

blicación escrito por nosotros dos, está cerca de los 500 el número de ganglios que hemos estudiado y tenemos en nuestro archivo. En otros países se ha organizado un archivo de ganglios al cual se envían por los diferentes clínicos preparaciones de sus casos particulares. Séanos permitido aprovechar este momento para solicitar de nuestros colegas una ayuda en este sentido, enviándonos al Instituto de Investigaciones Médicas preparaciones de sus casos que nos puedan permitir, al ampliar nuestra experiencia, contribuir al avance en el conocimiento de estas obscuras e interesantes enfermedades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BÄHRSTED, B. — Acta dermatovenereológica, 24, supl. XI, 1942.
2. BAGGENSTOSS, A. H. y HECK. — Amer. J. Med. Sci., 200, 17, 1940.
3. BORST, M. — Pathologische Histologie. Edit. F. G. Vogel, 1926.
4. BOYD, W. — The Pathology Internal Diseases. Edit. Lea & Febiger. Filadelfia, 1940.
5. BRILL, N. E.; BAEHR, G. y ROSENTHAL, N. — Journ. Am. Med. Ass., 9, 666, 1925.
6. DECKER, H. R. y LITTLE, H. G. — Journ. Am. Med. Ass., 105, 932, 1935.
7. DUYSER, D. W. — Nederland Tydsk. Geneesk., 1.151, 1941 (referencia Kongzblatt, 108, 706, 1941).
8. EWING, J. — Neoplastic diseases. Edit. Saunders. Filadelfia. Londres, 3.ª edición, 1926. (Existe otra publicación posterior del autor sobre el tema.)
9. FERRATA y INTROZZI. — Haematologica (Pavia), 14, 159, 1933. (Ref. Kongzblatt, 71, 340, 1933.)
10. FIESCHI, A. — Haematologica (Pavia), 19, 145, 1938. (Referencia Kongzblatt, 95, 687, 1938.)
11. FIESCHI, A. — Klin. Wochr., 18, 47, 1939.
12. FOIX, C. y ROEMMELE, A. — (Cit. 2.)
13. GLIMSTEDT, G. — (Cit. 1.)
14. GALL, E. A.; MORRISON, H. R. y SCOTT, A. T. — Ann. Int. Med., 14, 273, 1941.
15. HELLMANN. — (Cit. 1.)
16. JOSELING DE JONG, R. — Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 69, 185, 1921.
17. MUIR, R. — Text. Book of Pathology. Ed. E. Arnold & Co. Londres, 1941.
18. NABGEL, O. — Tratado de Hematología clínica. Ed. esp., 1934.
19. ROBBS-SMITH, A. H. T. — Brit. Journ. of Dermat. & Syph., 56, 7 y 8, 1944.
20. SALM, R. — Edimb. Med. J., 47, 486, 1940 (ref. Arch. Int. Med., 67, 1.271, 1941).
21. SYMMERS, D. — Arch. Pathol., 3, 816, 1927. (Cit. 2.)
22. SYMMERS, D. — Arch. Pathol., 26, 603, 1938 (ref. Kongzblatt, 95, 159, 1939).
23. WINTROBE, M. — Clin. Haematology. Edit. Lea & Febiger. Filadelfia, 1942.

## ZUSAMMENFASSUNG

Man gibt eine Mitteilung über den ersten in Spanien beobachteten Fall von follikulärem Lymphoblastom auch Brill-Baehr-Rosenthal, sche Krankheit genannt. Man bespricht eingehend die Differentialdiagnose dieser Erkrankung mit anderen Drüsenprozessen und behauptet, dass diese nur auf Grund einer Biopsie der erkrankten Drüse gemacht werden kann. Der pathologisch-anatomische Befund, das klinische Bild und seine etwaige Ätiologie sowie die Pathogenese werden eingehend behandelt. Man macht darauf aufmerksam, wie wichtig in Anbetracht der Krankheitsentwicklung eine richtige Diagnose ist. Der Verlauf dieser Krankheit ist nämlich viel gutartiger als der anderer Drüsenerkrankungen. Man erwähnt die guten Resultate der Roentgentherapie bei diesen Fällen.

## RÉSUMÉ

On expose un cas, le premier en Espagne, de lymphoblastome folliculaire ou maladie de Brill-Baehr-Rosenthal. On insiste sur le diagnostic diffé-

rentiel de cette maladie avec d'autres processus ganglionnaires, qui ne peut être réalisé que par biopsie ganglionnaire; on étudie soigneusement l'aspect anatomopathologique de cette maladie, son cadre clinique, son étiologie et sa pathogénie possible. Pour terminer, on fait remarquer l'importance d'arriver à un diagnostic, dû à l'évolution de cette maladie, beaucoup plus bénigne que d'autres lésions des ganglions, et au bon résultat que l'on obtient au moyen de la radiothérapie dans ces processus.

## EL SÍNDROME ENDOCRINO DEL CÁNCER DE PULMÓN

E. B. DEL CASTILLO, C. GALLI MAININI,  
J. REFORZO MEMBRIVES y F. A. DE LA BALZE  
Buenos Aires (República Argentina)

La observación repetida de la coexistencia de determinados signos y síntomas fundamentales relacionados entre sí, constituye un hecho semiológico y clínico que debe ser destacado. Esta observación cobra valor si el cuadro semiológico está relacionado en forma aparente o indudable con una causa etiológica constante; en estas condiciones el hecho en sí tiene importancia, aunque la interpretación patológica no se halle claramente establecida y la solución deba buscarse, temporariamente, sólo en el enunciado de hipótesis probables. El presente trabajo se refiere al análisis de la casuística de 4 casos de DEL CASTILLO, DE LA BALZE y REFORZO MEMBRIVES (1941 y 1943) de "Ginecomastia y cáncer de pulmón", en los cuales una sintomatología endocrina, la ginecomastia y el hipogonadismo, aparecía en estrecha relación con los signos propios de la localización pulmonar del tumor maligno y la osteoartropatía hipertrofiante néumica. La realidad de la constancia de las alteraciones mencionadas se corrobora con 2 nuevas observaciones personales y 1 de FRIED (1943). Creemos, pues, justificado agrupar la experiencia clínica obtenida de ellas y analizar la sintomatología fundamental de este cuadro que proponemos sea denominado "síndrome endocrino del cáncer de pulmón".

La sintomatología fundamental es:

1. EL CÁNCER DE PULMÓN. — El diagnóstico en todos los casos se hizo sin dificultad por los hallazgos semiológicos característicos de esta enfermedad, corroborados por las imágenes radiográficas, la presencia de células neoplásicas en el esputo, la evolución y, en la mitad de los casos, por el estudio anatomopatológico.

2. LA GINECOMASTIA. — Conviene distinguir entre la lipomastia, que es el acúmulo de grasa en la región mamaria, sin hipertrofia glandular, y la ginecomastia, que es el aumento real de tamaño de la glándula; los pacientes descritos en este artículo presentaban una ginecomastia, bilateral en todos los

casos, asimétrica en algunos de ellos, de iniciación simultánea o no, de tamaño variable, dolorosa a la presión y espontáneamente; en dos casos existía una secreción de carácter variable, entre viscosa y francamente lechosa. En relación con la sintomatología general, en algunos casos la ginecomastia es simultánea y en otros aparece meses después. La evolución es variable; generalmente acompaña al cuadro general o es estacionaria. En algunos casos mejora con la mejoría del cuadro pulmonar al hacerse la roentgenoterapia. La evolución puede ser independiente en las dos mamas.

3. EL HIPOGENITALISMO. — El hipogonitalismo se manifiesta en una disminución de la potencia sexual, y en el sistema piloso que es escaso en la axila, monte de Venus y en la barba, con lentitud de crecimiento. En el monte de Venus además de ser escaso adopta una disposición femenina; es interesante hacer notar que en la observación núm. 1 de FRIED (1943), existía atrofia testicular comprobada histológicamente, pero este autor no hace referencia a la existencia o no de ginecomastia en esos pacientes.

4. OSTEOARTROPATÍA HIPERTROFIANTE NÉUMICA. — Se halla presente constantemente con sus características semiológicas propias.

El cuadro clínico se completa con la sintomatología y evolución propia de los tumores malignos del pulmón.

5. EXÁMENES HORMONALES. — En 2 casos la reacción de Friedmann dió resultado negativo. En un caso, DEL CASTILLO, DE LA BALZE y REFORZO MEMBRIVES (1944) se hizo la determinación de estrógenos y andrógenos urinarios con los siguientes resultados: estrógenos, 40 unidades rata en la orina de 24 horas; la orina fué inyectada a distintas dosis a 8 grupos de ratas por dosis; el método utilizado fué el del extendido vaginal de Allen y Doisy (1923).

Los andrógenos fueron determinados como 17 cetoesteroides; el contenido de la orina de 24 horas de 5 días distintos fué el siguiente: 8,9 mg., 12,5 miligramos, 8,35 mg., 7,3 mg. y 7,6 mg., el término medio fué, pues, de 7,6 miligramos.

6. ENSAYO DE INTERPRETACIÓN. — Los procesos que desarrollan y mantienen la glándula no son completamente conocidos; de aquí que la patogenia de la ginecomastia no se halle dilucidada aún. DEL CASTILLO y colaboradores en 1941 sugieren "la posibilidad que el tumor pulmonar segregue una substancia de acción feminizante o bien que el tumor ejerza una influencia a través de una glándula endocrina". En 1944 los citados autores dicen: "la mama es un carácter sexual secundario morfológico y que, como tal, es el producto de dos factores: 1.º, un factor cromosómico constituido por la capacidad del organismo o del tejido para responder; y 2.º, un factor general, representado por los factores hormonales". En la mayor parte de los casos de ginecomastia y por lo tanto en los que aparecen en el curso de algunos epitelomas broncopulmonares, intervienen, según DE LA BALZE (1943), en primer término, ciertos factores predisponentes y secundariamente los factores desencadenantes. Los factores predisponentes se caracterizan por la per-

sistencia de una disposición autóctona o capacidad de la mama para crecer (PAULA, 1939), de orden congénito y debido a un estado intersexual cromosómico; es decir, una anormalidad cromosómica de la determinación sexual. Sobre este terreno actúan los factores desencadenantes que estimulan el desorden genético preexistente; de estos factores, según DE LA BALZE (1943), el de mayor importancia es la perturbación o ruptura de la relación existente en el organismo entre estrógenos y andrógenos, cuyo resultado es siempre el aumento real o relativo de aquéllos sobre éstos, como parecen indicar las determinaciones efectuadas en el paciente de DEL CASTILLO y colaboradores (1944). Esta hipótesis tiene su base experimental, en animales y en el hombre, en los trabajos de LAQUEUR y colaboradores (1928), LEWIS y GESCHICKTER (1933), DUNN (1935), VOLKMAN (1941), DUNN (1940) y GUTMAN (1940); estos autores obtuvieron hipertrofia mamaria en machos por la administración de estrógenos.

La acción estrogénica puede a su vez ejercerse directamente sobre la mama o en colaboración con la hipófisis, directamente a través de ésta o indirectamente por inhibición de la función endocrina del testículo. FRIED cita la existencia de ginecomastia en un paciente, pero no da mayor importancia al hecho, ya que en su publicación intenta principalmente hacer una interpretación patogénica de los casos de osteoartropatía hipertrofiante néumica de los casos con cáncer de pulmón, en la cual hace responsable de este fenómeno a un proceso orgánico y funcional semejante a la acromegalia; el caso número 4 de su casuística tiene ginecomastia (que no menciona), y el caso núm. 1 es el ya citado más arriba con atrofia testicular. Este autor, por los datos clínicos y anatomopatológicos llega a la conclusión que "muy probablemente (el cuadro) es el resultado de un desequilibrio de la función de los órganos de secreción interna, un despituitarismo".

Puede sugerirse también la posibilidad de la intervención de la glándula suprarrenal por acción directa del tumor o indirecta a través de otro mecanismo, ya que en los casos 3 y 4 de la serie de FRIED (1943) se hallaron "adenomas corticales" de la suprarrenal en el examen anatomopatológico. En síntesis, puede decirse que aunque sea hasta el momento actual difícil llegar a una interpretación exacta del fenómeno, los tumores malignos pulmonares producen, en ciertos casos, un cuadro que proponemos sea denominado "el síndrome endocrino del cáncer de pulmón" y cuyas características fundamentales son la ginecomastia y el hipogonitalismo, las alteraciones hormonales y la presencia constante de osteoartropatía hipertrofiante néumica.

#### RESUMEN

Se analiza la casuística de 6 casos personales y 1 de FRIED (1943) de ginecomastia con un conjunto de perturbaciones endocrinas y con la asociación de cáncer de pulmón; se describen los caracteres semiológicos del cuadro y se plantean distintas hipótesis patogénicas.

## CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN NÚM. 1. — Paciente de 47 años de edad cuya enfermedad actual se inició seis meses antes con dolores en ambos brazos y piernas y astenia física; desde los primeros días notó el aumento del tamaño de los dedos y desde hace tres meses este aumento se hace presente también en el tercio inferior de las extremidades; desde el comienzo de su enfermedad notó disminución franca de las funciones sexuales y que las mamas habían aumentado de tamaño, eran y son dolorosas espontáneamente y a la presión.

Los antecedentes personales indican la existencia de un etilismo moderado y un consumo de tres atados de cigarrillos diarios; los antecedentes familiares no tienen importancia.

El estado actual muestra: piel gruesa y pigmentada, uñas en vidrio de reloj, hiperqueratosis y xantosis de las palmas de las manos y plantas de los pies; en la axila derecha y en la ingle se palpan ganglios aumentados de volumen. El pelo es escaso en la cara y en el monte de Venus. El antebrazo, las manos, piernas y pies muestran el aspecto típico de la osteoartropatía hipertrofiante néumica. En el tórax se observa el aumento de tamaño de las mamas con pezones y areolas grandes y pigmentadas; tubérculos de Montgomery aumentados de tamaño y pigmentados: se palpa la glándula mamaria aumentada de tamaño. El hemitórax derecho se encuentra comprimido; la distensión y elasticidad torácica es menor; las vibraciones vocales en el tercio medio del pulmón derecho por delante, atrás y al costado, se hallan aumentados. Existe una zona de matidez paramediana de 5 cm. de la sexta a la novena vértebra dorsal.

Se efectúan en este paciente cuatro aplicaciones de radioterapia profunda a intervalos espaciados; durante éstos, la sintomatología local y general mejora y la ginecomastia disminuye. Después de la cuarta aplicación no hubo mejoría y la evolución siguió su curso fatal.

Inclusión de esputos, negativa; investigación de bacilos de Koch, negativa. Fórmula leucocitaria, Wassermann-Kahn, eritrosedimentación, orina, curva de glucemia, metabolismo basal, dosaje de urea, sin particularidades. Reacción de Friedman, negativa; examen anatomopatológico de un trozo pulmonar; cáncer de bronquio. (Doctor R. GAMBA.)

OBSERVACIÓN NÚM. 2. — Paciente de 44 años; la enfermedad actual comienza hace tres meses con dolores y cansancio en los miembros inferiores, seguidos posteriormente de dolor en el lado izquierdo y posterior del tórax. Pocos días después notó aumento del tamaño de los dedos de la mano, seguido del aumento de las manos, muñecas y pies; coincide con aumento de tamaño de las mamas, que se hacen dolorosas a la presión y espontáneamente. Desde el comienzo de la enfermedad ha perdido 15 kilogramos de peso y la potencia sexual ha disminuido notablemente.

Los antecedentes personales indican que desde hace varios años es toseador con catarro, principalmente por las mañanas; fumador de un paquete diario.

Estado actual. — Barba escasa, monte de Venus con disposición femenina. Los miembros superiores e inferiores tienen el aspecto de la osteoartropatía hipertrofiante néumica. Las articulaciones dolorosas a la presión. En el tórax se observa ginecomastia bilateral, pezones grandes y pigmentados, lo mismo que los tubérculos de Montgomery, la expresión da salida a un líquido lechoso. En la base izquierda la excursión, la elasticidad torácica y las vibraciones vocales están disminuidas así como la sonoridad y el murmullo vesicular.

Exámenes complementarios: Reacción de Friedman, negativa; bacilos de Koch, negativos; en el esputo se observan células neoplásicas; la radiografía corrobora el examen físico.

Evolución. — Después de cinco aplicaciones de radioterapia el paciente mejoró en forma ostensible de todos sus síntomas y se produjo una reducción del tamaño de las mamas y el dolor a la presión fué menor; luego el paciente desaparece.

OBSERVACIÓN NÚM. 3. — El paciente nota desde hace dos años el progresivo aumento del tamaño de las manos y de las muñecas y desde hace siete meses en los pies y tobillos, agregándose además dolor en las articulaciones de los miembros superiores e inferiores; desde hace dos meses la tetilla derecha se agranda y se hace dolorosa espontáneamente y al tacto y deja salir un líquido lechoso al ser comprimida; este episodio se repite luego en la tetilla izquierda; ha tenido dolores poco intensos pero constantes en el hombro izquierdo; ha dismi-

nuido 5 kilogramos de peso en el último mes y desde hace siete meses tiene impotencia sexual.

Entre los antecedentes sexuales se destaca el ser fumador de diez cigarrillos por día y bebedor de un litro de vino diario. Los antecedentes familiares carecen de importancia.

Al examen físico se revela el sistema osteoarticular con el aspecto de la osteoartropatía hipertrofiante néumica, el sistema piloso escaso y el monte de Venus con disposición femenina; existe ginecomastia bilateral, la mama izquierda con pezón y areola grandes y pigmentados; los tubérculos de Montgomery muy marcados; la glándula mamaria se palpa sobre todo la del lado izquierdo. El campo de Kroenig izquierdo estrechado, la sonoridad a ese nivel, disminuida; la percusión del lado izquierdo por delante desde la clavícula hasta el segundo espacio intercostal izquierdo y desde el borde cardíaco a la línea axilar anterior muestra que la sonoridad se halla disminuida en relación al lado derecho. Los exámenes complementarios muestran células neoplásicas en la inclusión de esputos. La biopsia de la mama demuestra mastitis crónica; los demás análisis de laboratorio sin particularidades: las radiografías corroboran el diagnóstico clínico de tumor maligno de pulmón; en la autopsia se demuestra la existencia de un epiteloma glanduliforme del pulmón, de tipo mucoso, con metástasis regional e invasión secundaria del bronquio.

OBSERVACIÓN NÚM. 4. — El paciente de 63 años de edad se queja desde hace tres años atrás de dolores en la rodilla y posteriormente en la muñeca, tobillos y hombros y desde hace un año aumento de tamaño de las manos y pies y abultamiento de la extremidad de los dedos; desde hace dos años hay aumento de tamaño de las mamas que son dolorosas a la presión y espontáneamente. Las relaciones sexuales se mantenían normales hasta el comienzo de la enfermedad, declinando rápidamente. Entre los antecedentes personales, merece destacarse que durante la pubertad hubo agrandamiento mamario que desapareció a los 5 años de haberse iniciado. A los 25 años una llaga en el prepucio que se acompaña de una adenopatía inguinal no supurada. El resto de los antecedentes sin particularidades.

En el examen físico se observan las características de la osteoartropatía hipertrofiante néumica en las extremidades, escaso sistema piloso con distribución femenina del monte de Venus; existe ginecomastia y las zonas mamarias son del tamaño de una mandarina pequeña, los pezones son grandes, salientes y rosados, la palpación es dolorosa y la expresión no produce salida de líquido alguno.

El examen físico y radiológico permiten hacer el diagnóstico de epiteloma broncopulmonar.

Los exámenes complementarios muestran la existencia de una eritrosedimentación rápida y la presencia de urobilina en abundante cantidad en la orina; la inclusión de esputos demostró la existencia de células neoplásicas. Se hicieron determinaciones hormonales cuyos resultados se refieren más adelante.

OBSERVACIÓN NÚM. 5. — Este caso publicado por FRIED (1943), sólo hace mención a la existencia de ginecomastia en un paciente de 41 años de edad, cuya enfermedad actual comienza 2 años antes con dolores y aumento de tamaño de los tobillos, rodillas, extremidades superiores y hombro. Del estudio clínico y semiológico se deduce el diagnóstico de cáncer de pulmón, confirmado por el examen radiológico, broncoscópico y anatomopatológico.

OBSERVACIÓN NÚM. 6. — Paciente de 64 años; Se inicia su enfermedad seis meses antes con sintomatología pulmonar, de dolor en el hemitórax derecho; durante este período hay una pérdida de peso de 4 kilogramos. El examen físico revela la existencia de una ginecomastia.

El examen radiográfico muestra una sombra en el pulmón derecho con las características de una neoplasia; el examen broncoscópico revela una masa que obstruye el bronquio. Al análisis del líquido de lavaje bronquial se encuentran células neoplásicas.

OBSERVACIÓN NÚM. 7. — Paciente de 53 años; su enfermedad comienza 4 meses atrás con dolor en la región posterior de hemitórax izquierdo; durante este período disminuye 10 kilogramos de peso; el estudio radiográfico muestra una sombra característica de cáncer de pulmón. Existe ginecomastia bilateral, con dolor espontáneo y a la presión; esta sintomatología ha aparecido y seguido el curso de una enfermedad pulmonar.

# BIBLIOGRAFÍA

- DE LA BALZE, F. A. — Trabajo del segundo año. Adscripción 1943. Facultad Med. Bs. As.  
DEL CASTILLO, E. B.; DE LA BALZE, F. A. y REFORZO MEMBRIVES, J. La Semana Médica, B. A., 25, 1941.  
DEL CASTILLO, E. B.; DE LA BALZE, F. A. y REFORZO MEMBRIVES, J. Medicina, 4, 176, 1944.  
DUNN, C. W. — Am. J. Obst. y Gyn., 30, 186, 1935.  
DUNN, C. W. — Journ. Am. Med. Ass., 115, 2,263, 1940.  
FRIED, B. M. — Arch. Int. Med., 72, 565, 1943.  
GUTMAN, A. — Münch. Med. Wschr., 87, 1,287, 1940.  
LAQUEUR, E.; BORCHARDT, E.; DINGEMANSE, E. y DE JONGH, S. E. — Deutsch. Med. Wschr., 54, 465, 1928.  
PAULA, F. — Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 35, 108, 1930.  
VOLKMAN HALLE, J. — Münch. Med. Wschr., 88, 32, 1941.

# ZUSAMMENFASSUNG

Eine Kasuistik von 6 eigenen Fällen und einem von Fried (1943) beobachteten Fall von Gynecomastia mit endokrinen Störungen und gleichzeitigem Lungencarcinom wird von dem Autor analysiert. Er beschreibt die semiologischen Zeichen des Krankheitsbildes und stellt anschliessend daran verschiedene pathogenetische Hypothesen auf.

# RÉSUMÉ

On analyse la casuistique de 6 cas personnels et de Fried, de gynécomastie avec un ensemble de troubles endocrins et avec l'association de cancer du poumon; on décrit les caractères sémiologiques du cadre et on pose diverses hypothèses pathogéniques.

## RESULTADOS DE LA COLAPSOTERAPIA EN MEDIO AMBULATORIO (\*)

N. GONZÁLEZ DE VEGA

Dispensario Antituberculoso Central de Granada.

Director: N. GONZÁLEZ DE VEGA

Cuando fui encargado, hace once años, de la dirección del Dispensario de Granada, participaba de las ideas entonces imperantes respecto a la necesidad absoluta del reposo como base de toda terapéutica antituberculosa y con este criterio di mis primeros pasos. Bien pronto me encontré con que, frente a este punto de vista doctrinal, había una realidad social que yo no podía modificar: la mayoría de los enfermos tenían necesidad de trabajar para lograr su propio sustento y el de sus familias. Ante este hecho, no había más que un camino a seguir que era el de claudicar, renunciando previamente al reposo de muchos enfermos, y tratar de ayudarles a su curación con los medios terapéuticos a nuestro alcance. Recuerdo el espanto que me produjo el saber que un enfermo al que había iniciado un neumotórax el día anterior y al que había recomendado permaneciera en cama hasta que volviera

a las 24 horas para reinsuflarse, se había pasado la jornada íntegra pintando un automóvil al duco. La observación repetida de hechos similares, me fué curando poco a poco de espanto y más cuando pude comprobar que estas transgresiones tan brutales del régimen prescrito no se seguían de las catástrofes que me hubiera imaginado. En vista de que había una realidad inmodificable, que era la de que la mayor parte de los enfermos no podían abandonar sus ocupaciones de un modo prolongado, y al ver que además esto no era tan pernicioso como había pensado en principio, tuve que adaptarme paulatinamente a ese estado de cosas y ya no sólo se han hecho en el Dispensario muchos cientos de iniciaciones de neumotórax sabiendo que el enfermo no podrá reposar después, sino que también se han practicado varias docenas de frenicectomías, habiéndose marchado el operado a su casa y por su pie a los pocos minutos y más de un centenar de secciones de adherencias, que han sido seguidas de una breve permanencia de cuatro a cinco días en cama, en el propio establecimiento. Que el haber hecho esto no ha sido una insensatez, lo demuestra el hecho de que no hemos tenido que lamentar ni un solo accidente y en cambio han sido muchos los enfermos que han obtenido la curación de sus lesiones.

En esta comunicación he de ocuparme exclusivamente de los resultados obtenidos con el neumotórax, bien haya sido utilizado como terapéutica única o bien se le hayan unido otras intervenciones como la frenicectomía, el neumoperitoneo o la sección de adherencias.

Todo el que haya trabajado en un Dispensario, tiene una experiencia semejante a la nuestra, puesto que los medios de que habrá dispuesto serán aproximadamente los mismos y el medio social de sus enfermos no habrá sido tampoco diferente, pero son muchos los que no tienen su conciencia tranquila, al tener que actuar en estas condiciones y creen que sólo debe admitirse como recurso inevitable, en tanto sea ampliado el número de camas hasta el límite preciso. Creo que nuestra experiencia y la de otros muchos que han publicado sus resultados y expuesto sus puntos de vista, podrán influir para llevar a sus ánimos una cierta tranquilidad espiritual.

MYERS opina que en los casos precoces o de extensión moderada de las lesiones, actúa con la misma rapidez y frecuencia en el sentido de la curación, el neumotórax ambulatorio, que con reposo en cama prolongado. Ante estos resultados, dice lo siguiente: "el tratamiento de reposo es muy costoso y transforma a muchos enfermos en hipocondríacos, incapaces de trabajar, y estas dos cosas pueden evitarse con el tratamiento ambulatorio".

CROCKET cree que en el neumotórax unilateral, si no hay lesiones contralaterales y el enfermo tiene un buen estado general, se debe seguir régimen ambulatorio.

BEEKMANN piensa también que se puede hacer neumotórax en medio ambulatorio, con tal de que las condiciones sociales del enfermo y el tipo de sus lesiones reúnan ciertas condiciones. En cuanto al trabajo, dice que no se debe comenzar antes de los tres meses del comienzo del neumotórax y que para ello se debe tener en cuenta el equilibrio inmuno-

(\*) Comunicación presentada en las Jornadas Médicas de Sevilla de 1945.