

ría difícil suprimir la acción del músculo, pero tampoco podría hacerse a un lado el hecho del factor humoral.

En lo que se refiere a la parte artística de la doctrina, concentrada en la natura medicatrix, se presta a consideraciones de sumo interés, desde el punto de vista práctico; pero ya no sería posible ocuparme de ella hoy; se quedará para después, será más tarde, si la silenciosa, la inexorable, la separadora de los amigos, en los cuentos orientales, no va una de estas noches a llamar a la puerta de mi casa.

Los Neumotórax Parciales *

Por el Dr. J. LUIS GOMEZ PIMIENTA.

Aunque con un retraso de muchos años, la colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar ha dejado de ser entre nosotros una terapéutica de excepción. El calcio, el yodo y la creosota, medicamentos que antaño gozaran de tanto prestigio en el tratamiento de la tisis, han sido relegados casi al olvido. Hoy por hoy, una vez resuelto el diagnóstico de la neumopatía, el problema que se suscita en la mayoría de los casos, es el de saber qué procedimiento de colapso hay que emplear. Paralelamente, nuestros conocimientos y experiencia se han perfeccionado necesariamente, y puede decirse, sin ambages, que todo o casi todo lo que en materia de colapsoterapia se practica con tanto éxito en el extranjero desde hace algunas décadas, se hace ya entre nosotros en la actualidad. El ejemplo más típico de lo anterior, es la práctica del neumotórax artificial.

Necesario es admitir, sin embargo, que con excepción de unos cuantos centros en donde se sabe manejar con acierto este tratamiento, los resultados obtenidos fuera de ellos distan mucho de ser satisfactorios; y es que este procedimiento, el más sencillo para el médico, el menos impresionante para el enfermo, y a la vez quizá el que más aplicaciones tiene en fisiología, presenta no pocos escollos. Para que un neumotórax sea verdaderamente

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 7 de julio de 1940.

útil y para que su terminación constituya efectivamente la curación del enfermo, es necesario que se hayan llenado ciertos requisitos.

Uno de ellos, el más importante quizá, es que sea un neumotórax libre, es decir: que la hoja visceral esté totalmente separada de la serosa parietal por la capa de aire que constituye el neumotórax.

En esta comunicación voy a referirme a ese escollo que anatómicamente lo constituyen los tabicamientos pleurales y que clínicamente se conoce con el nombre de neumotórax parciales.

Bajo esta denominación hay que considerar aquellos neumotórax en los que el muñón pulmonar, en vez de retraerse hacia el hilio, permanece adherido a la parrilla costal, al mediastino superior o al diafragma. Las adherencias al mediastino y al diafragma son las menos importantes y las menos frecuentes, por lo cual excepcionalmente crean problemas que ameriten ser discutidos. El tabicamiento de la cavidad pleural es ocasionado por procesos flogósicos de naturaleza tuberculosa anteriores al establecimiento del neumotórax: córtico-pleuritis o pleuritis secas o exudativas o bien como consecuencia de los derrames que con relativa frecuencia complican o acompañan al neumotórax.

Las adherencias víscero-parietales adoptan dos formas completamente diferentes: bridas y sínfisis. Las bridas, a su vez, independientemente de su morfología en extremo variada, se dividen en dos grupos: neoformadas y metaformadas (1). Ambas son de origen inflamatorio, pero en tanto que las primeras se localizan indiferentemente en cualquier sitio de la serosa pleural y su substractum anatómico lo constituyen elementos flogósicos organizados, las segundas son, por decir así, la avanzada pleural de las lesiones parenquimatosas, pues además de localizarse en la zona patológica pulmonar, están revestidas de pleura y eventualmente el mismo parenquima participa en su constitución.

Neoformadas o metaformadas, las bridas se distinguen de las sínfisis en que en aquéllas la adherencia del pulmón a la pared no se hace directamente, sino por medio de una neoformación constituida ya sea por pleura parietal y por un esqueleto conjuntivo vascular de sostén, o bien por elementos flogósicos organi-

zados sin revestimiento pleural. En la sínfisis, por el contrario, es la pleura visceral y por consiguiente el pulmón, el que está adherido directamente a la pared.

Esta diferenciación entre ambas adherencias tiene, como se verá oportunamente, gran importancia práctica, ya que en los casos de bridas hay la posibilidad de continuar el neumotórax, en tanto que en las sínfisis es necesario recurrir a intervenciones extrapleurales complementarias y no excepcionalmente aun a abandonar el mismo neumotórax.

El tabicamiento pleural constituye uno de los inconvenientes más graves con que se tropieza en la práctica del neumotórax artificial, ya que gran número de los accidentes, complicaciones y malos resultados finales que se observan con este tratamiento, se deben precisamente a las formaciones adherenciales mencionadas.

Entre los accidentes hay que señalar primeramente la perforación pulmonar, de pronóstico inmediato grave y mortal casi siempre a la larga, pues con excepción de las pequeñas fístulas que curan espontáneamente, en la gran mayoría de los casos hay necesidad de practicar una pleurotomía y posteriormente una toracoplastia extensa para salvarle la vida al enfermo.

Deben mencionarse también las hemoptisis, de intensidad y pronóstico variables, pero que atestiguan la existencia de focos evolutivos.

Entre las complicaciones que frecuentemente se observan en los neumotórax parciales, hay que señalar los derrames pleurales y de una manera particular, por su frecuencia y gravedad, los empiemas mixtos, causados casi siempre por perforaciones pulmonares, muchas veces discretas.

Otra complicación no menos grave la constituyen las bilateralizaciones o la extensión de las lesiones in-situ. El porcentaje de mortalidad en estos casos es sumamente elevado.

Al lado de estos accidentes y complicaciones, hay que señalar que el número de enfermos que curan entre los portadores de neumotórax parcial, es sumamente reducido. Jeanneret y Fame (2), encontraron tan sólo un 19% de resultados favorables, cifra que contrasta con la de 60 y aun 80% de curación que se obtiene habitualmente con los neumotórax libres.

Por mi parte, no recuerdo haber observado ningún caso de curación entre los enfermos con neumo parcial, pues lo que de ordinario se ve en los raros casos favorables, es una mejoría más o menos prolongada y engañosa: desaparición de la fiebre, aumento de peso, disminución de la tos y la expectoración, etc.; pero al cabo de unos cuantos meses o a lo sumo de uno o dos años, sobrevienen algunos de los accidentes o complicaciones arriba mencionados que acaban con la vida del paciente.

Independientemente de los peligros a que se expone al enfermo manteniéndole un neumotórax parcial, hay que señalar un último inconveniente: la expectoración de una manera casi constante sigue siendo bacilífera, es decir, el enfermo sigue siendo contagioso.

Todos estos inconvenientes observados en los neumotórax parciales, son debidos a que las adherencias, que en la mayoría de las veces se insertan precisamente en la zona patológica del pulmón, impiden que ésta se retraiga, y lo único que se colapsa, en consecuencia, es la porción libre del parenquima que es de ordinario la menos afectada.

Por los motivos anteriormente expuestos, es ya un principio plenamente establecido en fisiología que todo neumotórax que al cabo de seis meses no se ha mostrado eficaz, debe completarse o sustituirse. Por mi parte, creo que con excepción de los errores de indicación, entre los cuales hay que considerar las fibrosis que determinan los llamados muñones inertes, así como las cavernas callosas, la ineficacia del neumotórax se debe casi exclusivamente a la existencia de adherencias que fijan el pulmón a la pared costal.

Examinemos ahora el cuadro clínico y el diagnóstico de los neumotórax parciales. Los síntomas casi siempre permiten sospechar la existencia de tabicamientos pleurales: a pesar de que han pasado dos o tres meses desde que se inició el neumotórax, la tos y la expectoración persisten; hay ligeros dolores en la parte superior del tórax; la temperatura no se normaliza y el estado general no mejora francamente.

Este cuadro clínico, sin embargo, no es constante; con más frecuencia los síntomas generales desaparecen y sólo persisten algunos trastornos funcionales: tos con expectoración bacilífera. Es precisamente esta engañosa mejoría lo que hace que médico y

enfermo se den por satisfechos con el resultado obtenido; aquél, porque aunque a la radioscopia observa alguna brida, no le da importancia creyendo que con el tiempo se romperá espontáneamente o que no impide la curación de las lesiones, y el enfermo, porque ya no hay fiebre y ha aumentado varios kilos de peso, tiene la firme convicción de que su curación es nada más cuestión de tiempo. Todo ello es falacia, como el tiempo se encargará de demostrarlo.

En vista, pues, de la extrema variabilidad del cuadro clínico, es absolutamente indispensable recurrir al estudio radiológico para cerciorarse de la existencia o no de adherencias pleurales.

La radioscopia es el método de elección, pues además de ser suficiente en la mayoría de los casos, permite examinar al enfermo en diferentes posiciones. Un neumotórax es libre cuando el contorno del muñón pulmonar es por completo regular y cuando está totalmente separado de la pared costal; su límite superior debe estar aproximadamente al nivel del arco posterior de la quinta costilla y el inferior bien separado del seno costo diafragmático. En los neumotórax selectivos la porción inferior del pulmón permanece adosada, no adherida, a la pared costal y al diafragma. Para que un neumotórax se considere libre, no es, pues, necesario que el pulmón esté precisamente reducido a un muñón de pequeñas dimensiones adosado al mediastino o al diafragma; la disminución del volumen del parenquima es muy variable, según la extensión de las lesiones y su tendencia a la fibrosis o a la caseosis.

El aspecto radiológico de los neumotórax parciales es sumamente variable. De ordinario es la porción superior del parenquima la que se encuentra adherida a la pared costal o a la bóveda torácica; las bridas de la cisura interlobar son menos frecuentes y las de la base casi excepcionales y de poca importancia práctica.

Frecuentemente el sistema adherencial se localiza únicamente a una de las caras, anterior o posterior del pulmón, lo cual es sumamente importante conocer previamente para saber por dónde debe intervenir. En otras ocasiones es el extremo vértice la porción adherida, observándose desde una sínfisis más o menos extensa hasta los neumotórax en cuerda.

Hay casos, por último, en que ni la radioscopia ni la radiografía ordinaria permiten diagnosticar la presencia de adherencias, siendo entonces necesario recurrir, ya sea a la tomografía o con mayor seguridad a la endoscopia exploradora. En esta eventualidad se sospecha la existencia de adherencias en vista de la persistencia de alguna caverna o porque la expectoración sigue siendo bacilífera a pesar de que el pulmón opuesto está indemne. Antes de recurrir a cualquier otro procedimiento de colapso y en particular al oleotórax o a la irritación pleural por sustancias medicamentosas con el objeto de provocar un derrame, es absolutamente indispensable cerciorarse, por una pleuroscopia, de la no existencia de bridas. Sin esta precaución se expondría al enfermo a muy graves complicaciones: la perforación pulmonar.

Examinemos ahora, prácticamente, la línea de conducta que debe seguirse para resolver el problema que plantean los neumotórax parciales.

Como se dijo al principio, las adherencias pleuro-pulmonares pueden dividirse en dos grandes grupos: bridas y sínfisis. El estudio radiológico permite casi siempre hacer este diagnóstico diferencial, pero en los casos dudosos es preferible practicar una endoscopia pleural exploradora antes de tomar una decisión definitiva. Para facilitar la exposición consideraré separadamente ambas eventualidades.

1o.—Neumotórax parcial por bridas.

En estos casos, el objetivo que se busca es el de continuar el neumotórax, previa sección de las adherencias. Dos son las intervenciones comúnmente indicadas: la neumonolisis intrapleural cerrada o la sección de bridas a cielo abierto. La neumonolisis cerrada es la operación de elección y a la que debe recurrirse en la casi totalidad de los casos. La sección a cielo abierto u operación de Alexander tiene indicaciones excepcionales y, a juzgar por la literatura médica, casi nadie la practica. Nosotros recurrimos a ella en un caso de bridas sumamente cortas, que no pudimos seccionar totalmente por la endoscopia, y aunque logramos la liberación completa del muñón, el período post-operatorio fué inquietante, hubo un derrame sero-hemático abundante y la fiebre duró por

espacio de dos semanas. Sin embargo, el juicio que aquí se emite sobre la intervención de Alexander no debe tomarse como definitivo, ya que se basa sobre una sola observación.

Por las razones que anteceden, voy a referirme exclusivamente a la neumonolisis cerrada o intervención de Jacobaeus.

Desde luego hay que discutir un primer punto: ¿cuándo debe procederse a la sección de las adherencias? Revisando la literatura hasta 1939, muchos cirujanos, Alexander, Graham, etc., opinaban que la intervención debería practicarse hasta pasados seis meses después de haber iniciado el neumotórax. La noción de este plazo ha servido, por otra parte, para no pocas publicaciones. Nosotros seguimos esta línea de conducta hasta 1934, pero desde entonces y sobre todo a partir de 1936, procedemos a la sección de bridas como término medio en el segundo o tercer mes después de haber comenzado el neumotórax.

Esta manera de proceder, creo, está perfectamente justificada por la simple consideración siguiente: la curación de las lesiones pulmonares empieza solamente a partir del momento en que toda la zona patológica está libremente colapsada; mientras esta condición no se realice, lo más que se puede razonablemente considerar es una mejoría.

Los partidarios de la neumonolisis diferida argumentaban que entre más tardíamente fuera practicada la intervención, era más fácil y menos peligrosa, porque a la larga los vasos de las bridas se esclerosan y la hemorragia es mínima; además, que hay adherencias que no se oponen a la curación de las lesiones y, por último, que algunas bridas se rompen espontáneamente.

Todos estos argumentos me parecen deleznable. Sobre el peligro de las hemorragias en la neumonolisis precoz, puedo decir, tomando en consideración nuestra propia estadística de más de cuatrocientas intervenciones, que es excepcional. Nunca he observado un solo caso de hemorragia inquietante, ni siquiera de mediana importancia.

En cuanto al segundo argumento, nada permite afirmar que una brida, al parecer sin importancia, no se oponga a la curación de la lesión pulmonar. Recuerdo un caso de bridas consecutivas a un derrame pleural que vino como complicación de un neumo-

tórax; la insuflación de trescientos centímetros cúbicos de aire permitía una retracción casi completa del muñón, al grado de que apenas si desbordaba el área cardíaca. El examen del esputo, a pesar de todo, revelaba constantemente bacilos y la temperatura oscilaba diariamente entre 37° y 37.5°. Esta situación se prolongó por año y medio. Practiqué entonces una pleuroscopía y me encontré una adherencia que se insertaba aproximadamente en la cara posterior de la del arco anterior de la tercera costilla y que de ahí se dirigía directamente hacia atrás, hacia la parte media de la cara anterior del pulmón. Como estaba cubierta de fibrina, no podía darme cuenta de su constitución y como tenía un espesor aproximado de tres centímetros, supuse que se trataría de una brida metaformada y no simplemente de una concreción fibrinosa organizada. Procedí a la sección que juzgué sería muy larga; pero apenas puse el cauterio en contacto de la brida, ésta estalló instantáneamente. A partir de entonces, la expectoración desapareció por completo y la temperatura se normalizó.

En este caso se trataba de una brida neoformada, es decir, de las menos importantes dada su débil resistencia. Las bridas metaformadas, por el contrario, aun cuando frecuentemente sean largas y delgadas, son en general más resistentes; de ahí que las tos, una insuflación imprudente o simplemente el cambio de posición del enfermo, determinen estiramientos en el pulmón, estableciéndose un movimiento de acordeón peligroso para la curación de las lesiones.

Por último, no es posible, por el simple examen radiológico, conocer con exactitud la importancia de las bridas, y aun cuando así fuese, una brida delgada puede insertarse sobre un foco caseoso del pulmón, hecho frecuentísimo, y lo que se rompe no es la brida sino el parenquima.

Recuerdo un caso de esta naturaleza: se trataba de un joven portador de un neumotórax bilateral; en el lado derecho se le habían practicado, sin resultado completo, dos neumonolisis, lo que ameritó que se completara ese neumotórax por una toracoplastia apicolítica. Como las lesiones del pulmón izquierdo progresaban, insuflamos este lado. Una radiografía de control mostró la existencia de una brida en la porción súpero-interna del hemitórax. El enfermo rehusó la neumonolisis que se le propuso, dos

meses después de principiado el neumotórax. Un día fué a mi consultorio, y grande fué mi sorpresa al ver que el muñón estaba completamente libre. Como al mismo tiempo notara la presencia de un pequeño derrame pleural, me abstuve aun de tomar la presión de su neumotórax; cuarenta y ocho horas después murió este enfermo con todos los signos de una perforación pulmonar izquierda.

En el noveno Congreso Nacional de la Tuberculosis efectuado en Lila, en abril de 1939, L. Kindberg, Maurer, Rolland, etc., al discutir lo relativo a los derrames purulentos que sobrevienen en los portadores de neumotórax, insistieron grandemente en que la mejor profilaxis de los mismos es la sección precoz de las adherencias y, en general, en perfeccionar los neumotórax parciales. Por nuestra parte, podemos decir que hemos logrado eliminar casi por completo esta grave complicación, ya que en los últimos cinco años, sobre un total de más de quinientos neumotórax, tan sólo hemos observado tres empiemas mixtos: uno consecutivo probablemente a una contaminación por la aguja de insuflación, ya que la sección de bridas había sido practicada dos meses antes; otro después de una perforación consecutiva a la neumonolisis y el último como consecuencia de una perforación tardía, ya que ésta sobrevino ocho días después de haber seccionado una brida extremadamente corta del vértice, en un enfermo que del lado opuesto tenía una toracoplastía. De estos tres casos, murieron los dos últimos y en el tercero persiste una fístula pleural.

Sección precoz y completa de todas las adherencias es, pues, el criterio que prevalece en la actualidad.

Respecto al instrumental, empleo el toracoscopio de Jacobaeus, el de Kremer o el de Coryllos, prefiriendo este último porque las imágenes son más grandes y el campo de exploración mayor. Únicamente lo he usado para la sección el cauterio, y creo innecesario, a juzgar por los resultados obtenidos, emplear la diatermo-coagulación.

20.—Neumotórax parcial por sínfisis.

El problema que plantean estos neumotórax es más complejo y su solución más difícil; además, las intervenciones a las que frecuentemente hay que recurrir son más graves, de ahí que sus

indicaciones, técnica y momento de practicarse, estén supeditadas no tan sólo a la existencia del neumotórax parcial, sino también a las condiciones locales y generales del enfermo.

La extensión de la sínfisis es sumamente variable; hay casos en los cuales apenas se logra separar la base pulmonar de la pared costal; en otras ocasiones se trata de una adherencia localizada al tercio ántero-superior del parenquima; en otros enfermos todo el vértice está adherido a la bóveda torácica y, por último, no son raros los casos en que la sínfisis está limitada a una minúscula porción del parenquima, ordinariamente en su porción superior, lo cual crea un problema al parecer desproporcionado en vista del tratamiento que ameritan.

Prácticamente, tomando en consideración la extensión y localización de la sínfisis, pueden dividirse estos neumotórax parciales en tres grupos: a) Sínfisis del ápex, o sea aquellos casos en que la adherencia está limitada a la bóveda del tórax, estando situado su límite inferior ordinariamente al nivel del arco posterior de la cuarta costilla; b) Sínfisis supra-cisural, o sea aquellos casos en que la adherencia tiene por límite inferior la cisura interlobar; y c) Neumotórax en cuerda.

Primer grupo: Sínfisis del ápex.

En este grupo podemos considerar dos eventualidades, atendiendo al estado local y general de los enfermos; en la primera se trata de lesiones estabilizadas y estrictamente localizadas a un pulmón, y en la segunda, de enfermos con mal estado general, bilaterales o con lesiones evolutivas.

En ambas eventualidades debe mantenerse el neumotórax, puesto que colapsa la mayor parte del pulmón; el objetivo que se persigue es el de completarlo por medio de intervenciones extra-pleurales practicadas al nivel de la zona sinfisada.

En la primera eventualidad, hay que recurrir a la toracoplastia superior apicolítica en un tiempo. La técnica de Semb me parece la más adecuada. En la mayoría de los casos basta con resecar las tres primeras costillas; pero debe tenerse cuidado de practicar un despegamiento pulmonar extenso, o sea hasta la sexta costilla por atrás y hasta la segunda por delante. No debe canalizarse, pues el derrame sero-hemático que se forma localmente después de la intervención, sirve a manera de plomaje tran-

itorio y, una vez que se reabsorbe, deja al muñón definitivamente fijado en su nuevo sitio, es decir, por abajo de la cuarta costilla. Para mayor seguridad, una vez efectuado el despegamiento del vértice, seccionamos los tres primeros músculos intercostales en su extremidad posterior, hacemos un haz con ellos y lo suturamos al cuello de la cuarta costilla. Este detalle de técnica, preconizado por Gale y Oatway (3), impide el reascenso del pulmón, como sucede frecuentemente después de la plastia apicolítica.

Los resultados que hemos obtenido con esta intervención en diez casos de sínfisis del ápex, han sido sumamente satisfactorios. El neumotórax se continúa después sin ningún incidente.

En la segunda eventualidad la línea de conducta a seguir es más difícil, ya que los riesgos operatorios son mayores y la urgencia de intervenir, en vista del carácter evolutivo de las lesiones, más apremiante. Dos soluciones pueden adoptarse: mantener el neumotórax a muy baja presión, recurriendo al mismo tiempo a la cura higiénico-dietética con el objeto de mejorar las condiciones locales y generales del enfermo, y proceder entonces a la toracoplastia apicolítica, o bien, en caso de no obtener esa mejoría, practicar un neumotórax extrapleural.

Esta última intervención, a propósito de la cual presenté una comunicación el año pasado a esta H. Corporación, la hemos seguido practicando y a la fecha contamos con veinticinco observaciones. Sus resultados, de una manera general, han sido satisfactorios, a veces verdaderamente impresionantes. En cuanto a su indicación en los enfermos con lesiones sub-evolutivas, como es la eventualidad que en este momento analizo, la conceptúo, hoy por hoy, definitiva.

Una vez estabilizado el neumo extrapleural del vértice, o sea aproximadamente seis semanas después de la intervención, se comunican ambas cavidades. Esta comunicación, que puede realizarse por ambas vías, extra o intrapleural. Posteriormente se mantiene este neumotórax mixto como un neumo intrapleural ordinario.

Segundo grupo: Sínfisis supra-cisural.

En estos casos, como la sínfisis es muy extensa, el neumotórax debe ser casi siempre sustituido por otro procedimiento de colapso.

Tres eventualidades se presentan: a), enfermos resistentes, con lesiones estabilizadas y estrictamente unilaterales; b), enfermos sub-febriles, con mal estado general o con lesiones en el pulmón opuesto, y c), niños.

En la primera eventualidad la toracoplastía extrapleural superior, con resección de las seis primeras costillas, me parece la intervención de elección.

En las otras dos eventualidades hay que recurrir al neumotórax extrapleural. En la segunda por las razones expuestas con anterioridad, y en los niños, debido a las considerables deformaciones que determina en ellos la plastía. Si, como consecuencia de la peri-pleuritis no se puede practicar el neumotórax extrapleural en estos enfermitos, es necesario abandonar el neumotórax intrapleural y recurrir exclusivamente a la cura higiénico-dietética. Las sorpresas favorables no son raras en estas lesiones infantiles, aunque cuando la colapsoterapia se juzga necesaria en los niños, se trata de ordinario de lesiones graves que, o pueden determinar la muerte por generalización, o bien, en los casos menos delicados, desarrollarse una fibrosis extensa con endurecimiento muy marcado de las cavernas y con bronquiectasis.

En las tres eventualidades es prudente mantener el neumotórax intrapleural de la base, cuando menos por ocho meses o un año.

Tercer grupo: Neumotórax en cuerda.

Se trata de neumotórax casi totales, ya que el tabicamiento pleural está limitado a una sínfisis de pequeñas dimensiones localizada en la bóveda torácica.

La intervención de elección, o cuando menos a la que inicialmente debe recurrirse, es la parálisis del frénico. Fritsch fué el primero en practicar la frenicectomía en los neumotórax parciales. De Tullio explica los buenos resultados de esta asociación, neumotórax-frenicectomía, por la abolición de la tracción inspiratoria del diafragma y porque el pulmón conserva su facultad retráctil. Habrá que añadir la disminución de la distancia diafragma-bóveda torácica, muy útil en esta variedad de neumotórax parciales.

Posteriormente, numerosos cirujanos han recurrido a esta intervención en los neumotórax en cuerda, como lo atestiguan las

publicaciones de Omadis-Zorini y de Berthlet en 1935; la de Miller en 1936 y la de Harper en 1937. En todas ellas se han puesto de manifiesto los buenos resultados obtenidos.

Es conveniente aclarar, sin embargo, que las indicaciones de la parálisis del frénico como complemento del neumotórax, deben limitarse casi exclusivamente al grupo que me estoy refiriendo, pues sólo como excepción, pero ésta es ya fuera del tema que se analiza, hay que mencionar los casos de *cavernas* rígidas de la base en los que con el neumotórax, a pesar de ser libre, no se ha logrado la cicatrización.

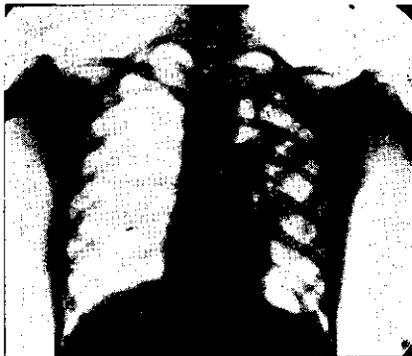
En vista de que la frenicectomía es una intervención sumamente aleatoria, es prudente, para no sacrificar inútilmente la base pulmonar en caso de ineficacia, recurrir primeramente a la alcoholización, si el resultado obtenido es satisfactorio, proceder entonces a la exéresis. La posición declive es un útil coadyuvante.

Si los resultados obtenidos con la parálisis del frénico son incompletos, es necesario recurrir al neumotórax extrapleural y comunicar más tarde ambas cavidades.

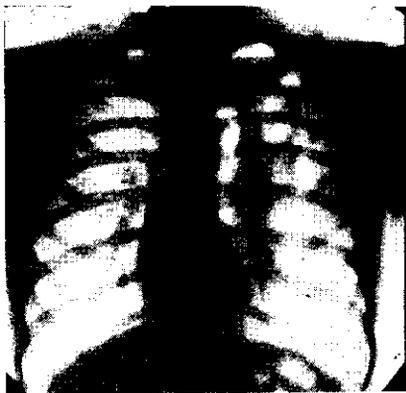
B I B L I O G R A F I A

- (1) **Derscheid (G)** et **Toussaint (P)**.—Contribution a l'etude de la formation, de l'evolution et du traitement des adherences pleurales au cours du pneumothorax artificiel. *Revue de la Tuberculose*. pg. 5. 1933.
- (2) **Jeanneret (R)** et **Famé (F)**.—Resultats eloignes des cas de tuberculose pulmonaire traités par un pneumothorax qui ne fait pas la preuve de son efficacité dans les six premiers mois de son entretien. *Revue de la Tuberculose*. Juin, 1937.
- (3) **Gale (J. W)** and **Oatway Jr. (W. H.)**.—Indications, hazards and results of apicolysis thoracoplasty. *Journal of Thoracic Surgery*. pg. 78. 1938-39.
- (4) Bronchopleural fistulas complicating pulmonary tuberculosis. **O. Auerbrach** and **S. Lipstein**. *The Journal of Thoracic Surgery*. p g. 354. 1939.
- (5) **Marjolet (G.)**.—De la thoracoplastie complementaire des pneumothorax partiels. *These*. Paris, 1936.
- (6) **Bernou (A.)** et **Fruchaud (H.)**.—Thoracoplasties complementaires et thoracoplasties de substitution. *Paris Medical* 4. janvier, 1936.
- (7) **Bernou (A.)** et **Fruchaud (H.)**.—Du traitement des pneumothorax inefficaces par adherence insectionable de la partie interne de l'apex. *Revue de la Tuberculose*, avril, 1937.
- (8) **Haight (C.)** and **Arbor (A.)**.—Complementary anterior thoracoplasty for pulmonary tuberculosis. *The Journal of Thoracic Surgery*. Juin, 1936.

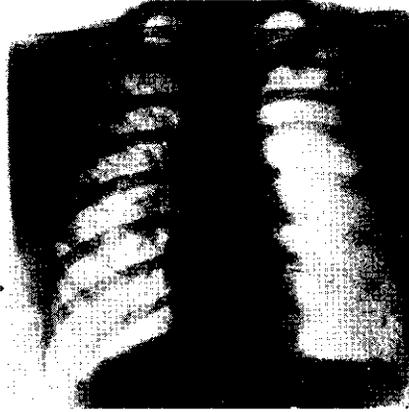
LOS NEUMOTORAX PARCIALES



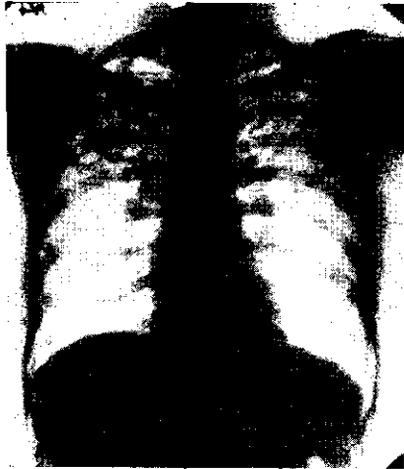
Observación 1a.—C. C.—Abril de 1939.
I.—Tuberculosis izquierda fibro-caseosa, francamente evolutiva.



Observación 1a.—C. C.—Mayo de 1939.
II.—Neumotórax parcial izquierdo. En el muñón se observan dos grandes cavernas.



Observación 1a.—C. C. - Octubre de 1939.
III.—Después de una neumonolisis cerrada en dos tiempos, neumotórax total. Desaparición de tos, fiebre y expectoración.—B. K. - negativo.



Observación 2a.—J. R.—Noviembre de 1938.
I.—Tuberculosis fibro-caseosa bilateral, evolutiva.
Laringitis.

LOS NEUMOTORAX PARCIALES



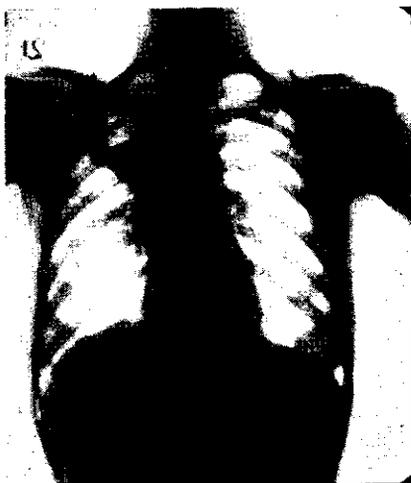
Observación 2a. J. R. Diciembre de 1938.
II.—Neumotórax incompleto. En el muñón pulmonar se observa una caverna que un complicado sistema de bridas mantiene abierta.



Observación 2a. J. R.—Febrero de 1939.
III.—Después de una neumonolisis cerrada, neumotórax total. La caverna desapareció.

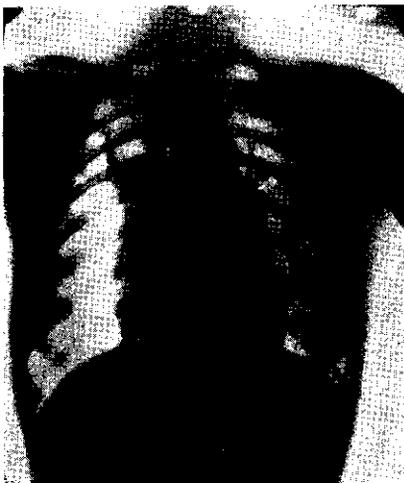


Observación 2a.—J. R.—Febrero de 1940.
IV.—Neumotórax extra-pleural derecho e intra-pleural izquierdo. Excelente resultado final.

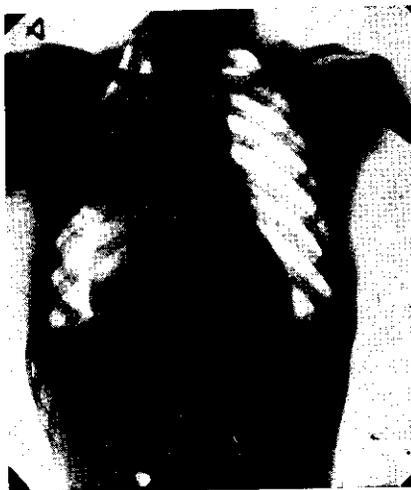


Observación 3a.— M. M.—Abril de 1938.
I.—Lobitis superior derecha excavada, francamente evolutiva.

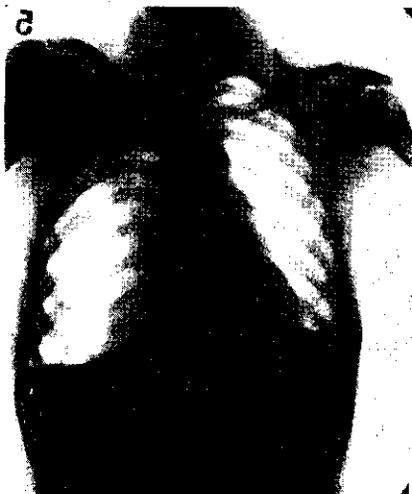
LOS NEUMOTORAX PARCIALES



Observación 3a.—M. M.—Junio de 1938.
II.—Neumotórax parcial. Se observa en el muñón pulmonar una caverna que numerosas adherencias insecionables mantienen abierta.



Observación 3a.—M. M.—Agosto de 1938.
III.—Toracoplastia apicolítica derecha. Aunque se resecaron únicamente tres costillas, se abatió el muñón hasta la sexta. Neumotórax de la base.

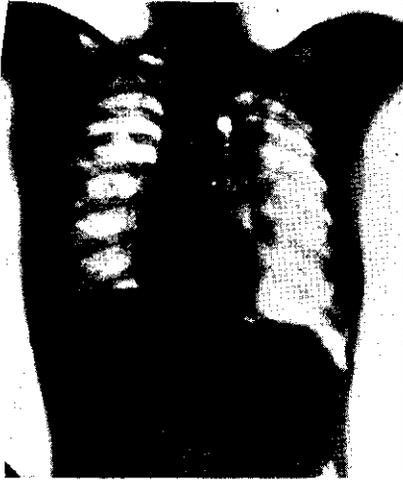


Observación 3a.—M. M.—Diciembre de 1939.
IV.—El muñón quedó fijado al nivel de la cuarta costilla derecha. Desaparición de la caverna. B. K. negativo.

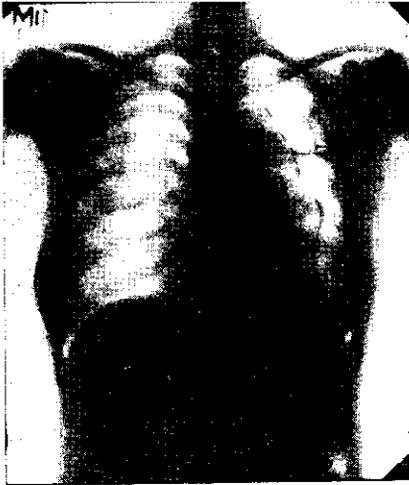


Observación 4a.—A. R.—Octubre de 1938.
I.—Tuberculosis fibro-caseosa extensiva izquierda.
Laringitis.

LOS NEUMOTORAX PARCIALES



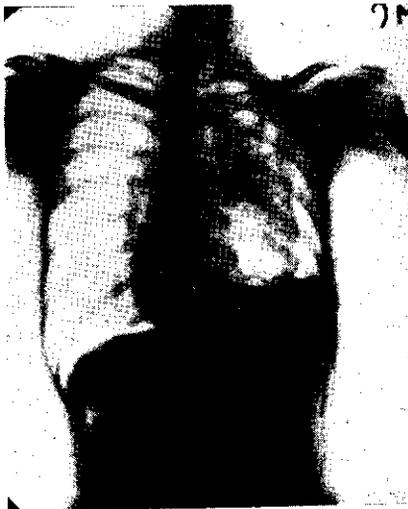
Observación 4a.—A. R.—Noviembre de 1938.
II.—Neumotórax intra-pleural izquierdo. La caverna superior permanece abierta por sínfisis pleural.



Observación 4a.—A. R.—Febrero de 1939.
III.—Neumotórax extra-pleural izquierdo. Un tabique pleural mantiene separados ambos neumotórax (el intra y el extrapleural).



Observación 4a.—A. R.—Noviembre de 1939.
IV.—Sección del tabique pleural que dió por resultado la comunicación amplia de ambas cavidades, intra-pleural y extra-pleural. Neumotórax mixto total. Desaparición de la caverna. B. K. negativo. Neumo derecho intra-pleural libre. Excelente resultado final.



Observación 5a.—M. P.—Enero de 1939.
I.—Neumotórax parcial derecho. Dos grandes cavernas permanecen abiertas por sínfisis apical extensa.

LOS NEUMOTORAX PARCIALES



Observación 5a.—M. P.—Diciembre de 1939.
II.—Toracoplastia apicolítica superior derecha. Curación
clínica completa.

- (9) **Omadis-Zorini et Berthet (E.)**.—Sur les resultats éloignés de trente cas de phrenicectomies associés au pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Arch. Med. Chir. de l'app. respir. No. 6. 1935.
- (10) **Miller (C. M.) and View (O.)**.—Cavity closure by combined pneumothorax and phrenic nerve interruption. The Journal of Thoracic Surgery. June, 1936.
- (11) **De Tullio (R.)**.—L'associazione della frenico-exeresi al pneumotoraco nella terapia dela tubercolosi polmonari. Il consorzio antitubercolare. Abril, 1936.
- (12) **Harper (F. R.)**.—Phrenic interruption combined with artificial pneumothorax for pulmonary tuberculosis. The Amer. Rev. of Tuberculosis. Abril, 1937.

La dispepsia insensible *

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON

Con el nombre de **dispepsia insensible**, quiero referirme a un síndrome, generalizado en la especie humana y perteneciente a la pequeña patología de frontera, que por regla general pasa inadvertida para quien la padece y que presenta grandes dificultades para la clínica.

Como la noción convencional de la enfermedad significa pérdida de la cenestesia para el hombre que se siente sano, el concepto de bienestar es el de un equilibrio dentro de amplios márgenes que constituyen, no una línea sino una faja de salud. Para que el hombre piense que está enfermo, necesita sentirse mal, sufrir síntomas, como la alteración de la temperatura, la presencia del dolor, la falta de las fuerzas, del apetito, del sueño, etc. Cada uno de estos caracteres clínicos es más o menos evidente, duradero, intermitente o periódico y sólo cuando le alarma por su exageración o persistencia es cuando piensa en la enfermedad.

A un sujeto de nuestro medio social, de 40 años, por ejemplo, que se considere sano, que pertenezca a la categoría de los seres privilegiados, que nunca han enfermado, que jamás han hecho cama, que no concibe el dolor físico, preguntémosle si presenta algún síntoma que le llame la atención; nos asegurará que

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 21 de febrero de 1940.