

EL PNEUMOTORAX

Conferencia del Prof. p. Bezancon

Señores:

Deseo aprovechar la presencia en nuestras salas de un enfermo con una afección bastante banal, un neumotórax espontáneo, para relataros esta observación y **hablaros de** esta enfermedad.

El interés de este caso reside en que no se trata de una de esas formas de neumotórax espontáneo fulminante, con síntomas que **pongan** la vida del enfermo en peligro, sino que, por el contrario, de una forma que, sin ser completamente latente, es de evolución moderada, benigna. Estas formas eran mal conocidas antes de la introducción de los Rayos X. En épocas anteriores se conocían sobre todo las formas fulminantes caracterizadas por una **disnea** brutal, una cianosis intensa y una temperatura muy elevada; las for-

mas mas o **menos** latentes pasaban desapercibidas en un gran **número** de casos y es por esto que, poco a poco, se superpuso en el espíritu médico a la palabra neumotórax espontáneo una noción de gravedad extrema, de enfermedad que conducía a la muerte en un gran número de casos. Hay que modificar este concepto; las observaciones que os relataré os **demonstrarán** la existencia de una forma completamente distinta.

Ha ocurrido con el neumotórax lo que tan frecuentemente pasa en medicina; el diagnóstico se efectuaba antes por los solos medios de la observación clínica y es por esto que toda una serie de enfermedades han sido descritas exclusivamente en sus grandes síntomas, en sus manifestaciones

ruidosas, pasando desapercibidas aquellas formas con exteriorizaciones menos visibles.

Más **tarde**, con la introducción de los métodos de laboratorio, han podido estudiarse toda una serie de formas diferentes en las cuales los síntomas eran menos evidentes y manifiestos. Os citaré un ejemplo muy demostrativo, y es lo que pasa con la fiebre tifoidea: antes no se hablaba de fiebre tifoidea sino **ruando** se encontraba con toda su sintomatología el síndrome tifoideo: temperatura en meseta, manchas rosadas, esplenomegalia, meteorismo abdominal, etc. Hoy día, después del descubrimiento del sero-diagnóstico y de su empleo habitual, nos encontramos constantemente en presencia de enfermos a quienes hacemos el diagnóstico de infección eberthiana, a pesar de faltar completamente el síndrome tifoideo. Lo mismo ocurre con el neumotorax. En un cierto número de casos se puede hacer el diagnóstico de neumotórax, a pesar de existir síntomas funcionales y generales muy discretos, gradas al examen radiológico.

En patología respiratoria la radiología ha transformado completamente nuestra manera de ver y ha introducido una serie de **tipos** clínicos nuevos.

El enfermo al que aludía es un hombre de 61 años, que no presenta nada digno de mención en sus antecedentes, salvo una tendencia, desde hace unos años, a padecer en todos los inviernos bronquitis, pero sin fiebre, ni adelgazamiento, que no hacían pensar para nada en la tuberculosis. Un colega que ha examinado al enfermo en distintas ocasiones, que ha hecho varios exámenes de esputos y un examen radiológico no ha encontrado ninguna lesión apreciable.

Su enfermedad actual se ha iniciado hacen 4 o 5 semanas con un pequeño episodio febril, acompañado de tos seca, tenaz, sin expectoración, episodio de aspecto banal y que podía interpretarse como de origen gripal. Luego recio un síntoma sobre el cual insisto mucho, porque tiene gran valor y que siempre debe buscarse: un dolor retro-esternal acom-

panado de un cierto grado de disnea. El dolor **retro esternal** y la disnea **han** sido lo bastante intensos para obligar al enfermo, en una noche en que tenía **ortopnea** y no podía permanecer **acostado**, a llamar al médico.

En consecuencia, no nos hemos encontrado en presencia de un **enfermo** que hay;) presentado el comienzo dramático caracterizado, como lo sabéis, **por** un dolor en general lateral, que reviste **H tipo** de dolor en puñalada, según la comparación clásica y que traduce habitualmente la ruptura de un órgano, comparable a los dolores abdominales que han sido descritos después de las perforaciones gástricas e intestinales. En él, el dolor no ha sido de este tipo y tan es así que no sabe pre-

cisar con exactitud cuándo **ha** comenzado; por otra parte, su localización ha sido anormal; experimentaba una sensación de constricción, de compresión del tórax más que un verdadero dolor. Al mismo tiempo acusaba opresión, opresión que ha sido lo suficientemente intensa como para provocar la ortopnea, pero que ha durado lineo; la temperatura ascendió **rápidamente** a 38°.

Debido a que la disnea y la temperatura persistieron fue enviado al Servicio.

Al examen este enfermo presentaba un cierto número de síntomas que permitían llegar inmediatamente al diagnóstico de neumotórax. Uno de estos síntomas era un timpanismo extremadamente acentuado y sin matitez

en la parte inferior. Al mismo tiempo existía un silencio respiratorio e insisto sobre él porque es quizás el mejor síntoma de neumotorax. Los otros signos son contingentes. El timpanismo es un buen signo, pero muchos neumotorax, no lo presentan, y esto se comprueba muy a menudo en los neumotorax artificiales; la disminución generalizada del murmullo vesicular, por el contrario, es un síntoma de mucha importancia y que cuando se localiza a un solo lado presenta un valor considerable. Evidentemente, por sí solo no basta para hacer el diagnóstico, pero cuando se asocia al timpanismo o a la sonoridad normal autoriza a efectuarlo. Los otros signos faltan a menudo. En este caso hemos auscultado, durante algunos días, un soplo anfórico que luego ha desaparecido. Durante algún tiempo hemos oído el ruido de bronce de Trousseau, pero que nunca ha sido perfecto y que se presentó muy localizado. Este ruido, por interesante que sea, puede exponer al error en ciertos casos, pues ha sido encontrado en ciertas pleure-

sías; en consecuencia, no posee el valor que se le ha atribuido.

En resumen, encontramos en nuestro enfermo timpanismo, ruido de bronce, supresión del murmullo vesicular y soplo anfórico, signos indubitables de neumotorax, faltando un signo muy interesante: el tintineo metálico.

En presencia de este conjunto sintomático teníamos el derecho de hacer el diagnóstico de neumotórax y con él examinamos al enfermo en la pantalla, confirmando nuestra presunción clínica, encontrando al pulmón completamente rechazado contra la columna vertebral y el corazón desviado.

Al mismo tiempo que se hacía el examen de este enfermo, se observó el hecho siguiente: que si bien el enfermo tenía un neumotorax, no presentaba derrame. Estábamos en presencia, por lo tanto, de un neumotorax puro.

Con gran frecuencia se observa en esta enfermedad la existencia de una pequeña cantidad de líquido en el fondo de saco pleural, que se traduce por una línea horizontal; es un hidroneumotórax

que es, en general, el mejor signo de neumotórax.

El **diagnóstico** del neumotórax aún con ayuda de la radiología es a veces difícil, porque no es siempre fácil ver la **retracción** del **pulmón**, siendo **necesario a veces examinar al** enfermo en diversas **posiciones**. Así ocurre a menudo con el neumotórax **artificial**.

Por el contrario, cuando existe **una pequeña cantidad** de líquido en la pleura, el **diagnóstico**, es sencillo. Se tiene la presencia de un hidroneumotórax con la línea de nivel horizontal que se modifica con los cambios de posiciones y que necesita para producirse la presencia de aire por encima del líquido.

En consecuencia, el mejor signo de neumotórax es la presencia de esta línea de nivel que indica la existencia de líquido, el que se observa casi constantemente en **esta** enfermedad.

En ciertos casos el neumotórax es puro; se trata de eventualidades raras, pero que existen y nuestro enfermo es un ejemplo de ello.

Estamos en presencia de un

neumotórax simple, espontáneo y debemos buscar su causa.

Aquí no hay ninguna razón para hacer una discusión etiológica. No existía ninguna supuración pulmonar, no se trataba de un caso en que el neumotorax hubiese sobrevenido a causa de una entrada de aire en una pleura conteniendo ya pus, o a causa de un absceso del pulmón abierto en la cavidad pleural. No tenemos más que la **posibilidad** de que se tratase de un neumotórax espontáneo, debido a la ruptura probable de un tubérculo pleural, como se ve casi siempre.

Estamos en presencia, por lo tanto, de un neumotórax simple en un tuberculoso. No he podido aquí obtener la prueba de la tuberculosis, pues no se han encontrado bacilos de Koch, pero el examen radiológico ha mostrado lesiones importantes que hacen pensar en la existencia de esta infección.

En consecuencia el caso es banal, se trata de un neumotórax en un tuberculoso fibroso, habiendo sufrido bronquitis y no habien-

do presentado síntomas evolutivos.

El interés de esta observación reside por una parte en que se trata de un neumotórax simple, **Sin** líquido, lo que es muy raro, **y por otra parte** en su evolución benigna en lo que se refiere a los síntomas generales y funcionales y que merece ponerse en oposición con lo que vemos habitualmente en el neumotórax tuberculoso. En efecto, este neumotórax presenta casi siempre síntomas funcionales graves y signos generales importantes y además se acompaña casi constantemente de formación de líquido,

Podemos esquematizar así la evolución ríe un neumotórax: existe un período en el cual se observan fenómenos de choc a menudo dramáticos y que ponen a veces la vida del enfermo en peligro; luego aparecen los signos de un hidroneumotórax en general abundante; puede tratarse de un verdadero hidroneumotórax con líquido seroso o, por el contrario, de un pió neumotórax por transformación purulenta del lí-

quido seroso; el líquido purulento puede contener solamente bacilos de **Koch** o contener los gérmenes de la supuración, evolución ésta considerada durante mucho tiempo como grave-

Sin embargo, en estos últimos años, después del estudio radiológico del neumotórax y que se sabe **tratar mejor** sus derrames, se ha comprobado que el pronóstico tan grave que se asignaba al neumotórax era exagerado y se ve que enfermos que habían presentado un comienzo dramático, acompañado de fenómenos de insuficiencia cardíaca aguda, mejoran y curan.

Pero no es de estos casos graves de los que quiero hablaros, sino de los medianos o relativamente benignos. El enfermo que tenemos aquí ha presentado muy pocos síntomas funcionales y generales y ha faltado en él, por lo menos hasta ahora, toda reacción de la pleura. Estas observaciones no son excepcionales y en estos últimos tiempos se han señalado al lado el neumotórax grave, casos que a veces presen-

taban un comienzo grave, pero que tenían luego una evolución benigna.

Hace ya algunos años, en 1898, **Galliard** había insistido sobre **estos hechos al** estudiar las **observaciones** de neumotórax aparecidas en sujetos jóvenes y **descriptas** bajo el nombre de neumotórax **de** los conscriptos, pues se los veía en la época del servicio militar en jóvenes aparentemente **sanos** hasta entonces, sin **ningún antecedente** tuberculoso. Estos hechos han **sido recientemente** estudiados de nuevo y os señalo, a este respecto una lección muy interesante de Genevriér que he tenido el honor de presidir; este trabajo no refiere muchas observaciones, pero describe 3 que están verdaderamente calcadas una **sobre otra y que reproducen** perfectamente la fisonomía de esta **forma** particularmente benigna de **neumotórax**.

Estas formas las he observado **en la clientela particular y no en el hospital. Recuerdo** un ejemplo de un joven que estaba por terminar su bachillerato y que al salir de una clase se quejó de un

pequeño dolor lateral con ligera dificultad **respiratoria**. Una vez en su hogar se lo examina y se encuentra **signos** de insuficiencia respiratoria; observándolo en la pantalla se comprueba con gran sorpresa un neumotórax típico. La evolución ulterior **mostré la** ausencia de líquido. La curación se hizo sin ningún incidente.

Las observaciones de **Genevriér** son muy precisas y creo interesante relatarlas, pues ellas os dejarán este tipo de; neumotórax espontáneo benigno **al lado de** formas medianas y de las **formas graves, dramática**.

La primera observación se refiere a un sujeto de 27 años, sin **antecedentes de interés, que presenta brutalmente** un dolor muy intenso asentado a nivel del **mamelon izquierdo**, dolor que se irradiaba en se mi-circuí o hasta la punta **del** omóplato. Es **interesante** insistir sobre el carácter **de** este dolor, puesto que es lo que se puede llamar el dolor en **echarse**. Este dolor ha **sido señalado hace** tiempo por un gran **clínico, Saborin**. Por la sola clínica, en una época en que no se tenía la

ayuda de los rayos X, él ha mostrado la frecuencia del neumotorax a forma relativamente benigna, que denominaba neumotorax mudo porque tenía pocos síntomas y porque era difícil de descubrir. De los síntomas que permitían a Sabourin diagnosticar a este neumotorax, tenía este enfermo el dolor en echarpe.

Este dolor aumentaba con las inspiraciones profundas y producía al enfermo una sensación de constricción tóraxica. Como vemos, estamos lejos del dolor dramático en **puñalada**. Por otra parte, este dolor cedió con la aplicación de algunas ventosas secas y el enfermo pudo levantarse y seguir su vida habitual. Laennec, que fue uno de los primeros que **estudio** el neumotórax, consideraba por el contrario al individuo portador de éste como un gran enfermo y decía que no conocía sujetos con este síndrome que no permaneciesen en cama. Ahora bien, como veis en ciertas condiciones, se puede tener un neumotorax y sin embargo como este

joven, levantarse y proseguir la vida común presentando solamente una dificultad respiratoria. No obstante como el dolor se prolongaba este enfermo consultó a un médico, quien no encontrando timpanismo y observando sólo silencio respiratorio, quedó indeciso y no hizo inmediatamente diagnóstico. Pero en los días siguientes como la disnea persistiera, aunque el enfermo podía **continuar** con su trabajo, resolvió hacer un examen radiológico, el **que** mostró la existencia de un neumotorax con algunos centímetros cúbicos de líquido; la temperatura oscilaba entre 37° y 37° 5.

En consecuencia, se trata de un enfermo que ha presentado casi exclusivamente un dolor acompañado de dificultad respiratoria. El accidente se había iniciado a comienzos de Febrero y 13 días después los signos funcionales habían desaparecido casi completamente, el dolor persistía atenuado y no se encontraba a la auscultación más que una disminución de! murmullo vesicular, habiendo

desaparecido la imagen radioscópica del neumotórax.

la segunda observación se refiere a un joven de 17 años, bien constituido y de muy buen aspecto, pesando 71 kilos y midiendo 1.70 metros, que en el transcurso de un partido de tennis siente una puntada al costado que le obliga a interrumpir su juego. Retorna a su casa, desayuna normalmente y a pesar de una **dificultad** respiratoria ligera, puede hacer un paseo a pie. Ingresa al colegio, pasa la noche normalmente, pero notando, a la mañana siguiente, que su dificultad respiratoria persistía aún, concurre a la enfermería en donde se comprueba una oscuridad respiratoria extendida a todo el hemotórax derecho. Examinado **radiológicamente**, se encuentra un pequeño derrame en el seno costo-diafragmático derecho, con el nivel horizontal y por encima de él una imagen de neumotórax.

Una serie de exámenes radiológicos efectuados en los siguientes 15 días, mostré la **evolución** favorable de este neumotórax; el pul-

mon volvió rápidamente a su posición normal y el derrame **desapareció**. Todo esto transcurrió sin fiebre y sin trastornos **generales**. Por precaución, el médico indicó reposo relativo durante 6 meses y desde entonces este joven goza de salud perfecta.

La tercera observación se refiere a una niña que presenta libera disnea de esfuerzo, palpitaciones y una puntada de costado, sin fiebre y que continúa a pesar de esto con su trabajo habitual; a causa de la dificultad respiratoria se la examina, comprobando una abolición del murmullo vesicular en el lado izquierdo. El examen radiológico muestra un neumotórax de la gran cavidad con una **presión** negativa de menos 6. Tres semanas después el pulmón había retornado a su estado normal y la niña se encontraba perfectamente bien.

He aquí toda una serie de casos sumamente benignos. Pero D» hay que creer que estos neumotórax que aparecen en estos individuos evolucionen siempre así. Recuerdo por mi parte e] CUBO de un

joven que en la época del bachillerato tenía un neumotórax en las mismas condiciones; pero en él el líquido en vez de ser mínimo era muy abundante, presentaba un verdadero derrame pleural con fiebre produciéndose en él lo que podemos llamar la verdadera pleuresía del neumotórax; es una complicación interesante y que presenta distintas formas.

Es importante en todos los casos de derrame hacer un examen citológico y bacteriológico del líquido con inoculación a los cobayos para tratar de despistar la naturaleza de estos hidroneumotórax, pues en estos últimos años se ha vuelto a discutir su etiología. No hablo, por supuesto, de los neumotórax debidos a una supuración pulmonar, sino de aquellos en apariencia primitivos.

El problema de neumotórax, en apariencia primitivo, ha pasado por varios periodos. En otra época, hace 30 años, Galliard que ha hecho estudios muy importantes, insistió sobre la frecuencia relativa del neumotórax en los sujetos jóvenes, el neumotórax de

los conscriptos, como se le llamaba. Reunió en ese momento 37 observaciones de sujetos aparentemente sanos que presentaron **signos** de neumotórax a evolución relativamente ruidosa al comienzo, pero que eran seguidos de mejoría o de curación completa; se describían por lo tanto en esa época dos tipos de neumotórax: 1) el neumotórax banal que se ve en los tuberculosos acompañándose casi siempre de hidroneumotorax o de pnoneumotórax con gran reacción febril y; 2) el neumotórax a evolución mucho más benigna que Galliard creía debido a la ruptura de un alveolo enfisematoso.

Nadie discute más, hoy día, sobre la patogenia del neumotórax. Existe siempre una ruptura del pulmón, una perforación pulmonar debida quizás a una caverna tuberculosa superficial que se abre en la pleura (se admite sin embargo, que las cavernas desempeñan un rol mínimo, dado que en la vecindad de ellas se produce una sínfisis pleural que impide que la ruptura pueda hacerse en una pleura libre); o más frecuentemente que

el neumotórax está ligado a la existencia de una lesión tuberculosa, lesión que se manifiesta, sea en un individuo ya portador de lesiones bacilares en otras partes y q' hace un nuevo brote, sea en un sujeto que presenta recién entonces sus primeras manifestaciones de invasión tuberculosa suponiéndose que un tubérculo se abre directamente en la pleura, haciendo comunicar ésta con los bronquios. Es la teoría clásica que explica el neumotórax.

Galliard se ha preguntado si el enfisema no podía intervenir; cuando se recuerda la estructura del mismo y la existencia a nivel de los bordes del pulmón de vesículas separadas por un espesor muy delgado de la pleura, se comprende que en ciertas condiciones estas vesículas enfisematosas puedan ser la causa del neumotórax.

Esta teoría de Galliard no ha sido aceptada y se admite en general que el neumotórax espontáneo es simplemente la traducción de la ruptura de un tubérculo. Lo mismo que la pleuresía sobreviene en sujetos aparentemente sanos, igualmente sucede con el neumotórax y este hecho

no implica que el individuo esté indemne de tuberculosis. La mayor parte de las pleuresías se presentan en individuos en plena salud sin antecedentes respiratorios importantes lo que no significa, sin embargo, que no sea una manifestación de tuberculosis. Por otra parte la pleuresía presenta a menudo una evolución extremadamente benigna bastando recordar las observaciones del córtico-pleuritis efímeras que duran algunos días y que se acompañan de una fiebre muy discreta y en las cuales, sin embargo, se puede extraer alguno3 centímetros cúbicos de líquido que, inoculados a los cobayos, los tuberculizan.

En consecuencia la escuela francesa considera actualmente al neumotórax espontáneo que sobreviene en sujetos en apariencia sanos, como la revelación de una tuberculosis latente, lo mismo que en la pleuresía.

Sin embargo, recientemente este problema de la etiología del neumotórax ha sido nuevamente estudiado por mi colega Courcoux v por su discípulo Lereboullet en un artículo muy interesante aparecido en la «Presse Medicale» del 12

de marzo, En este trabajo relatan algunas observaciones clínicas de neumotórax, presentando la forma relativamente benigna que yo os señalaba hace un rato y por otra parte ponen ni **discusión** la patogenia del **neumotórax**. En los casos que relatan existen sólo síntomas funcionales discretos, ausencia casi completa de síntomas generales y un punto interesante sobre el cual los autores insisten mucho: ausencia de líquido en la pleura en las 13 observaciones que han reunido. Se trataba de casos de neumotórax puros sin hidroneumotórax. Este hecho, por otra parte, no debe llamarnos la atención; desde, que se hace el neumotórax artificial se ha podido comprobar que si se toman muchas precauciones, si se inyectan en la pleura sólo pequeñas cantidades de gas, si no se determinan presio-

nes elevadas, si no se rompen brutalmente las adherencias, se consigue evitar la producción de líquido. Al comienzo la historia del neumotórax terapéutico estaba ensombrecida por los grandes derrames y por los accidenta¹! pleurales que se producían. Hoy día se observan aún con frecuencia, pero **desde** que combatimos las presiones elevada? y las insuflaciones de cantidades demasiado grandes de aire y efectuamos sólo insuflaciones pequeñas, hemos observado que el número de derrames líquidos ha ido disminuyendo cada vez más, y que se puede conducir un neumotórax hasta el **final** sin que éstos se produzcan-Es probable que la naturaleza actúe de la misma manera; hay rupturas que son debidas a una gran perforación y entonces el **aire** penetra bajo una gran presión

comprimiendo el pulmón, distendiendo el tórax, rompiendo adherencias y originando hidroneumotórax o pneumotórax; otras son debidas a pequeñas fisuras y a través de éstas pasa el aire sin gran presión y en pequeña cantidad, suficiente para provocar dolor pero insuficiente para determinar reacciones pleurales importantes. Existirá la pequeña cota de líquido, o, como en los casos de Courcoux y Lereboullet, no se producirá derrame y en esto sentido estas observaciones son muy interesantes.

Courcoux y Lereboullet no se limitan a relatar estas observaciones sino que, además señalan que éstos son muy frecuentemente observados en la literatura extranjera y oponen la opinión francesa —que considera a estas formas como debidas a una tuberculosis— a la extranjera, en la que se preguntan si hay razón para considerar que esta afección está ligada siempre a una tuberculosis. A este respecto, cita las observaciones de distintos autores, en especial de Nicolsky, que reunió en 1912 en su tesis 147, observaciones de neumotórax simple estudiados clínica y radiológicamente; la curación fue la regla después de una duración media de 43 días; la recidiva se produjo en el 10% de los

casos; la patogenia según Nikolsky es desconocida; en cuanto a la causa ocasional, si a veces puede atribuirse a un esfuerzo, en otras falta a menudo. Dorendorf igualmente relata algunas observaciones de neumotórax sobreviniendo en sujetos aparentemente sanos y concluye en la existencia de un neumotórax no tuberculoso de pronóstico benigno. Lo mismo sostiene Friesdorf basándose en 177 casos. Kahn, apoyándose en numerosas observaciones, no cree demostrado todo el papel del tubérculo subpleural y dice que si existiera la tuberculosis se desarrollaría algunos meses o años después del neumotórax.

Nosotros sabemos que muy a menudo la pleuresía no determina accidentes ulteriores, por lo tanto, esta no es una razón para rechazar la tuberculosis; pero lo que es cierto, lo que debemos retener, es que existe un tipo clínico de pequeño neumotórax espontáneo, no determinando en general los síntomas dramáticos del gran neumotórax, no acompañándose, por así decir, nunca de fiebre elevada y no conduciendo a la producción de líqui-

do u originándolo solo en pequeña cantidad. La patogenia de este tipo es desconocida, porque se trata de casos que curan y sólo la observacion ulterior permitirá decir de estos individuos se hacen tuberculoso mas a menudo que otros,

Del punto de vista terapéutico ¿qué se puede hacer? Todos los autores están de acuerdo en decir que en estas formas benignas hay que dejar tranquilos a los enfermos. No hay que hacer punción para retirar, no el líquido, sino el aire, salvo cuando existen fenómenos que traduzcan una presión positiva que pase de 5 ó 6. Cuando se compruebe esta presión, se puede extraer un poco de aire, pero no aspirándolo, sino dejándolo salir espontáneamente. Hay que tocar

lo menos posible a estas pleuras y haciendo esto se observa que el neumotorax no es más que un incidente y que no se acompaña de reacción pleural y con mayor razón de infección purulenta, como en los grandes neumotórax en que ésta es debida al paso a través de la perforación amplia, no sólo de aire sino también de productos sépticos.

El interés de este es muy grande, por las deducciones pronosticas que de él derivan. Tenemos el derecho de continuar haciendo un pronóstico reservado, amemos la obligación de seguir vigilando al enfermo, pero en presencia de todas estas estadísticas, debemos atenuar nuestro pesimismo, considerando que esta enfermedad puede curar y curar definitivamente.

ROGER EVEN.

(Del Día Médico de Buenos Aires)