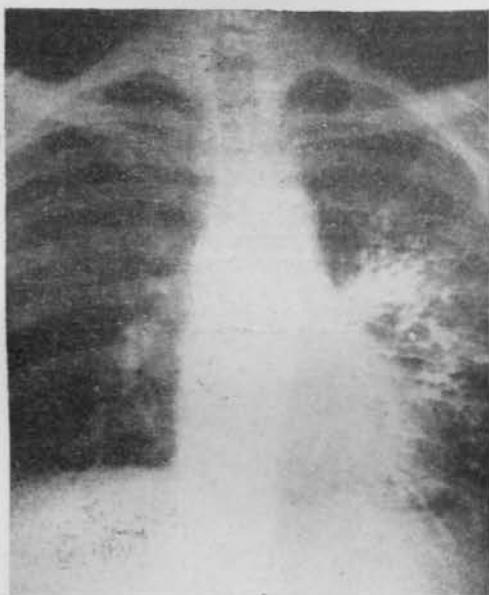


Fig. 9.—El mismo caso; broncografía demostrando dislocación bronquial, pero sin bronquiectasia.

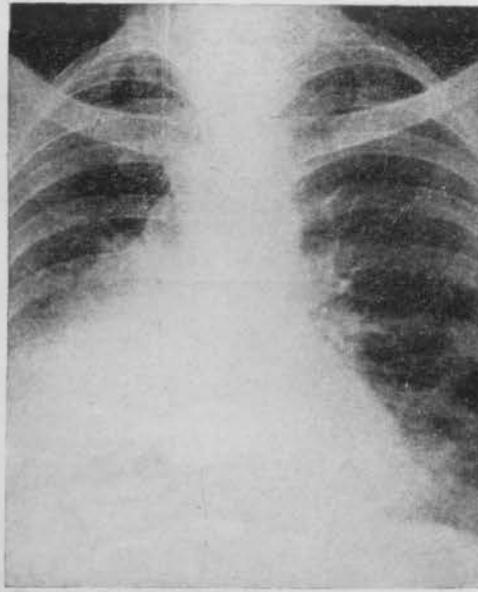


Fig. 10.—Caso núm. 1.779 antes de comenzar la segunda etapa de tratamiento por punciones transparietales.

tamiento hasta el número de punciones indicado, habida cuenta de la enorme antigüedad del proceso. Observación ulterior, dos años.

Hemos insistido al principio acerca de la conveniencia de estudiar el antibiograma, y así lo hemos hecho en general. Pero hemos podido comprobar sistemáticamente, que la concentración que alcanza el antibiótico en el foco es tal, cuando se realiza el tratamiento por medio de las punciones transparietales, que cualquiera que sea el resultado del antibio-

grama, la mejoría inmediata y la curación clínica muy próxima a ésta se alcanzan de una manera casi habitual usando la penicilina, aun en los casos en que un tratamiento general con penicilina, incluso a altas dosis, había fracasado anteriormente (sólo una vez hemos añadido la oxitetraciclina en el caso 2.194, cuya antigüedad era de sesenta meses, y ello después de obtenida la eliminación completa de los síntomas, incluyendo la expectoración).

Los tratamientos anteriores de estos casos habían incluido la penicilina en todos, como hemos visto, y, sin embargo, había fracasado, mientras que el mismo antibiótico fué totalmente eficaz (aun con sensibilidad baja de los gérmenes en el antibiograma), lo que depende, como hemos indicado, de la concentración focal del fármaco. Pero hay que añadir que se ha introducido además el drenaje directo por medio de la aspiración a través de la aguja de punción, aun cuando debe reconocerse que este drenaje, por si solo, es indudablemente precario, ya que sólo se realiza intermitentemente y no siempre de una

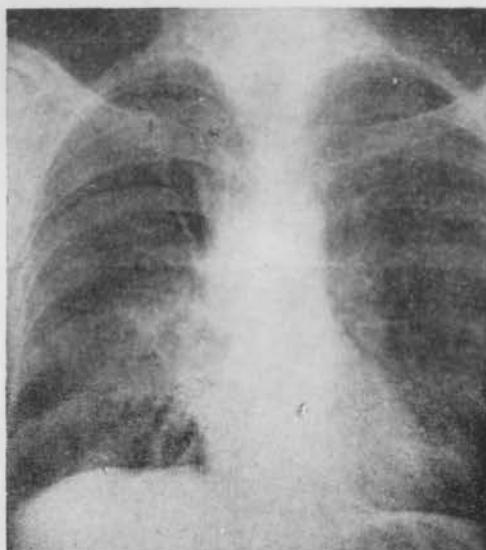


Fig. 11.—El caso de la figura anterior a los quince días de comenzado el tratamiento.

manera completa, por lo que debemos insistir en que la principal ventaja es la alta concentración que se alcanza en el foco, y que es muy superior a la que se logra mediante la inyección endoscópica transbronquial, puesto que al realizar ésta no es tan efectivo el depósito.

SECUELAS RADIOLÓGICAS.

Dividimos arbitrariamente las secuelas radiológicas en discretas, medianas e intensas, según vemos en el cuadro VII. Digamos de antemano que, a pesar de quedar estas secuelas prácticamente siempre (salvo excepciones en los casos muy recientes), sin embargo, el tiempo de observación, que en algunos casos, como hemos visto, alcanza ya a los seis años, demuestra que carecen de significación patológica (figuras 2, 7 y 13).

En este cuadro VII se puede comprobar que la cuantía de las secuelas radiológicas guarda una relación bastante estrecha con la antigüedad del proceso, ya que, examinando el cuadro II, se ve que los casos están agrupados de arriba abajo, según tiempos de evolución de la enfermedad cada vez más prolongados.

CUADRO VII.—SECUELAS RADIOLOGICAS TRAS LA CURACION CLINICA

Historia número	Secuelas discretas (1)	Secuelas moderadas (2)	Secuelas intensas (3)
2.433	Sí	—	—
34	Sí	—	—
1.915	Sí	—	—
2.067	—	Sí	—
1.439	—	Sí	—
1.917	—	Sí	—
2.130	—	Sí	—
2.270	Sí	—	—
1.432	—	Sí	—
1.779 (a)	—	—	Sí
1.779 (b)	—	Sí	—
2.194	—	—	Sí

(1) Cicatriz estrellada única.—(2) Campos indurativos difusos en la zona que estuvo afecta.—(3) Grandes zonas retráctiles y/o cavitarias.

Es muy importante señalar que en el caso 1.779, en su primera fase, que fué seguida de recidiva, como ya hemos visto, quedaron imágenes muy intensas, incluso cavitarias, revelando la insuficiencia de la curación sin duda alguna, mientras que en la segunda fase las imágenes residuales fueron menos manifiestas, no habiendo acaecido recidiva ulterior tras cuatro años de observación (fig. 11).

SECUELAS CLÍNICAS.

Es muy importante estudiar la persistencia de expectoración en cantidad más o menos importante después de la terminación del tratamiento y para ello agrupamos los casos en la misma forma que en el cuadro anterior, constituyendo con sus datos el cuadro VIII.

De la consideración de este cuadro se desprende que las cantidades de expectoración que quedan después del tratamiento no fueron nunca grandes, y, por otra parte, fueron de carácter seromucoso, no guardando relación estricta con la antigüedad del proceso ni con la modalidad terapéutica ni con las secuelas radiológicas.

BRONCOGRAFÍA.

Generalmente quedan solamente dislocaciones bronquiales, como se demuestra en los casos en que hemos practicado después del tratamiento este método exploratorio. No hemos advertido la existencia de bronquiectasias claras como consecuencia del proceso (casos 34, 2.130 y 7.718). En realidad son muy pocos casos para una afirmación concreta, pero el resultado que en estos casos está en relación con

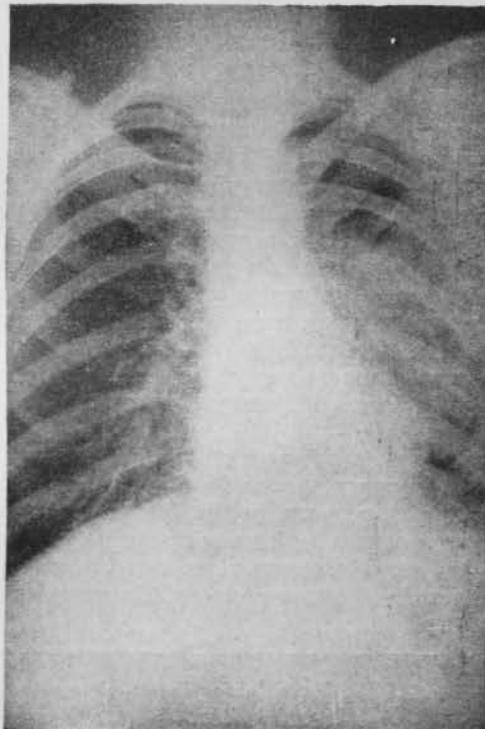


Fig. 12.—Caso núm. 2.194 antes de comenzar el tratamiento por punciones transparietales.

la ausencia de sintomatología ulterior a la terminación del tratamiento, debe ser el mismo en los restantes que también quedaron sin síntomas (figuras 9 y 14).

* * *

Con esto podríamos dar por terminado el estudio de los métodos médicos de tratamiento de las su-

CUADRO VIII.—SECUELAS CLÍNICAS

Historia número	Espuertos 0	Espuertos hasta 5 diarios	Espuertos hasta 10 diarios	Espuertos hasta 15 diarios
2.433	—	Sí	—	—
34	Sí	—	—	—
1.915	Sí	—	—	—
2.067	—	—	Sí	—
1.439	—	—	—	Sí
1.917	Sí	—	—	—
2.130	—	Sí	—	—
2.270	—	—	Sí	—
1.432	Sí	—	—	—
1.779 (a)	Sí	—	—	—
1.779 (b)	Sí	—	—	—
2.194	—	Sí	—	—

puraciones pulmonares, aun cuando debemos añadir, sin que sea necesario insistir mucho en ello, por ser cuestión general para cualquier proceso grave y séptico, que debe procurarse hidratar debidamente a los enfermos cuando, como ocurre muchas veces, vienen a nosotros en estado de profunda depauperación. Régimen alimenticio adecuado para reparar la gran pérdida de proteínas, electrolitos y vitaminas. Transfusiones de sangre y plasma, etc., etc., que no detallamos por corresponder a cualquier capítulo de la patología de las sepsis. Constantemente se empleará la antibioterapia general.

* * *

Los procesos supurados secundarios a estenosis u obstrucciones bronquiales (retracciones cicatrizales, tumores, etc., etc.), bronquiectasias, pioquistes parasitarios, quistes bronquiales supurados, etc., etcétera, son tributarios de tratamiento médico únicamente como medida preparatoria para las intervenciones quirúrgicas. En estos casos debemos procurar el drenaje natural o por aspiración endoscópica, cura antibiótica local y general, etc., para poner al paciente en condiciones de llegar a la cirugía. Sólo en casos inoperables el tratamiento deberá ser médico en la forma indicada sin probabilidad de curación.

En los casos de cuerpo extraño debe actuarse médicaamente, siempre y cuando el cuerpo extraño sea extraído a tiempo para evitar las graves alteraciones que conducen a la formación de bronquiectasias periféricas, especialmente si se trata de cuerpos orgánicos y más si son vegetales. En caso contrario,

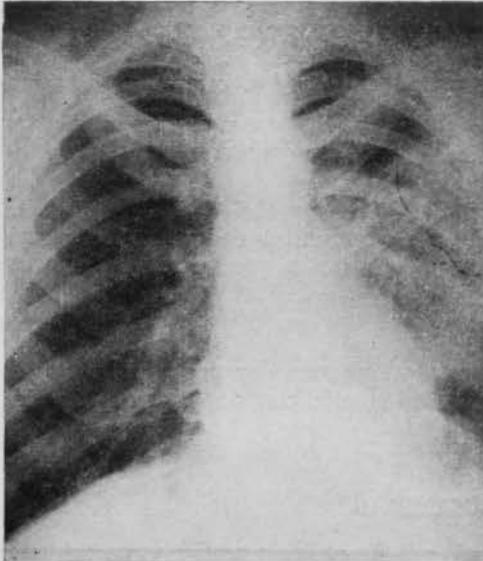


Fig. 13.—El mismo caso de la figura anterior a los quince días, cuando ya había desaparecido la sintomatología. Obsérvense las secuelas radiológicas.

no hay otras posibilidades que las quirúrgicas. Los casos que llegaron a nosotros afectos de supuraciones tras cuerpo extraño fueron siempre intervenidos quirúrgicamente, porque todos vinieron tarde y con alteraciones irreversibles.

SINUSITIS.

Casi sin excepción existe una sinusitis maxilar secundaria al proceso supuratorio. La vía de propa-

gación de la infección es con toda evidencia de abajo arriba, cosa que se explica fácilmente por la proyección violenta hacia arriba del material séptico con los golpes de tos, que penetran en las fosas nasales por las coanas. Esto se demuestra fácilmente practicando radiografías de los senos maxilares tras las

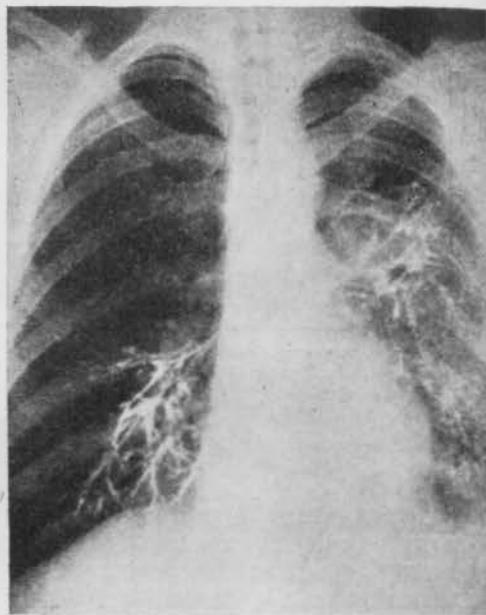


Fig. 14.—El mismo caso de las figuras anteriores. Broncografía. Hay dislocación bronquial, pero no bronquiectasia.

broncografías, cuando éstas son unilaterales en particular, porque de esta manera comprobamos que existen gotas de aceite yodado en el seno correspondiente al lado estudiado. Esto demuestra asimismo, como ya indicó SERGENT hace cerca de treinta años, que la corriente de aire respiratorio va partida en dos a lo largo de la tráquea y vías altas, una para cada pulmón. Las sinusitis curan generalmente al curar la supuración pulmonar.

RESUMEN.

Sería deseable que pudiéramos dictar normas bien concretas y bien estereotipadas para determinar ante cada caso cuál debe ser el método de elección, pero creemos que esto resultaría en extremo difícil y aun artificioso. Puede decirse que la modalidad depende de dos factores principalmente. Uno, hasta cierto punto, de la antigüedad (métodos postural o broncoscópico más antibióticos para los casos sencillos o muy precoces, método transparietal para los más complejos o anfractuosos y de gran antigüedad). Otro factor es la existencia o no de síntesis pleural a nivel del proceso pulmonar, porque la existencia de pleura libre impide la realización del tratamiento transparietal. Por último, debemos añadir que también juega un gran papel la simpatía del clínico por unos u otros métodos.

Pero lo que es necesario subrayar es, que un tratamiento médico bien dirigido puede curar casi sistemáticamente los abscesos primitivos de pulmón, cualquiera que sea su antigüedad, si no se han producido fenómenos de organización o carnificación. El absceso primitivo sólo por excepción debe ser considerado como una entidad quirúrgica en los momentos actuales.