

Sanatorio Vicente López y Planes

Sobre la posición actual del Neumotórax Terapéutico

Por el Dr. José Egües, **Jefe de Servicio**

Hay un vasto sector de la Medicina Interna —*el* de las enfermedades del tórax— donde ocupan mucho lugar los problemas concernientes a la tuberculosis clínica, o sea, a. la tuberculosis pulmonar en tanto cuanto enfermedad individual. La extensión de la morbilidad fímica en la comunidad y la complejidad de los procesos broncopulmonares inherentes a su variada y cambiante patología, reclaman y atraen la actividad terapéutica —cumplida en forma más o menos bien concertada— de gran número de internistas y cirujanos especializados.

Una buena concertación supone varios requisitos:

1º) Una visión comprensiva de los principios fundamentales de la fisiología, en tanto que conocimiento teórico.

2º) Un experimentado criterio clínico para discernir indicaciones y oportunidades adecuadas, en el uso de los diversos métodos y técnicas exploratorias y terapéuticas.

3º) Pericia técnica equivalente o similar de todas las secciones o departamentos de la institución asistencial para las diferentes labores especializadas de que la tisiatría es subsidiaria, ya sea en el orden de la exploración diagnóstica, en el de la ejecución terapéutica y en la verificación de los resultados. Dos maestros muy autorizados en esta cuestión, Braüer en Alemania, hace tiempo, y Pinner en EE. UU., más recientemente, cómo suele ocurrir que el trabajo no sea de calidad equiparable en distintas secciones de una misma institución asistencial o para una misma época en distintos tisiocomios de un mismo país. Las causas son diversas: están a veces en deficiencias de equipamiento instrumental, a veces en la adhesión a conceptos erróneos o nociones caducas o en la inadecuada estimación de medios que son útiles dentro de un limitado radio de acción.

4º) Por último, poseer un espíritu crítico escrupulosamente objetivo para juzgar de la validez de los métodos seguidos y de las técnicas empleadas en la investigación diagnóstica y en la acción terapéutica. Esta justipreciación se elabora a través de la observación de los efectos deseables y de los efectos indeseables, inmediatos y mediatos. Más adelante la evaluación mediante el re-examen periódico del ex-paciente proseguido durante mucho tiempo a partir del alta. Este último método seguido ordenadamente durante 20 años, con estricto contralor radiológico y bacteriológico, complementario de la observación clínica, es el que nos ha permitido adquirir con nitidez algunas nociones bien fundadas sobre la eficiencia de los distintos medios colapsoterápicos y en particular sobre el neumotórax, puesto hoy en tela de juicio y desestimado en la forma que más adelante analizaremos.

Es de todos sabido cómo ha aumentado el número de medios terapéuticos en tisiatría. Constituyen un conjunto de métodos, cada uno de los cuales reúne diversidad de elementos y técnicas, que son resultado global de un desarrollo seguido en seis líneas distintas:

1. La cura higiénica, cuyo elemento principal es el reposo, adaptable con grado y estilo variables de las condiciones clareas individuales de la enfermedad, sin desatender —si se quiere obtener leal cooperación— las tendencias temperamentales adversas, susceptibles de persuasiva rectificación y las ideas o nociones falsas que enfermos y allegados tienen sobre esta enfermedad.

2. La cura inmunológica, promovida inicialmente por Roberto Koch cuando creyó hallar en la tuberculina "ein Heilmittel gegen Tuberkulose", de naturaleza específica.

3. La quimioterapia, incluyendo en esta los antibióticos, si atendemos a la definición dada por Florey y por Waskman.

4. La colapsoterapia o "terapia mecánica" según una designación que ahora se ha formalizado más, al intentar discernir la influencia e indicación respectiva de los antibióticos y del colapso artificial.

5. Las resecciones pulmonares, introducidas en el tratamiento de algunas formas de tuberculosis pulmonar, después que —al amparo de los progresos de la anestesia, de las transfusiones de sangre, de los exámenes funcionales y de los antibióticos— las neumectomías, lobectomías y resecciones de menor extensión han entrado en la práctica corriente de la terapéutica quirúrgica de otras enfermedades del tórax.

6. La rehabilitación física, psíquica y social.

Un tratadista británico muy autorizado, Gregory Kayne, llamo "complejo terapéutico" a este conjunto. Intencionalmente, y para significar que todos estos recursos constituyen una "estructura" (gestalt), pues no ha de entenderseles en relación aditiva sino como integrando una "totalidad", cuando se asume, a conciencia, la responsabilidad médica del managenent de tuberculosos.

El número creciente y ya considerable de medios terapéuticos ha traído no pocas complicaciones en tisiatría, suscitando amplias divergencias de opinión sobre el recurso más certero, más seguro, más expeditivo, para procurar la reparación de las lesiones existentes en el momento de emprender el tratamiento, y recobrar luego la salud física y la validez social.

Richard Overholt, el conocido cirujano de tórax, en un artículo publicado en la revista del Colegio Americano de Neumología, (Diseases of the Chest) a mediados de 1950, dice que quien asiste a las reuniones o Conferencias semanales de cualquier tisiocomio para discutir y decidir las indicaciones terapéuticas, tiene oportunidad para observar la amplia divergencia de opiniones a que aludí. Así, dice, frente a un caso determinado de tuberculosa moderadamente avanzada, un miembro de la Conferencia propone proseguir exclusivamente, con el flat bed rest, esto es, con el reposo estricto practicado al estilo americano; otro aconseja el neumotorax; otro, el neumoperitoneo; el que sigue, la interrupción del

frénico, otro, en fin, la toracoplastía. Cualesquiera de estos medios, con o sin el aditamento de la Estreptomina, la Estreptomina sola o asociado al P A S. Se requeriría, termina el articulista, un matemático con su regla de cálculos para dar cuenta de todas las combinaciones. Es evidente que el cuadro descrito por Overholt hay rasgos caricaturescos, vale decir, que la realidad aparece en cierto modo deformada. Pero de cualquier manera, se trata de una caracterización bien **significativa** y sugiere una situación análoga que surge a la hora de la evaluación de los distintos medios de tratamiento y del lugar más o menos importante que deben ocupar cada uno en el repertorio terapéutico, v. gr. el neumotórax intrapleural, cuestión que nos corresponde considerar en la sesión de hoy, obedeciendo a la generosa invitación con que nos ha distinguido, el Sr. Presidente, Dr. Reussi.

El neumotórax intrapleural ha pasado por fases sucesivas de ensayos titubeantes, de uso inapropiado, de entusiasmo excesivo, de aplicación demasiado extendida. A veces, sin obedecer a otro criterio que el de hallar espacio pleural viable para insuflarle aire. Pero finalmente se llegó a establecer, por acuerdo de la generalidad de los especialistas, un cuadro de indicaciones y limitaciones, razonablemente fundamentado en prolongada y abundante **experimentación** clínica. Desde la adquisición de la técnica de neumonolisis creada **por** Hans Jacobeauss —hoy de uso corriente en manos de neumotorizadores expertos— se **pudo** eliminar uno de los obstáculos mecánicos a la acción efectiva del colapso artificial, en presencia de cavernas susceptibles de reparación.

La debridación permite, además, cuando las adherencias que la impiden se eliminan, satisfacer el principio fisiopatológico teórico que sirve de fundamento' al método colapsoterápico, hecho a conciencia, —quiero decir con conocimiento de causa— si se usan el neumotórax intrapleural o la toracoplastía. Me refiero a la relajación de la tensión elástica normal del pulmón, mecanismo colapsante puesto en juego en forma temporaria y reversible con el neumotórax intrapleural y en forma **permanente** definitivamente irreversible, con las resecciones costales inherentes a la toracoplastía. Otro es el mecanismo fisiopatológico —la comprensión— puesto en juego cuando se recurre al Nx extrapleural o a los taponamientos, extrapleurales, llamados "plombajes". Es bueno no desconocer **u** olvidar que la debridación de las adherencias es parte integrante de la colapsoterapia intrapleural porque en la ausencia de este criterio suele estar el origen de algunos malentendimientos y de no pocos fracasos, no imputables precisamente al método neumotoráico sino al uso incierto.

Son obvias las ventajas —en beneficio del uso apropiado del neumotórax— de que quien asuma la responsabilidad de practicarlo adquiera idoneidad completa en la práctica de la neumonolisis, adquisición no muy dificultosa.

Es esa una experiencia muy útil: 1º, para evitar la prosecución de ciertos neumotórax inútiles y, luego, perjudiciales y 2º, para aprender directamente con la experiencia que procura el hacer

uno mismo las cosas, a discernir las limitaciones del método y recurrir oportunamente a otro procedimiento colapsoterápico más adecuado al caso, cuando la neumonolisis no sea efectiva, o no convenga obstinarse en ella en vez de sustituir sin demora un mal Nx con una buena Toracoplastia. En esa forma, y actuando dentro en un delimitado marco de indicaciones, el uso del neumotórax ha contado antes de las objeciones que ahora se formulan, con la adhesión casi unánime de los tisiatras experimentados, que, a justo título, han hallado en este procedimiento colapsoterápico un recurso muy valioso para alcanzar una curación física firme y la pronta rehabilitación social de gran número de tuberculosos.

Sin embargo, desde hace algún tiempo se ha venido formalizando progresivamente una corriente de opinión adversa a la utilización del neumotórax. Originada en algunos centros de tratamiento de EE. UU, e Inglaterra ha encontrado más adeptos en Suramérica que en la Europa continental. A parte de exponerse en artículos y disertaciones monitoras, esas opiniones han adquirido mayor relieve y trascendencia a raíz de una Round Table, según costumbre inglesa, en la Sesión de Medicina Interna de Royal Society of Medicine de Londres realizada a principios de 1949 y después, al año siguiente, en una encuesta hecha en EE. UU. con la participación de 70 especialistas que además de practicar tisiatria ejercen funciones docentes y tienen radio de acción monitora más o menos extensa sobre la profesión médica y también sobre la "opinión pública", de los pacientes y sus allegados. La encuesta fue dirigida por una comisión presidida por Edouard Hayes quien dio a conocer un resumen de su resultado en la revista precitada del Colegio Americano de Neumonología.

El informe Hayes muestra que no hubo unanimidad de opiniones para ninguna de Las preguntas formuladas, pero si notas o tendencias dominantes entre los tisiatras americanos.

Se advierte una marcadísima tendencia al desuso del neumotorax a favor del reposo extremado y de otros procedimientos colapsoterápicos: neumoperitoneo, interrupción del frénico, toracoplastias. Ultimamente ha aumentado el uso del Nx extrapleurales aunque no con el entusiasmo que muestran por esta técnica relevantes tisiatras mejicanos, franceses y algunos argentinos. Gana terreno la toracoplastia primaria, es decir sin recurrir al neumotorax, aunque esté indicado y sea factible, y también la práctica de resecciones, lobulares o totales. El motivo principal que induce al desuso del Nx está en el temor al empiema, temor explicable en algunos centros asistenciales de aquel país, pues el promedio de empiemas para el total de respuestas es del 18% de los neumotorizados, con algunos centros de tratamiento que tiene proporciones, increíblemente altas, del 30% al 40 por ciento. Bien es verdad que algunos publicistas americanos dicen que hay centros de colapsoterapia gaseosa (que les evoca la imagen "una estación de Servicio de automotores") donde todo se reduciría a insuflar aire en la cavidad pleural, y la maniobra mecánica es hecha sucesivamente por cualquier miembro del Servicio, habitualmente el más bisoño,

dada la simplicidad técnica de la insuflación. En la precitada **Round Table** de la Sociedad de Medicina de Londres, Young, refiere que tiene bajo su control dos Servicios de tuberculosis; uno en el Hospital Brompton, otro en el Bartelemew. En el primero se le da un 20% de empiemas, en el segundo un 5%, y confiesa que no es idéntica la pulcritud técnica con que se trabaja en ambos Servicios. Afortunadamente para el prestigio del Nx en la encuesta norteamericana hay respuestas que dicen: ningún caso de empiema en los últimos años. Esto sugiere acierto en la indicación y corrección en la técnica, pues la proporción de empiemas suelen estar en relación inversa con esos dos factores. Todavía hay, según esa encuesta, quienes inician neumotórax en todo caso, en que se halle espacio pleural viable. En el extremo opuesto están los que no usan nunca el neumotórax aunque esté indicado y haya espacio pleural viable, dando preferencia a los otros métodos antes mencionados.

¿Cuáles son las objeciones o críticas que se hacen al uso terapéutico del Nx?

¿En qué se fundan?

1. Sobre la base de estudios estadísticos que han aspirado a satisfacer el imperativo de la ley de gran número de casos, pero cuya consistencia ha sido repetidamente demostrada, se ha negado significación a la eficacia terapéutica del Nx aduciendo que, considerados en conjunto, los beneficios que procura son precarios, esto es, poco estables, de escasa duración.

Según esos mismos estudios —Drolet, Sódestrom, Julia Baker, Gunnar Berg —menciono Los más importantes— el neumotórax cambiaría significativamente el pronóstico de la tuberculosis y sus resultados no serían, superiores a los que logra el reposo o la cura sanatorial. No hay aún estudios válidos, de ese carácter, para justipreciar la influencia que en este aspecto pueda haber tenido el vasto uso de los antibióticos.

Para juzgar del valor de estas aseveraciones, fundadas en estudios estadísticos de grandes números, hay que tener presente dos circunstancias: 1° las dificultades que surgen cuando se quiere apreciar estadísticamente, en tuberculosis pulmonar, los resultados de cualquier método terapéutico así sea limitándose a un solo Sanatorio, o cualquier tipo de institución asistencial.

2° Los obstáculos insalvables que se oponen cuando se quiere satisfacer el imperativo de las grandes cifras.

Está en primer término el hecho de la cronicidad de la tuberculosis pulmonar y su evolución discontinua, lo cual plantea la necesidad de precisar cuál ha de ser el período de tiempo mínimo que ha de durar la observación para compilar los datos. De seguida, la (participación que pueda tener la tendencia espontánea a la curación, inherente en ciertos aspectos a la historia natural de la enfermedad, pues no se ha podido aún establecer, incluso entre los que más significación asignan al reposo por se una cifra promedio de la proporción que ha de tenerse en cuenta. Viene luego el problema de la variedad de formas anatomoclínicas y de tendencias evolutivas potenciales. Además, la cuestión del tamaño, número, localización, estructura anatómica y la dinámica fisiopatológica de

los diversos tipos de cavernas. Añádese el problema de las diferencias aproximadas que pueden establecerse en el aspecto constitucional hereditario de los pacientes, factor real, evidente, para la observación clínica pero, en definitiva, imprecisable. Por último la edad, el sexo, el tipo étnico, el estado socio-económico, únicos factores que los estadígrafos precitados toman en cuenta, como variables a compensar en un promedio. ¿Qué extraño, pues, que las estadísticas de grandes cifras no reflejen en la realidad clínica, más aún, la desfiguren, si en sus cálculos han omitido el análisis y las correlaciones de los factores esenciales?

En la reciente Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, realizada en Copenhague, donde se trató ampliamente la validez terapéutica del neumotórax, Rist y Bernard, hacen la advertencia que a esas grandes estadísticas escapan las variables más importantes, porque "inevitadamente escapan a toda apreciación numérica factores tales como las tendencias evolutivas de la enfermedad y por otro lado, la experiencia, el criterio, la habilidad técnica, el comportamiento psicológico del médico". Recuerdan que para los datos compilados en la famosa estadística de Drolet participan un número de médicos, que es múltiplo de cien, entre Jefes de Servicios y sucesivos asistentes, lo que supone un considerable número de actitudes individuales diversas, a menudo divergentes, muchas veces opuestas, con relación a los casos designados para la colapsoterapia, con, relación a la precocidad de la intervención, con relación al recurso de la neumonolosis y muchos otros factores. Recuerden Uds. el cuadro descripto por Overhalt que mencionamos al principio.

Ya Pinner en, otra ocasión, con motivo de una vastísima encuesta realizaba en EE. UXJ. hacía este comentario. "Admitida, dice, la **necesidad** de **un** número de observaciones mucho mayor del que pueda haber acumulado un solo médico o una sola institución y la de hacer muchas divisiones, se verá el estadígrafo expuesto a compilar material -de observación muy heterogéneo, de gente competente y no competente, de optimistas' y de pesimistas y desconocido/el grado de heterogeneidad estará invalidada **cualquier** tentativa de compensar en un promedio de los datos estadísticos".

Rist y Bernard, sugieren que lo razonable para juzgar de la validez de los métodos terapéuticos, v. gr. el neumotórax o la toracoplastia, sería proceder como se acostumbra cuando se quiere evaluar la eficacia de una intervención quirúrgica en el tratamiento de una afección definida, por ejemplo, la gastrectomía para la enfermedad ulcerosa gastroduodenal. Se reúnen estadísticas personales de varios cirujanos que tengan bastante práctica en esa operación. Pero no para adicionarlas y calcular un promedio, sino **para** comparar unas con otras. Cada una, encarada aisladamente, tiene probabilidad de representar un material homogéneo, porque un mismo cirujano es quien plantea las indicaciones, elige los casos, y con el criterio y la habilidad técnica que posea utiliza lo que le parece mejor. Pero si se reúnen todas estas estadísticas personales para sacar un promedio, el cálculo resultará necesariamente **falseado**. Y en tuberculosis solo valdrán las estadísticas de insti-

tuciones asistenciales donde la exploración diagnóstica, que ha de ser completa, la ejecución terapéutica y el contralor radiológico y bacteriológico de los resultados, sean de calidad equiparable, porque solo, así habrá probabilidad de representar un valor homogéneo. Recordemos que el extenso estudio (en algunos aspectos muy valiosos) de Gunnar Berg es el único de los estadígrafos que he mencionado que ha tomado en cuenta la condición bacilífera cuando juzga de resultados, pero la indagación bacteriológica se limita a exámenes hechos en frotis directos.

Para valorar la real eficiencia del neumotórax terapéutico debe exigirse que sólo han, de entrar en -consideración los casos en que el Nx haya sido administrado de manera completamente adecuada, haciendo uso juicioso de la neumonolisis y conduciendo la totalidad del tratamiento de acuerdo con las mejores normas modernas. Teniendo en cuenta que las series individuales de pacientes tratados varía grandemente en lo que se refiere al tipo, de enfermedad, a las condiciones socio-económicas y a la liberalidad o estrictez en las indicaciones, las estadísticas favorables varían entre un 50 y 60 por ciento, y hasta un 90% en algunos Servicios.

2. Un segundo motivo para aconsejar el desuso del neumotórax estaría en la elevada proporción de empiemas acaecida como complicación del tratamiento: "Malattia ella della cura" según la expresión feliz de un autor italiano, pues es bien sabido que el empiema es un fenómeno excepcional en la historia natural de la tuberculosis pulmonar. Ya hemos aludido antes a los informes muy ilustrativos al respecto, de Young en sus dos hospitales y de Hayes en la encuesta americana.

Nosotros podemos informar —con documentación fehaciente y verificable a disposición de cualquier escéptico— que entre 1940 y 1950 no hemos tenido ningún empiema entre los enfermos que iniciaron y prosiguieron el neumotórax en el Servicio. Este año se ha producido un caso de empiema, consecutivo a una temeraria desinserción de extensas adherencias.

Me parece pertinente reproducir aquí tres de las preguntas de la encuesta de Hayes, pues en ellas puede estar la clave de no pocos casos de empiema. 1* ¿Utiliza Ud. el Nx como medio auxiliar del régimen de reposo? 2^ ¿Después de instaurado el Nx guardan sus enfermos reposo por un período prolongado de seis meses? El Servicio que responda afirmativamente a, estas dos preguntas creo que ha de tener menos empiemas que otro que deba responder negativamente. Otra de las preguntas es esta: ¿Usa Ud. en neumotórax ambulatorio, sin mantener reposo más de unas pocas semanas? Hay entre las respuestas dadas en la encuesta a esta pregunta una que yo también suscribiría. Contesta con una pregunta: "¿pero es que se puede llamar a eso tratamiento?" Hay un hecho comprobado por nosotros: los únicos, empiemas que hemos tenido que tratar en el Servicio han provenido de prácticas ambulatorias. No se entienda que las proscribimos en absoluto, pues también nosotros las usamos, pero cuando el grado de mejoría lograda y la efectividad del colapso artificial lo autorizan.

3, Otra desventaja sería del neumotórax está en el riesgo

de desembocar en muñones pulmonares rígidos —pulmones inexpansibles—, con persistencia de espacio pleural viable, propenso al neumotorax crónico a la hemorragia a vacuo y al empiema. Es esta una complicación, seria que se nos daba en proporción del 3% cor respondientes a la época en la que en fisiología era desconocida la tuberculosis bronquial, entidad nosología individualizada —para la clínica— en época reciente. Desconocimiento que motivaban errores colapsoterápicos hoy evitables y a veces subsanales. Yo mostraré al final —a título de ejemplo ilustrativo.— la documentación radiológica y anatomopatológica de uno de esos fracasos ocurridos en la década anterior a 1940 y la enseñanza recogida en esa oportunidad cuando recién empezábamos a tener en cuenta los problemas que suscita la presencia de algunas formas de la traqueo bronquitis, frente al uso de Nx.

4. Hay por último que considerar una de las críticas más traídas a la discusión sobre el uso y la validez del neumotorax. De todos los procedimientos colapsoterápicos el que más expondría a la pérdida de valores funcionales —para los casos que hayan alcanzado la curación física incuestionable—, sería precisamente el neumotorax, preferría dejar esta cuestión librada al juicio de los que tienen práctica y por ende conocimiento directo en determinaciones de dichos valores funcionales, y están aquí.

Diré, sin embargo, que participo plenamente del anhelo que con acentuada preocupación formulara nace ya mucho tiempo, el maestro alemán Hans Alexander, de preservar en la mayor medida posible la capacidad funcional del pulmón sometido a procedimientos de "cura mecánica" y no desconozco todo lo que significan y el interés que tienen las determinaciones funcionales estrictas, **pero** tengo la **impresión** de que exagera mucho cuando se incrimina al neumotorax me ser, comparativamente, el procedimiento que acañea a la larga mayor deterioro funcional.

Es incuestionable que, incluso cuando no se ha complicado de derrame y en los casos de pseudo re-expansión, el neumotorax artificial disminuye la capacidad funcional del pulmón sometido a colapso-terapia pero todavía no hemos tenido, oportunidad de observar —incluyendo un número apreciable de colapsoterapia gaseosa bilateral— ningún caso en que el menoscabo funcional haya incidido en grado perceptible como para obstaculizar el desenvolvimiento de una actividad normal y la validez económico-social de los que sanaron. Me refiero en/ especial a la serie de ex-pacientes que han seguido bajo contralor periódico en el Servicio Suman 243 en el transcurso entre 1929 y 1947, es decir, con tres o más años (algunas hasta de 20 años) después de alta. Son todas mujeres y un buen número —no tengo aquí la cifra exacta—■ han tenido uno o varios hijos, desde su reintegro a la comunidad, en categoría de personas prácticamente sanas.

El problema del valor terapéutico del neumotorax y de la participación que le corresponde en el conjunto de medios terapéuticos tiene varios otros aspectos a considerar. Nuestra exposición de esta noche no es sino una introducción al tema. Nos quedará por lo pronto para otra ocasión lo referente al auxilio que

deparan los antibióticos, que en vez de restringirlas han ampliado las posibilidades de la colapsoterapia y permiten en muchos casos una mayor holgura, una mayor flexibilidad, para el manejo completo del tuberculoso que requiere colapsoterapia y pueda ser resuelta con el Neumotorax: artificial adecuado. Terminaré hoy presentando la documentación y comentario de casos que ilustrarán, a título de ejemplos, algunos de los aspectos considerados.

(Tomado de "El Día Médico")

REVISANDO EL CANJE

Sección a «aligo del I>r. JOAQUÍN REYES SOTO

Absorción del ACTH por vías respiratorias

Drs. Juan Gran, Camilo Larrain e Ignacio Duque

Los autores basándose en que la vía pulmonar puede utilizarse para introducir al organismo diversos medicamentos, han probado que el ACTH puede también introducirse por esta vía.

Un hecho demostrado de la absorción de esta hormona, es la disminución rápida del número de eosinófilos circulantes bajo la influencia de los esteroides corticales! que son secretados como respuesta al estímulo de la ACTH.

Para la prueba se eligieron nueve pacientes, seis sanos y tres con asma bronquial; se les administró una dosis única de 32.5 miligramos de ACTH disueltos en dos centímetros cúbicos de agua destilada en aerosol, practicando hemogramas antes de la nebulización y cada sesenta minutos durante tres a cuatro horas, obteniendo los siguientes resultados: dentro de las dos primeras horas de iniciada la prueba, se produjo una caída considerable del número de eosinófilos circulantes; en algunos pacientes el descenso máximo se efectuó a la cuarta hora, en otro a la quinta. En uno de los pacientes la prueba se hizo con agua destilada únicamente, no presentándose ningún descenso de eosinófilos y cuando a los ocho días se repitió la nebulización, esta vez con ACTH, los eosinófilos bajaron ostensiblemente.

(Tomado de la Revista Médica de Chile, N^o 9, año LXXIX. Septiembre de 1951)

ORGANIZACIÓN DEL BANCO DEL CARTÍLAGO

Dr. Mario González Ulloa

Todo hospital de cierta categoría necesita, entre otras cosas contar con un Banco de Cartílago; su organización es muy sencilla y Los beneficios que se obtienen son muy grandes.

El autor describe la forma en que funciona el Banco de Cartílago,

Para la obtención del material es necesario tener una fuente regular, por lo que debe existir un Departamento de Necropsias que cuente con un historial clínico de cada caso, evitando así el uso de cartílago en condiciones patológicas: sífilis, osificación medular, etc.

La preparación comprende las siguientes etapas:

1°— Extirpación del plastrón costal cartilaginoso en las primeras

20 horas después de la muerte.

2°— Fraccionamiento y colocación del material en un frasco de un litro con suero fisiológico estéril.

3°— En medio aséptico, desprendimiento del pericondrio y dar a los cartílagos una forma regular y clasificarlos según su tamaño en: a) anchos, b) largos, c) gruesos. Los cartílagos así clasificados se colocan en un frasco estéril en una solución de verde brillante al 1 % en suero fisiológico en el refrigerador y su duración es bastante grande.

(Tomado de la Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. — Número 9. Septiembre de 1951.)

TÉCNICA DE NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL SIN COSTECTOMIA

Dr. José Ramírez Gama

En un reporte preliminar el autor da a conocer una nueva técnica del Neumotorax Extrapleural en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, en la cual no hay extirpación de la costilla, sino sección de su extremo vertebral y luxación de la misma sobre la inferior.

Las ventajas de este procedimiento sobre el habitual son, según el autor:

1°— Se evita suturas pericostales y afrontamiento.

2°— La sutura del periostio no se efectúa a tensión.

3°— Hay cierre hermético de la brecha.

4°— La reposición anatómica es mejor.

Se hace notar que la brecha es suficiente para introducción de la mano del operador al efectuar el despegamiento extrapleural y la luz es tan amplia como en, la técnica habitual.

(Tomado de la Revista Mexicana de Tuberculosis y Aparato Respiratorio. — Tomo XI N° 57. — Julio-Agosto de 1951)

Tuberculosis Genital Femenina y Antibióticos

Dr. Américo Stábide

La terapéutica ha evolucionado grandemente desde la aparición de los antibióticos. El autor presenta una serie de casos, 21 en total, de tuberculosis genital femenina tratados con antibióticos. Es

característica en esta localización bacilar la presencia de infecciones secundarias asociadas, producidas por estreptococos, estafilococos, colibacilos, etc.

Los casos tratados los agrupa el autor en la siguiente forma: 1º casos leves, 5; 2º casos graves, con lesiones pulmonares importantes en los que los antibióticos, determinaron gran mejoría de las lesiones genitales y del estado general, 2; 3º casos en que la lesión predominante es la genital, sin lesión pulmonar evolutiva, 3; 4º casos con lesión urológica asociada, 1; 5º casos con lesiones peritoneales, 4; 6º casos con extensas lesiones genitales e infiltraciones pulmonares de grado variable, 6.

La terapéutica seguida fue Estreptomina inyectable un gramo diario durante cuarenta a ochenta días en los casos siguientes: Tuberculosis ulcerosa de la vagina, curada, después de cuarenta gramos de estreptomina. Endometritis caseosa con salpingitis parenquimatosa de un lado y anexitis con absceso tubo-ovárico del otro lado. En esta paciente se intervino quirúrgicamente, administrando estreptomina antes y después de la operación, habiendo fallecido un mes después por oclusión intestinal. Anexitis bacilar, los casos más frecuentes, correspondiendo muy bien a la estreptomina, aún en los casos en que había abscesos, los que fueron tratados quirúrgicamente. Peritonitis miliar y peritonitis plástica, forma caseosa y fibroadhesiva. En otros casos, la estreptominaoterapia fue asociada al P. A. S. TB1 y en todos ellos las infecciones secundarias fueron combatidas con penicilina, sulfas y aureomicina. El autor se muestra optimista con los resultados obtenidos, y opina que en este campo de la medicina, la terapia con antibióticos abre una nueva etapa en la lucha contra esta localización de la infección tuberculosa que será perfeccionada en un futuro cercano.

(Tomado de la Revista de Tuberculosis del Uruguay.— Tomo XVIII N° 4.— 1950.