

COMUNICACIONES PREVIAS

UN NUEVO MÉTODO DE COLAPSO PULMONAR. COLAPSO LOBULAR SELECTIVO CON PLEXIGLAS (*)

L. ESCUDERO BUENO

Cirujano del Patronato Nacional Antituberculoso. Región Central, Madrid.

En agosto de 1938¹ publicamos en "Surgery, Gynecology and Obstetrics" un trabajo titulado "Métodos Experimentales de Colapso Pulmonar". Uno de estos métodos consistía en envolver un lóbulo pulmonar aislado en un trasplante orgánico del mismo animal, utilizando para ello un trozo de fascia lata.

(*) Trabajo de la Sección de Fisiología de Madrid del Instituto Español de Fisiología y Bioquímica. Director: Prof. J. M. DEL CORRAL.

Cuando se dominó la técnica, la intervención fué siempre bien soportada, el trasplante se toleraba perfectamente y nunca se observó exudado pleural. Un mes después de la operación el lóbulo colapsado se había reducido a una cuarta parte de su volumen, y tres meses después de la intervención la reducción llegaba a una séptima parte de su tamaño original.

Los estudios microscópicos revelaron una atelectasia completa del lóbulo colapsado.

Habiendo admirado la perfecta tolerancia de los nuevos "tránsplantes" inorgánicos de resinas acrílicas en cirugía ósea y reconstructiva, hemos ensayado repetir el proceder arriba descrito, sustituyendo la fascia lata por un trocito de tela de plexiglás. De esta manera se evita la operación de la extracción del fragmento de fascia lata.

Los diversos tiempo de la intervención se describen a continuación. Los experimentos han



Fig. 1.

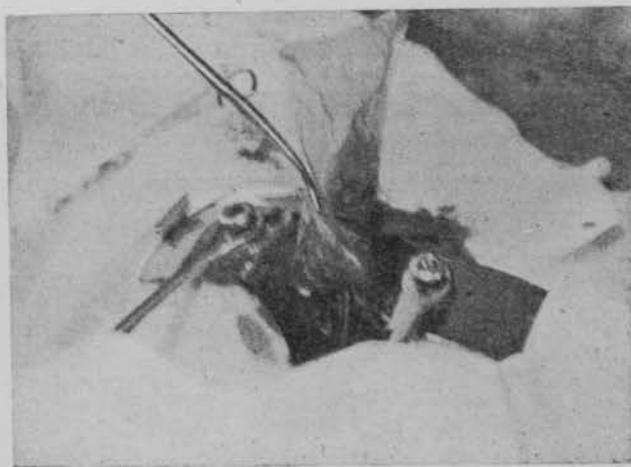


Fig. 3.

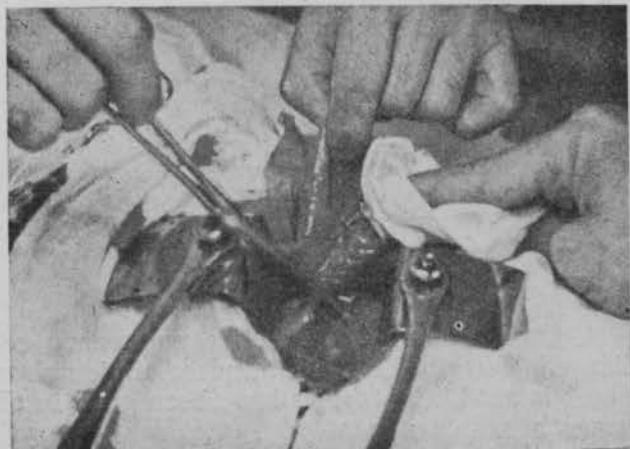


Fig. 2.



Fig. 4.

sido efectuados en perros. Bajo anestesia etérea intratraqueal y presión positiva se abre la cavidad pleural mediante una incisión de unos 8 centímetros en el quinto espacio intercostal. Se expone y exterioriza el lóbulo elegido (fig. 1). Suspendiendo momentáneamente la presión po-

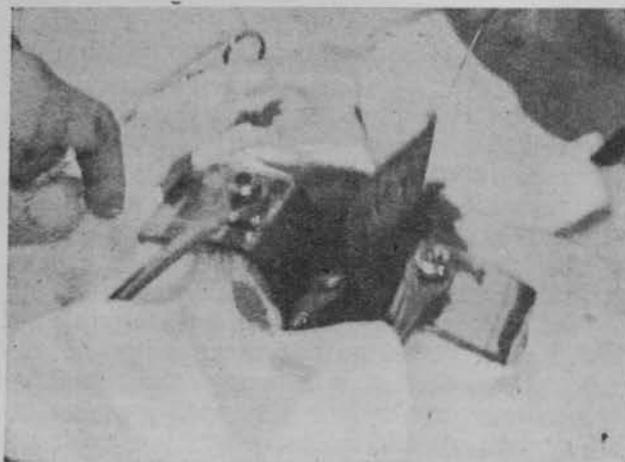


Fig. 5.

sitiva, se reduce espontáneamente el volumen del lóbulo, permitiéndole llegar a su máxima relajación. Se coloca entonces el trocito de plexiglás, envolviéndolo de atrás hacia adelante. Se jalonen con pinzas los bordes de la lámina de plexiglás a suturar. Es muy importante que la primera pinza, la que está situada en el hilio, se

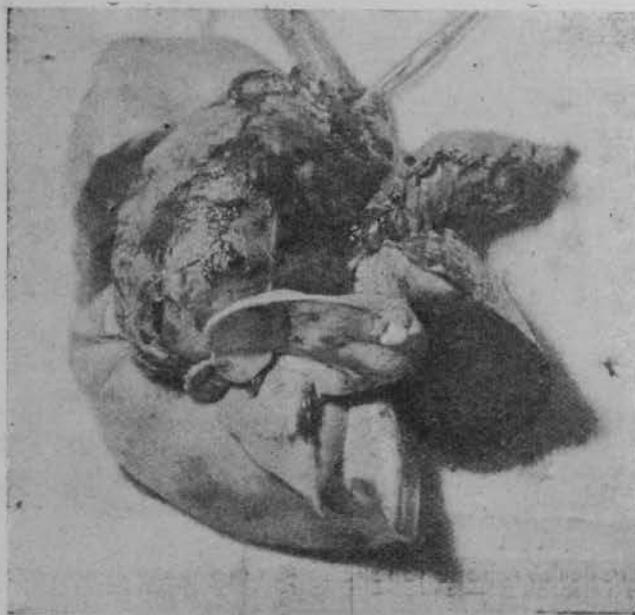


Fig. 6.

coloque de tal manera que el plexiglás no comprima los vasos hiliares (figs. 2 y 3). En aquel momento se realiza una sutura continua que ajusta en lo posible la lámina de plexiglás al lóbulo reducido de volumen (figs. 4 y 5). Se aumenta la presión intratraqueal con el fin de ex-

pandir los lóbulos pulmonares restantes y eliminar el pneumotórax residual. Se procede a la sutura percostal, seguida de la de los restantes planos.

En los casos operados hasta la fecha, los resultados obtenidos han sido buenos, semejantes a los logrados con el trasplante de fascia lata. Sin embargo, no nos atrevemos a hacer afirmaciones definitivas hasta que transcurra el tiempo que exigen esta clase de experimentos.

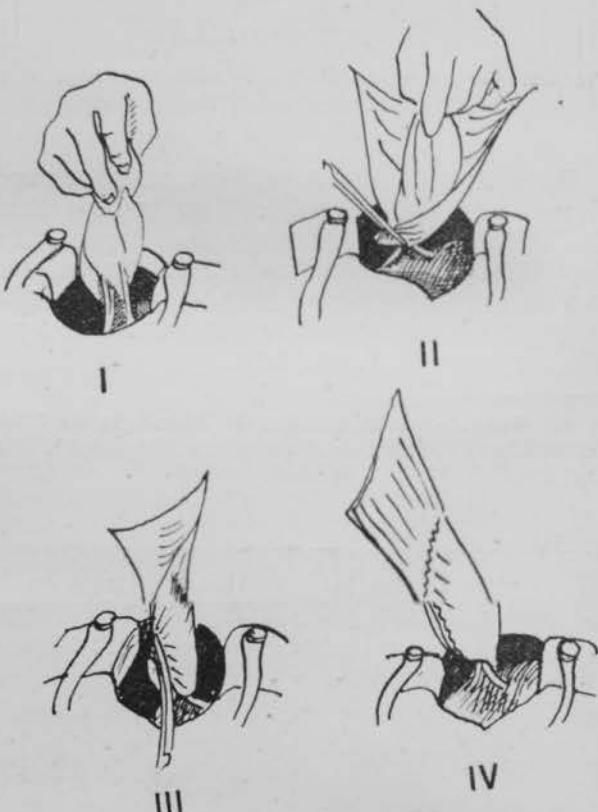


Fig. 7.

La figura 6 reproduce el aspecto anatómico de un lóbulo colapsado una semana después de la intervención.

Nos complace mostrar nuestro agradecimiento por sus científicos estímulos al Prof. DEL CORRAL y al Doctor ALIX, y por su valiosa ayuda técnica a los Doctores DEL MORAL, VIDAL y RODRÍGUEZ DELGADO.

BIBLIOGRAFIA

1. LUCILO ESCUDERO y W. E. ADAMS. — *Surg. Gynec. and Obst.*, 67, 181-187, 1938.

SUMMARY

A new technique for selective pulmonary collapse is described in which a piece of plexiglass sheet is used. The results have been good in all cases in which it has been used up to now. A larger experience is needed to consider the good effects of this new method.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt eine neue Technik zum selektiven Kollaps der Lunge, bei welcher ein Stück Plexiglasstoff verwandt wird. In den bisher so behandelten Fällen erzielte man gute Resultate. Um die Wirksamkeit dieser neuen Methode definitiv beurteilen zu können, werden größere Erfahrungen erforderlich sein.

RÉSUMÉ

On décrit une nouvelle technique du collapsus pulmonaire sélectif chez laquelle on utilise un morceau de tissu en plexiglas. Chez les cas utilisés jusqu'à présent les résultats ont été bons. Il faut acquérir plus d'expérience pour pouvoir juger l'efficacité de cette nouvelle méthode.

NOTAS CLINICAS

COMENTARIOS A UN CASO DE ENFERMEDAD DE GIERKE

J. M. ROMEO ORBEGOZO y E. PANERO GRIMAU

Clínica Médica Universitaria del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

La enfermedad de von Gierke es un proceso de extraordinaria rareza, y que se presenta exclusivamente en la primera infancia, caracterizándose por el depósito de glicógeno fundamentalmente en el hígado, pero también en otros órganos. Esta enfermedad corresponde, pues, a uno de los tres tipos de glicogenosis actualmente reconocidos; en efecto, al lado de la glicogenosis con hiperglucemia que caracteriza a la diabetes infantil del tipo Mauriac y de la glicogenosis con glicemia normal del tipo Essen-Schneider, está la glicogenosis con hipoglucemia, características de la enfermedad descrita por von GIERKE; sin embargo, esta división de las glicogenosis no es una entidad fija, puesto que ha podido verse el cambio en la alteración del metabolismo hidrocarbonado y casos que empezaron cursando con hipoglucemia terminan haciéndose diabéticos.

La extrema rareza de la enfermedad de Gierke nos ha movido a la publicación de este caso, cuyos comentarios expondremos a continuación:

Se trata del niño J. L. del R., de tres años de edad, quien a los cuatro meses, estando lactando, tuvo dos o tres sacudidas bruscas en ambos brazos y piernas de brevíssima duración, que se acompañaron de emisión de orina y palidez, sin perder el conocimiento, y recuperándose rápidamente. A partir del primer ataque tuvo diarreas, llegando a hacer unas veinte deposiciones diarias, diurnas y nocturnas, completamente líquidas, en varias ocasiones; este cuadro diarreico le duró hasta los dos años de edad, sin que se le haya vuelto a repetir. El ataque le dió de nuevo a los cuatro días, por la mañana, al despertarse; las sacudidas en todos los miembros fueron más frecuentes e intensas, durándole cuatro o cinco minutos, se orinó y se le torcieron los ojos, poniéndolos en blanco, quedándose sin voz y con el sensorio obnubilado; también se recuperó rápidamente. Nuevamente a los ocho días otro ataque de características similares, pero acompañándose en esta ocasión de

convulsiones con contractura en las manos y torciendo la boca, sin que precisen hacia qué lado. Desde entonces se le repitieron los ataques cada diez o quince días, aunque últimamente son de menor frecuencia. Desde los siete meses se ha podido apreciar un aumento progresivo del tamaño del vientre y dureza del mismo. No se ha puesto nunca amarillo. No ha perdido peso. Tiene mucho apetito y va bien de vientre. Poliuria los días



Fig. 1.

que preceden a los ataques; nicturia habitual (2-3 veces). No duerme bien. Sus familiares consideran que es más inteligente de lo que corresponde a su edad. Ha padecido tos ferina y varicela. Sus antecedentes familiares carecen de interés.

En la exploración nos encontramos con un niño hipotrófico, cuyo aspecto puede verse en la fotografía (figura 1), macrocéfalo, con la fontanella mayor abierta. Buena coloración de piel y mucosas; no adenopatías en cuello, axilas e ingles. Amigdalas, hipertróficas; oídos,