

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. & 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.

biológico del enfermo, así como el resultado del análisis de esputos, etc.

SCHÖNBECK participa de la misma opinión y afirma que los tuberculosos con lesiones inactivas y principalmente los neumotórax eficaces, pueden trabajar, siempre que se tengan ciertas precauciones respecto a la intensidad del trabajo y a las horas de descanso. Con ello se logra un estado de bienestar en el enfermo, al no sentirse inferior a los demás.

BAER sostiene el criterio de que los enfermos con neumotórax deben trabajar, pues cree en la acción curativa del trabajo. Dice que es cierto que el espíritu forma al cuerpo y en un grado particular en la tuberculosis. El camino de la curación de la tuberculosis "pasa sobre el trabajo únicamente". El 60 por 100 de sus neumotórax ambulatorios trabajan, y entre ellos algunos con neumotórax bilateral. No sólo no se opone a que trabajen, sino que siempre que es posible les invita a reanudar el trabajo, observando que con ello se eleva su espíritu, lo cual tiene, sin duda, una beneficiosa influencia sobre la enfermedad.

Un modo de pensar parecido al de BAER, es el de HÄFFNER, que estima que si el enfermo con neumotórax reúne ciertas condiciones, no sólo no debe impedirse que trabaje, sino que se debe ordenar que lo haga, en el propio interés del enfermo (desde el punto de vista moral y material) y en el de la sociedad, que recupera elementos de trabajo.

Y para no ser demasiado prolijo en la exposición de las opiniones favorables al trabajo del tuberculoso con neumotórax, citaré ya solamente la de SCHOENEMANN y la de PAZ ESPESO. El primero es del parecer de que la base de todo tratamiento debe ser conseguir que el enfermo pueda volver a su vida habitual y que por ello no se debe abusar del reposo. Hace estas dos afirmaciones: 1.ª, el trabajo debe formar parte del plan de tratamiento del tuberculoso; y 2.ª, el trabajo habitual es el que afecta menos al enfermo y por ello, si es posible, debe volver al mismo trabajo que tenía antes. Entre sus enfermos de neumotórax los ha habido de todos los oficios y nunca ha visto un efecto pernicioso del trabajo.

PAZ ESPESO defiende la creencia de que el tuberculoso debe trabajar, siempre que reúna ciertas condiciones. Tiene 150 enfermos con neumotórax, que trabajan, y en ellos observa una marcha favorable de la enfermedad.

Como puede verse, no estamos solos los que opinamos que el tuberculoso, en muchos casos, puede y debe trabajar, aunque seguramente es mayor el número de los que militan en las filas opuestas. El tiempo y la experiencia dirán quiénes están en lo cierto.

El tratamiento de la tuberculosis a lo Brehmer, era justo cuando no había apenas otra terapéutica que la del reposo y aún en estos momentos debe ser el fundamental, siempre que haya lesiones activas y en evolución, con repercusiones orgánicas generales. Pero es insostenible, cuando el enfermo está sometido a un tratamiento, gracias al cual hemos obtenido la inactivación del proceso, con el aquietamiento de las lesiones y la cesación de todos los signos que puedan indicar un estado de desequilibrio

biológico, por la acción tóxica del bacilo de Koch. Si sabemos que este tratamiento puede continuarse manteniendo después de abandonar el reposo general, gracias a una acción electiva mecánica sobre la zona enferma, que desencadena reflejos de tipo neurohumoral de mayor complejidad, difíciles de estimar en su esencia íntima, pero indudables, como ocurre con un neumotórax eficaz, la prolongación del reposo no sólo puede ser innecesaria, sino perniciosa. Ya hemos insistido en repetidas ocasiones, en la influencia que tiene el estado psíquico del enfermo sobre la evolución de su tuberculosis. No es ésta una idea de adquisición reciente, sino que ya TURBAN y más tarde FROELICH, BANISTER, MELZER, BARGLOWSKY, SIMPSON, etc., han dicho que el estado espiritual del individuo tiene influencia en la aparición y el curso de la tuberculosis. PEARSON ha llegado a afirmar que es más a menudo consecuencia la tuberculosis de alteraciones psíquicas, que éstas consecuencia de la tuberculosis. KLOOS y NÄSER piensan que las diferencias en los resultados entre unos sanatorios y otros, puedan ser debidas al "espíritu de la casa" y creen debe hacerse una verdadera psicoterapia de estos enfermos.

Si admitimos que la situación tímica del individuo puede tener influencia en su equilibrio orgánico, tendremos que convenir que no será la posición más favorable para curarse la del enfermo que se encuentra físicamente bien, con deseos y fuerzas para reanudar sus ocupaciones y que tiene que resignarse a la inacción deprimente de un absoluto reposo, mientras contempla en muchas ocasiones la angustiosa crisis económica de su familia. La separación total del enfermo de su ambiente y sus hábitos es un mal menor que debemos evitar en cuanto podamos. Torpe sería afirmar que los tuberculosos no deben hacer reposo, pero igualmente lo es no establecer distinciones entre unos y otros y obligar a todos a estar en reposo durante los años de tratamiento.

Cuando se pone en nuestras manos un enfermo, tenemos que pensar que la aspiración del médico y la del paciente debe ser la de que éste vuelva, en el plazo más breve posible, a reintegrarse a la sociedad, en las condiciones máximas de normalidad, tanto física como mental. Si nos empeñamos en mantenerle durante muchos meses o años en inactividad y además le inculcamos con nuestras prescripciones la idea de que ha de ser siempre un tarado, en situación de inferioridad, bien mezquino habrá sido nuestro éxito, aunque consigamos la curación de su enfermedad orgánica.

No se puede decir con la exactitud de una fórmula matemática qué enfermos son los que deben trabajar y cuáles no, ni tampoco pueden darse reglas generales sobre el momento en que puede reanudarse el trabajo, ni sobre la forma o la intensidad de éste en cada caso. Tiene que ser el propio médico el que estudie cada caso, tomando como elementos de juicio no sólo los datos que nos proporcione la clínica o el laboratorio, sino también los que obtengamos dialogando con el enfermo sobre su situación familiar y social, sobre su empleo u oficio, sobre sus deseos de trabajar, sobre cómo se siente, etc. Éste es el verdadero sentido de la Me-

dicina, el estudio individual de cada caso, tratando de establecer una corriente afectiva entre médico y enfermo y huyendo de lo que LAÍN ENTRALGO ha llamado tan acertadamente "la cotidianaización del médico". No podemos seguir queriendo mantener unas normas rígidas para todos los enfermos, respecto al reposo o el trabajo, aun cuando se tratara de un grupo con formas clínicas idénticas, y tendremos que adaptarnos a la realidad viviente de cada caso. Quizá piense alguien que esto no es realizable cuando el médico tiene a su cargo una cifra elevada de enfermos, por falta material de tiempo para estudiar a cada uno en su aspecto clínico, social y espiritual. Sin embargo, bastan muchas veces unos segundos en los que cambiemos muy pocas palabras con el paciente, o el oír alguna sugerencia de su médico de cabecera, de la enfermera visitadora o de algún familiar, o la simple observación, en ocasiones, de un gesto o una actitud, para saber orientarnos.

Conduciéndonos así, podremos evitar en muchas ocasiones el cometer errores como el de decir a un individuo que sólo puede curarse abandonando sus actividades, reposando constantemente y alimentándose bien, cuando después ha de seguir trabajando para sostener a su familia y haciendo un alimentación deficiente por falta de dinero. Si ante un caso de éstos, tan frecuente en el ambiente dispensarial, sabemos adaptarnos en nuestras prescripciones a las posibilidades del individuo y le convencemos de que el seguir trabajando no es pernicioso para su enfermedad, aun cuando debe hacer reposo en los ratos libres y tener cierta moderación en sus costumbres, habremos logrado dar una tranquilidad animosa al enfermo que influirá beneficiosamente en el curso de sus lesiones pulmonares.

En líneas generales, aconsejamos a los enfermos que hagan reposo las primeras semanas que siguen a la iniciación del neumotórax, y después, a medida que se va consiguiendo la inactivación del proceso, el equilibrio orgánico y el cierre de las lesiones (cuando se logra), autorizamos y aconsejamos la reanudación paulatina del trabajo, comprobando en los reconocimientos que se hacen cada tres meses cuáles van siendo los resultados de esta conducta. Si el sujeto continúa objetiva y subjetivamente bien, vuelve por completo a sus ocupaciones habituales en un plazo que no podemos precisar, por ser muy variable de unos a otros según las circunstancias que concurren en cada caso. Algunos trabajan desde el primer momento; otros, tardan algunos meses en hacerlo; otros, siguen haciendo una vida de reposo moderado durante todo el curso del tratamiento. Algunos cambian de ocupación, buscando otra menos fatigante que la que tenían, mientras que otros continúan con la misma profesión u oficio, que en ocasiones requiere pocos esfuerzos físicos o psíquicos, pero que en muchos casos exige grandes esfuerzos corporales o el someter al organismo a modificaciones ambientales bruscas. Nos sería imposible enumerar los oficios y profesiones tan distintos en que se han ocupado y se vienen ocupando nuestros enfermos de neumotórax y sólo citaremos a modo de ejemplos guardias de Asalto prestando servicio activo, maquinistas de

ferrocarril, aviadores que han continuado volando, carpinteros (uno de ellos con neumotórax bilateral), mecánicos, labradores, panaderos, etc.

Estamos habituados a ver la sonrisa de satisfacción del que se siente útil, en enfermos de neumotórax que trabajan como una persona normal. No nos sentiríamos verdaderamente satisfechos de nuestros esfuerzos en el Dispensario, si no encontráramos como complemento o remate de ellos a muchos enfermos en pleno desempeño de las más diversas funciones, fuera de los muros de la consulta: el cobrador del tranvía, el guardia urbano, el conductor del taxi, el camarero del restaurante, el acomodador del cine... Sólo esto da un sello de realidad a nuestro trabajo como médicos, pues nos demuestra que hemos colaborado en alguna parte, por pequeña que sea, en rehacer seres útiles, que en nada se parecen al enfermo que vemos en el ambiente artificial del Dispensario o el Sanatorio.

Pasemos ahora a revisar nuestros casos.

Nuestras indicaciones de neumotórax han sido lo más amplias posible: todo individuo en el que se entreveía la posibilidad, por remota que fuera, de beneficiarse del tratamiento por neumotórax, ha sido considerado como una indicación de este tratamiento. Claro está que si había razones para suponer que otro tipo de tratamiento produciría mejores efectos, recurriamos a él; pero si no quedaba más recurso terapéutico que el neumotórax, fuera uni o bilateral, se intentaba de todos modos. No nos ha preocupado nunca, ni nos preocupa, la brillantez de los resultados, sino el beneficio del enfermo. Si entre cien individuos condenados a muerte logramos salvar a uno sólo, nos sentimos plenamente satisfechos, aunque tengamos que decir después que nuestros éxitos en ese tipo de enfermos se reducen al 1 por 100.

La revisión de nuestros casos ha sido hecha en enero de 1945, pero sólo se han incluido en las cifras estadísticas que van a continuación los neumotórax iniciados hasta seis meses antes. Desde mayo de 1934 hasta julio de 1944, se intentó iniciar en 830 enfermos, habiendo encontrado espacio pleural en 628. De éstos hubo muchos en los que no pudo continuarse el tratamiento por diversas causas: traslado de residencia, ingreso en un establecimiento sanatorial, no volver a reinsuflarse por su propia iniciativa, decidir nosotros su interrupción por ser contraelectivo, etc. Este grupo de neumotórax abandonados antes de haber transcurrido seis meses desde su iniciación, está constituido por 276 enfermos.

Una vez eliminados éstos, nos quedan 352, en los cuales ha podido mantenerse el tratamiento más de seis meses. De ellos han sido eficaces 279 (el 79.2 por 100) e ineficaces 73 (el 20.7 por 100). Consideramos como eficaces aquellos en los que a la desaparición radiológica de las lesiones se ha unido la ausencia de bacilos en sus esputos y la regresión de los signos clínicos. Como dijimos al principio, hemos recurrido en muchos casos a intervenciones complementarias o coadyuvantes, como la frenicectomía, el neumoperitoneo o la sección de adherencias pleurales.

Comparemos ahora lo que ha sucedido en los

que han trabajado durante el tratamiento, con los que han observado una vida de reposo.

NEUMOTÓRAX MANTENIDOS EFICACES, 279

Hicieron reposo	84 = 30,1 %
De ellos se han curado	74 = 88 »
De ellos se han agravado	10 = 11,9 »
Trabajaron	195 = 69,8 »
De ellos se han curado	173 = 88,7 »
De ellos se han agravado	22 = 11,2 »

No seríamos honrados si no hiciéramos una advertencia y es la de que algunos de los que han hecho reposo ha sido precisamente por no encontrarse bien, lo cual hace que los malos resultados en ellos sean porcentualmente mayores.

De todos modos hay un hecho evidente y es que entre 195 individuos con neumotórax eficaz, que han trabajado normalmente durante el tratamiento, se han curado 173, llevando dados de alta un período de tiempo de 6 meses a 8 años, 130 de ellos.

Por diversas razones clínicas, psicológicas o sociales, hemos mantenido en 73 individuos neumotórax ineficaces, y ellos también nos pueden servir de comparación para ver lo que sucede según que hagan reposo o trabajen.

NEUMOTÓRAX MANTENIDOS INEFICACES, 73

Hicieron reposo	36 = 49,3 %
De ellos se mejoraron	6 = 16,6 »
De ellos se agravaron	30 = 83,3 »
Trabajaron	37 = 50,6 »
De ellos se mejoraron	7 = 18,9 »
De ellos se agravaron	30 = 81 »

Aquí tenemos que hacer la misma advertencia que con los neumotórax eficaces, respecto a que algunos de los que no han trabajado ha sido por no encontrarse bien.

La conducta correcta, médicamente hablando, hubiera sido la de que ninguno hubiera trabajado; pero por razones diversas esto no era posible y entonces nos hemos preocupado de orientar al enfermo respecto a las medidas que podía tomar para hacer compatible su trabajo con un cierto reposo en las horas libres y le hemos dado alientos para que no creyera que por no poder hacer reposo estaba condenado irremisiblemente, haciéndole ver que también podría curarse a pesar de tener que seguir trabajando.

Veamos ahora con qué frecuencia han aparecido lesiones en el pulmón no sometido a neumotórax, o se han agravado pequeñas lesiones inactivas que ya existían anteriormente, tanto en los neumotórax eficaces como ineficaces.

BILATERALIZACIÓN DE LAS LESIONES, 49

En enfermos que trabajaban	31 = 13,3 %
En enfermos que no trabajaban	18 = 15 »

Resulta que no ha habido diferencias estimables en unos o en otros respecto a la aparición de lesiones en el pulmón opuesto.

Como resumen de los casos tratados con neumotórax unilateral, en los que éste se ha mantenido durante un tiempo mínimo de seis meses, exponemos las siguientes cifras:

NEUMOTÓRAX UNILATERALES, 352

Curados	247 = 70,1 %
Mejorados	13 = 3,6 »
Empeorados	92 = 26,1 »

NEUMOTÓRAX UNILATERALES QUE HAN TRABAJADO, 232

Curados	173 = 74,5 %
Mejorados	7 = 3 »
Empeorados	52 = 22,4 »

NEUMOTÓRAX UNILATERALES QUE NO HAN TRABAJADO, 120

Curados	74 = 61,6 %
Mejorados	6 = 5 »
Empeorados	92 = 33,3 »

En las cifras anteriores están incluidos los eficaces y los ineficaces, y, a pesar de ello, resulta un tanto por ciento de curaciones muy elevado. La razón está en que sólo consideramos aquellos casos en los cuales se ha mantenido el tratamiento más de seis meses, con lo cual se excluyen no solamente los que abandonaron por su propia voluntad el tratamiento, sino también los que ingresaron en algún establecimiento antes de haber transcurrido ese plazo mínimo, que seguramente eran casos desfavorables en su mayor parte y por esa razón se decidieron a encamarse; los que fueron abandonados por ineficaces, y los que murieron dentro de los seis primeros meses. Si quisiéramos hacer una estadística justa de los resultados globales del tratamiento por neumotórax en individuos en régimen ambulatorio, tendríamos que incluir en ella a todos los casos que hemos citado últimamente; pero no nos es posible, porque para ello habría que conocer el destino que han seguido todos los enfermos en los que el tratamiento fué iniciado, cosa que no está a nuestro alcance. De todos modos, y como contrapartida de las cifras anteriores, vamos a considerar como curados únicamente los 247 que han sido observados por nosotros, en relación con el total de los 628 neumotórax conseguidos. La proporción de curados es así del 39,33 por 100, y sin duda sería superior si supiéramos lo que ha ocurrido en los 276 que abandonaron el tratamiento antes de los seis meses, pues si bien habrá muchos muertos entre ellos, también habrá otros que siguieron su neumotórax en otro establecimiento y lograron la curación.

Comparemos estos resultados nuestros con los recopilados por MANDI en 1941, ampliando la conocida estadística de ROLOFF hasta esa fecha, reuniendo un total de 15.000 casos. De las numerosas estadísticas reunidas en ese trabajo, solamente entresacamos aquellas en las que se consigna el dato concreto de la desaparición de los bacilos en los esputos, con lo cual se prestan menos a apreciaciones subjetivas. (Véase la tabla de la página siguiente.)

Todas estas estadísticas, salvo la de PETERS, se refieren a los resultados después de un período de observación que oscila entre 1 y 17 años. La nuestra corresponde, en cambio, al resultado inmediato en muchos y a una observación máxima de 8 años en los demás. De todos modos, y aun después de hecha esta salvedad, creemos que la proporción de curaciones de 39,33 por 100 a 74,5 por 100 —

RESULTADOS DURADEROS DEL NEUMOTÓRAX

Año	AUTORES	Países	Casos	Sin bacilos %	Observación	Edad en años	Lugar de la observación
1921	SAUGMAN	Dinamarca	185	36	2. ^a	14	Sanatorio
1923	UNVERRICHT	Alemania	77	38	1. ^a	7	Clinica
1925	DEIST	Alemania	245	21	2. ^a	12	Hospital
1925	MOHR	Alemania	90	36	4. ^a	7	Hospital
1928	MOOS-DAVIDSON	Alemania	218	37	1. ^a	16	Clinica
1928	PETERS	EE. UU.	273	35	2. ^a	14	Sanatorio
1929	CEKALOV	Rusia	154	14			
1931	ROLOFF-ULRICI	Alemania	771	29	2. ^a	12	Sanatorio
1933	LUNKEVIC	Alemania	484	57			
1931	NIKOLSKIJ	Rusia	188	40	1. ^a	5	Dispensario
1932	ANGYAN	Hungría	285	59	1. ^a	5	Clinica
1932	JOHANN SOHN	Rusia	175	67	2. ^a	8	Dispensario
1932	ZOLOTUCHIN	Rusia	426	67	2. ^a		Hospital
1933	HORSTER	Alemania	167	31			Clinica
1933	KREUSER	Alemania	838	50	3. ^a	7	Dispensario
1935	PETERS	EE. UU.	398	66			Sanatorio
1935	TALLYAI	Hungría	171	62	1. ^a	10	Sanatorio
1936	KORNACHER	Alemania	301	54	2. ^a	14	Sanatorio
1936	MARKÓ	Hungría	267	49	5. ^a		Hospital
1937	BRAND	Inglaterra	3.021	37	1. ^a	5	Sanatorio
1939	WAMBAGH	Alemania	308	34	3. ^a	17	
1939	BUCHOLDT	Alemania	154	50	2. ^a	12	Clinica

según cuáles sean los casos considerados — es lo suficientemente buena para demostrar que en régimen ambulatorio pueden curarse muchos tuberculosos, con el tratamiento con neumotórax artificial.

En cuanto a las recaídas tardías, lógicamente pensando, deben ser menos frecuentes en los enfermos

En resumen: de 33 neumotórax bilaterales mantenidos durante más de seis meses, se han curado 16, lo que representa el 48,4 por 100.

En la publicación, antes citada, de MANDI, se publican algunas estadísticas de neumotórax bilaterales que resumimos a continuación:

RESULTADOS DURADEROS DEL NEUMOTÓRAX BILATERAL

Año	AUTORES	Países	Casos	Sin bacilos %	Observación	Edad en años	Lugar de la observación
1931	LIEBERMEISTER	Alemania	100	32	1. ^a	5	Sanatorio
1931	ROLOFF	Alemania	72	19	2. ^a	12	Sanatorio
1932	JOHANN SOHN	Rusia	72	39	2. ^a	8	Dispensario
1932	ZOLOTUCHIN	Rusia	102	48	2. ^a		Hospital
1935	TALLYAI	Hungría	28	27		6	Sanatorio
1936	KORNACHER	Alemania	45	53	2. ^a	8	Sanatorio

que no han abandonado la vida activa, que en los que han tenido un reposo prolongado y deben adaptarse después al trabajo.

Para no hacer esta comunicación excesivamente larga, expondré en breves términos los resultados del neumotórax bilateral.

Hemos sometido a este tratamiento a 50 enfermos, de los cuales abandonaron el neumotórax antes de los seis meses, 17. De los 33 que pudieron mantenerse durante un plazo superior, 20 fueron eficaces en ambos lados y 13 ineficaces en uno o ambos lados. De los 20 eficaces, trabajaron 11 y de ellos se curaron 10 (90,9 por 100), hicieron reposo 9 y de ellos se curaron 6 (66,6 por 100). Aquí hay que hacer las mismas salvedades que en los neumotórax unilaterales, respecto a que algunos de los que hicieron reposo fué por estar peor.

Comparando estas cifras con las nuestras, vemos que los resultados obtenidos con el neumotórax bilateral en régimen ambulatorio son aceptables.

Como resumen de esta comunicación diremos lo siguiente: el tratamiento por neumotórax artificial puede y debe ser realizado en régimen ambulatorio en una gran parte de los casos. Siempre que concurren en el enfermo una serie de circunstancias clínicas, psicológicas y sociales, que debe valorar el médico ante cada enfermo, éste puede trabajar, con lo cual no sólo no se le producirán perjuicios sino que obtendrá beneficios en el orden anatómico y en el espiritual. Como la aspiración del médico debe ser la de reintegrar al enfermo a la vida social, en este sentido deben orientarse todas nuestras medidas, tratando de lograr ese fin, siempre que sea posible, en un plazo breve y produciendo un mínimo

de alteraciones anatómicas y psicológicas. Aunque con mayores restricciones, también puede mantenerse el neumotórax bilateral en régimen ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- AYCOCK y KELLER. — Cit. TAPIA.
 BARR. — Dtsch. Tbk. Blatt., 210, 1936.
 BIECKMANN. — Beitr. Klin. Tbk., 97, 1, 10.
 BERNARD, POIX y BOUQUET. — Presse. Méd., 1.757, 1932.
 CROCKET. — Brit. Med. Jour., 261, 1937.
 EBERS. — Beitr. Klin. Tbk., 94, 341.
 HAFNER. — Dtsch. Tbk. Blatt., 85, 1940.
 HEIN-KREMER-SCHMIDT. — Kollapstherapie der Lungentuberkulose. Leipzig, 1938.
 IZQUIERDO LAGUNA. — Rev. Esp. Tub., 118, 1945.
 KLOOS y NÄSER. — Die psychische Symptomatik der Lungentuberkulose. Berlin, 1938.
 LAÍN ENTRALGO. — Medicina e Historia. Madrid, 1941.
 MANDL. — Beitr. Klin. Tbk., 96, 7, 475.
 MATSON. — En la obra de GOLDBERG: Tuberculosis clínica. Barcelona, 1942.
 MYERS. — Ref. en Zentralblatt. Tbk., 47, 672.
 NICOL. — Dtsch. Tbk. Blatt., 11, 1937.
 PARTEARROYO y BLANCO RODRÍGUEZ. — Cit. TAPIA.
 PAZ ESPESO. — Ser., 33, marzo 1944.
 RAITHEL. — Beitr. Klin. Tbk., 98, 6-7, 544.
 ROLOFF. — Zentralblatt Tbk., 36, 9-10.
 SCHOENEMANN. — Dtsch. Tbk. Blatt., 137, 1941.
 SCHÖNECK. — Dtsch. Tbk. Blatt., 229, 1935.
 TAPIA. — Formas anatomoclínicas de la tuberculosis. Madrid, 1942.
 ULM-SCHNEIDER. — Ref. Zentralblatt Tbk., 52, 79.
 ULRICH. — Die Lungentuberkulose. Berlin, 1933.
 URGOTI. — Cit. TAPIA.
 WAMBACH. — Cit. SCHULTE-TIGGES en Die Tuberkulose des Menschen. Leipzig, 1939.

ZUSAMMENFASSUNG

Die künstliche Pneumothoraxbehandlung kann und soll bei einer grossen Anzahl von Patienten ambulant durchgeführt werden. Unter gewissen klinischen, psychologischen und sozialen Bedingungen, die vom Arzt in jedem Fall besonders bewertet werden müssen, kann der Patient zur Arbeit zugelassen werden. So werden oft nicht nur materielle Schäden vernieden sondern auch anatomische und psychische Vorteile erreicht. Der Arzt hat die Aufgabe, den Patienten in das soziale Leben zurückzuführen, weshalb alle Massnahmen dahin gerichtet sein müssen, um dieses Ziel in möglichst kurzer Zeit zu erreichen, damit die entstandenen anatomischen und psychologischen Veränderungen auf ein Minimum reduziert werden. Der bilaterale Pneumothorax kann auch, wenn auch unter grösseren Kautelen, ambulant erhalten werden.

RÉSUMÉ

Le traitement par pneumothorax artificiel peut et doit être réalisé sous un régime ambulatorio dans une grande partie des cas. Dans le cas où coïncident chez le malade une série de circonstances cliniques, psychologiques et sociales, que le médecin doit évaluer chez chacun d'eux, celui-ci peut travailler, et de la sorte il n'aura pas de dommages à endurer; par contre, il obtiendra des bénéfices de l'ordre anatomique et spirituel. Puisque l'aspiration du médecin doit être de réintégrer la malade à la vie sociale, toutes nos mesures doivent être orientées dans ce sens, essayant d'atteindre ce but toujours qu'il soit factible, à court délai et produisant un minimum d'altérations anatomiques et psychologiques. Bien qu'avec plus de restrictions, on peut aussi maintenir le pneumothorax bilatéral sous régime ambulatorio.

REACCIÓN A LA PRUEBA PRESORA DEL FRÍO EN 444 GRÁVIDAS NORMALES Y TOXÉMICAS

F. ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO
 y A. MARTÍNEZ GIMENO

Maternidad de Santa Cristina. Madrid.
 Director: DR. BOURKAIB

La prueba del frío (*cold test*) fué descrita originalmente por HINES y BROWN (1933) como un medio de descubrir pacientes potencialmente hipertensos. Los sujetos cuya respuesta a esta prueba era excesiva se consideraban como futuros hipertensos. El 38 por 100 de 21 hiperreactores padeció hipertensión en los siguientes 6 años, mientras ninguno de los que reaccionaron normalmente modificaba posteriormente su tensión. La prueba del frío fué inmediatamente aplicada en la clínica obstétrica con los varios objetivos que es fácil suponer. DIECKMANN, en un trabajo preliminar publicado en 1935, observó que las grávidas con historia familiar de hipertensión daban respuestas más marcadas a la prueba que las embarazadas sin tal historia. Las preeclámpsicas y eclámpsicas no mostraban resultados uniformes. RANDALL, MURRAY y MUSSEY (1935) encontraron que 33 por 100 de las gestantes con reacción anormal padecían, más tarde, toxemia de embarazo (*); hallaron, asimismo, un grupo que presentaba hipotensión en respuesta a la prueba. Estas mujeres no desarrollaban luego toxemia, aunque es evidente que poseían un defectuoso equilibrio neurovascular. DIECKMANN publicó en 1938 un valioso trabajo sobre este tema. Entre más de 400 grávidas examinadas elegía 152 absolutamente normales en el momento de la prueba, momento anterior, por lo menos en tres meses, a la fecha del parto. Divididas en grupos de acuerdo con la intensidad de la respuesta resultaron los siguientes datos: de las 152 pacientes normales probadas, 90 dieron una respuesta de 30 mm. Hg. o más, y 15 de éstas padecieron toxemia. De las 62 restantes, cuya reacción fué menor de 30 mm., desarrollaron toxicosis, más tarde, sólo dos. Cuatro enfermas con historia de toxemia previa dieron también respuesta de 30 mm. o más, pero dos tan sólo reincidieron en la presentación de gestosis. Los resultados fueron comparados con la ganancia total de peso, deduciéndose que el 90 por ciento de las mujeres que reaccionaron con ascenso sistólico de 30 mm. o más, ganaron menos de 15 kilogramos de peso durante el embarazo. "Así, pues — dice DIECKMANN — estas pacientes difieren de aquellas con preeclampsia, las cuales, por lo general, ganan peso excesivamente, o demasiado rápidamente, o las dos cosas." Este mismo autor, en su libro *The Toxemias of Pregnancy* (1941), indica (pág. 126) que el ascenso medio sistólico ante

(*) Los términos gestosis, toxicosis o toxemia de embarazo se usan en este estudio refiriéndose, siempre, a la toxemia de fin de embarazo (hipertensión, edema, albuminuria, convulsiones).