

Sobre la indicación de instaurar la aspiración combinada con la toracoplastia remitimos a la lectura del trabajo que publicamos con PARTEARROYO en esta misma Revista.

Característica principal de la aspiración es la prolongación del tratamiento, que ha de ser vigilado y, de consiguiente, no se presta a hacerlo ambulatorio. También lo es la incertidumbre sobre el momento de abandonarlo, y el desagrado con que frecuentemente asistimos a la reexpansión de la caverna y a todas sus secuelas. MONALDI ha preconizado el pasado año introducir en la caverna una pasta cementante (carbón animal, queratina y colodion elástico) capaz de llenar el mínimo residuo de la cavidad y obturar el bronquio de desagüe. De esto tenemos en VALDELATAS poca experiencia, pero lo bastante para saber que se puede fracasar.

En resumen: la aspiración endocavitaria tiene ya en su haber muchos casos de curación clínica (recientes) y resultados inmediatos tan excelentes que justifican toda admiración; pero sus indicaciones como tratamiento único son restringidas, puesto que no debe utilizarse en las tuberculosis úlcerofibrosas terciarias que tan frecuentes son. Como tratamiento complementario de la toracoplastia tiene mucho interés doctrinal y práctico y esperamos que cada día se usará más. La posibilidad de perjudicar a los enfermos por la agravación de las lesiones concomitantes pericavitarias, y la existencia de peligros en el momento de hacer la intervención y durante el largo tratamiento ulterior, obligan a no prodigar la indicación pensando, equivocadamente, que es una operación banal y que no hay nada perdido con *ver que pasa*.

Al comentar la terapéutica quirúrgica de la tuberculosis nos hemos limitado a los tres procedi-

mientos que actualmente se practican y discuten con más intensidad.

Nuestro deseo es que de tan somero análisis se saquen unas cuantas impresiones utilizables en la práctica:

1.^a Es evidente la eficacia de la cirugía de la tuberculosis pulmonar, dado el estado actual de nuestros restantes medios terapéuticos.

2.^a En los procedimientos quirúrgicos dirigidos contra la tuberculosis hay que diferenciar los que son capaces de actuar sobre las cavernas aisladas, habitualmente secundarias y generalmente insufladas en medio de un tejido ambiente sano, y los que son capaces de actuar sobre las cavernas que asientan en un pulmón alterado por lesiones productivas o productivocirróticas, habitualmente terciarias y rígidas.

En las lesiones primeramente citadas, que quizás podían llegar a curar muchas veces con los simples medios higiénicodietéticos, si concluimos en la necesidad de operarlas ante el fracaso de los demás tratamientos, bastará la aspiración endocavitaria si es posible instituirla.

En las grandes cavernas terciarias se requerirá un colapso completo del sistema caverna-bronquio que se mantenga definitivamente, y para ello, no tendremos más remedio que recurrir a la toracoplastia.

En las cavernas terciarias y apicales o subapicales de pequeño tamaño, alejadas de la superficie pulmonar (tomografías) y sin afectación pleural, podremos recurrir al neumotórax extrapleural o a la toracoplastia según nos lo aconsejen las circunstancias del estado general del enfermo, del pulmón contrario y de las funciones cardiorrespiratorias.

3.^a No obstante las orientaciones generales precedentes, estamos faltos de criterios estadísticos suficientes para aceptar todavía normas generales valiosas y por tanto nos tenemos que resignar a discutir pródigamente la indicación de cada caso.

EDITORIALES

ACIDEZ GASTRICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA VIDA

Se tenía la creencia general, a partir de los resultados publicados por HAHN¹, de que la acidez gástrica no cambiaba o bien aumentaba muy poco durante el primer año de la vida. Más modernamente vuelve a estudiarse la acidez gástrica del niño y, por ejemplo, KLUMPP y NEALE², utilizando crema para excitar la secreción gástrica, pudieron demostrar la existencia de una tendencia ascendente de la concentración ácida durante los segundos seis meses de la vida. MARRIOTT³ se dió cuenta de las dificultades en las determinaciones de la acidez gástrica en la in-

fancia por medio de las comidas de prueba a base de leche, no solamente por su acción neutralizadora, sino además porque esta acción varía según la clase de leche administrada y explica la presentación de grandes cantidades de ácidos combinados y escasa o nula cantidad de acidez libre. MULLER⁴ y TOMATAKE⁵ evitaron los citados inconvenientes usando agua de cebada o bien harina de trigo y azúcar, la que tiene una acción neutralizadora mucho más débil que la de la leche. De esta forma, TOMATAKE pudo demostrar un aumento de la acidez total y descenso del pH del contenido gástrico conforme aumenta la edad; pero en su trabajo no se refiere a niños de menos de un año de edad.

Ya recientemente, CUTTER⁶ señaló un rápido au-

mento en la acidez gástrica durante el primer año de la vida y a partir de este momento el ascenso se hace mucho más lentamente hasta el cuarto año, en el que los valores dan ya cifras equiparables a las del adulto, aunque no son tan elevadas; para demostrar esto, CUTTER se valió de la excitación de la secreción gástrica por medio de la inyección hipodérmica de histamina a la dosis de 0,02 mg. por kilogramo de peso, en niños en ayunas de 3 a 8 horas y extracción previa del jugo, para después de la inyección extraerlo cuatro veces con diez minutos de intervalo.

MILLER^{7 y 8} en sus dos últimos trabajos ha podido confirmar y ampliar los resultados de CUTTER, pero sin el empleo de histamina, sino una mezcla a partes iguales de leche y agua y haciendo las extracciones en ayunas y a la media y una horas. Primeramente MILLER estudia la conducta del jugo gástrico durante la primera semana de la vida y se encuentra con que la acidez clorhídrica libre sólo existía en el 12 por 100 de cincuenta niños sanos alimentados al pecho cuyo contenido gástrico fué examinado diariamente durante dicho período. Habitualmente en el primero o segundo día de la vida era evidentemente mayor en el jugo en ayunas que después de la administración de la comida de prueba. En la segunda mitad de la semana no pudo demostrarse la existencia de clorhídrico libre ni en ayunas ni con comida prueba. La acidez total varió de 5 a 100 c. c. de CIH N/10 por 100 c. c. de jugo y los valores más altos fueron los correspondientes a los dos primeros días de la vida, casi siempre en la extracción en ayunas. En el resto de la semana fué pequeña la variación en las cantidades de acidez total, pero al séptimo día pudo observarse ya que las extracciones a la media y una horas de la toma del alimento, contenían más ácido que la extracción en ayunas.

En niños sanos alimentados al pecho de dos semanas de edad, la conducta de la secreción gástrica fué similar a la del final de la primera. A la edad de tres semanas reaparece definitivamente la acidez libre en 3 de 21 jugos, en ayunas y en la mitad de las extracciones a la hora del alimento, siendo la acidez combinada mayor que en la semana anterior. En la cuarta semana la acidez libre se presenta en la misma proporción, pero, en cambio, la acidez total es más elevada. A las doce semanas existía acidez libre en el 76 por 100 de los niños, sobre todo en las extracciones después de la toma de alimento. Apa-

rece ya un cambio sorprendente en la conducta de la acidez total, no sólo por el aumento de sus valores sino también por la creciente fluctuación entre valores máximos y mínimos (80 y 7 c. c. respectivamente). A partir de la vigésimocuarta semana y hasta el doceavo mes de la vida, hay pequeña alteración en la secreción gástrica, aparte de la tendencia a aumentar la concentración ácida; el rasgo más saliente es la gran oscilación normal de la acidez libre y total y los valores más altos fueron señalados en el 73-82 por 100 de los casos una hora después de la comida de leche y agua y son equivalentes a las cifras del adulto después de una toma de leche de vaca o humana. La diferencia entre los valores de acidez libre y total es aproximadamente veinte unidades en un adulto. Valores semejantes fueron obtenidos durante el primer año de la vida en algunas extracciones en ayunas, pero en la mayoría de las muestras extraídas antes o después de la comida de prueba, dicha diferencia era mucho mayor. Esto puede explicarse por la presencia de substancias "buffer" muy potentes y relativamente concentradas en la leche que neutralizarían el ácido libre, hecho ampliamente demostrado por el examen del contenido gástrico de 44 niños, en el cual existía leche tres horas después de la toma.

Puede, pues, concluirse que la incidencia de anacidez o hipoacidez disminuye rápidamente en el transcurso del primer año de la vida. Por encima de esta edad la anacidez es probablemente excepcional, mientras que la hipoclorhidria muestra con la edad una desaparición lenta, pero evidente. De acuerdo con lo hasta ahora publicado, cambios de esta naturaleza del primero al doceavo año de vida, están asociados no sólo con un aumento lineal en la concentración de la acidez gástrica, sino también un aumento en volumen del jugo gástrico, y estos factores son probablemente también responsables de los cambios en la acidez gástrica durante el primer año de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 HAHN, M. — Amer. J. Dis. Child., 7, 305, 1914.
- 2 KLUMPP, T. G., y NEALE, A. V. — Amer. J. Dis. Child., 40, 1218, 1930.
- 3 MARRIOT, W. MCK., y DAVIDSON, L. T. — Amer. J. Dis. Child., 26, 542, 1923.
- 4 MÜLLER, J. — Arch. Kinderheilk., 84, 250, 1928.
- 5 TOMOTAKE, I. — Jb. Kinderheilk., 129, 312, 1930.
- 6 CUTTER, R. D. — J. Paediat., 12, 1, 1938.
- 7 MILLER, R. A. — Arch. Dis. Child., 16, 22 y 113, 1940.
- 8 MILLER, R. A. — Arch. Dis. Child., 17, 198, 1942.