

BOLETIN CLINICO

— REVISTA MENSUAL —

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS
NATURALES DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
- MEDELLIN - COLOMBIA -

DIRECTOR:

DR. GIL J. GIL

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

COMITE DE REDACCION:



DR. ALONSO RESTREPO

Ex-decano de la Facultad de Medicina.

DR. EUGENIO VILLA HAEUSLER

Director Departamental de Higiene y
Profesor de Patología Interna.

DR. HERNAN POSADA

Profesor de Clínica semiológica médica.

DR. JOAQUIN ARISTIZABAL

Médico Director del Hospital de San Vicente y
Profesor de Clínica ortopédica y de urgencias.



DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Profesor de Clínica ginecológica.

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

Profesor de Clínica terapéutica.

Editado y distribuido por cuenta de los

LABORATORIOS URIBE ANGEL.

TIRAJE 3.000 EJEMPLARES

Tarifa red. en el Servicio Postal Interior.—Registro N.º 152.

Correspondencia y canjes:

“BOLETIN CLINICO”

Apartado 205 - Medellín - Antioquia - Rep. de Colombia.

PERMANENTE:

BOLETIN CLINICO ofrece una libertad de exposición absoluta, pero las ideas emitidas pertenecen a sus autores, y el hecho de su publicación no implica que la Facultad o el Comité de Redacción las acepten.

CONTENIDO:

Dr. Clodomiro Ramírez.

OROZCO Alfonso — Un rudo ataque a la ética del Estado.

RODRIGUEZ BELLO Alfonso y MEJIA Rafael J. — Resultados comparados de la Colapsoterapia por Neumotórax en medio Sanatorial y en el Dispensario.

YEPES CADAVID Jesús — Diagnóstico de perplejidad o de gaveta en Gastro-enterología.

Del Ministerio de Higiene. — Un nuevo ataque, inaceptable, a los fueros profesionales.

Del Comité del Colegio Médico de Antioquia (F. M. C.)

CORREA Daniel — Radioscopia y Charlatanería.

Un rudo ataque a la ética del Estado

Del "Heraldo Médico", N° 6,
del mes de julio/1940.

Con el rubor de sinceros colombianos, tenemos que denunciar ante el cuerpo médico nacional la flagrante violación, por parte del estado mismo, de claros preceptos legales y de convenciones internacionales, sólo para satisfacer a personajes influyentes que se han constituido en defensores de oficio de los médicos extranjeros sin credenciales suficientes, lo que está contribuyendo a que sea el Gobierno quien hoy estimula el complejo de inferioridad difundido por todo el país y que la juventud que se educa en los claustros oficiales no tenga halago para hacer una carrera a la que hay que dedicar los mejores años de la vida, cuando de la noche a la mañana se habrá de ver desplazado o supeditado por aventureros extranjeros rotulados como "eminencias médicas", por entidades a quienes no les corresponde y a los que se pagan suntuosos honorarios y se les mejora además con viáticos superiores a los que se suelen asignar a los nacionales para cumplir las mismas labores.

Es irritante que ese snobismo que por fortuna va desapareciendo un poco de las clases medias y bajas, haya tomado tal preponderancia en las altas esferas, que determine a hombres pulcros a quienes la opinión pública ha señalado para las más destacadas posiciones por legítimos merecimientos, a desoir los dictados de su propia conciencia y echar mano de maniobras habilidosas para disfrazar de legalismo procedimientos que son a todas luces un atropello vulgar a la majestad de la ley que se ha jurado cumplir.

Para realizar estos malabares, se toma como pretexto calumnioso, el que los médicos nacionales somos egoístas, que no toleramos que gentes de otras latitudes vengan a traernos caudales



DR. ALFONSO OROZCO

de ciencia, que tememos a la competencia de los sabios, cuando precisamente ha ocurrido todo lo contrario, ha sido a iniciativa del cuerpo médico y a su solicitud como el gobierno ha propiciado la venida a Colombia de sabios como Cuneo, Brumpt, Latarjet y Ramón Castroviejo, para no mentar sino unos pocos a quienes todo el cuerpo médico nacional ha rodeado de simpatía y de atenciones, ha escuchado con delectación sus sabias enseñanzas, les ha entregado su propia clientela para que se beneficie la sociedad y en general les ha creado un ambiente propicio para que se lleven de nuestro país y de su cuerpo médico las mejores impresiones.

Pero la Federación Médica Colombiana tiene una lista de más de ochenta profesionales extranjeros de diversos países que están ejerciendo entre nosotros, y puede demostrar con pruebas suficientes que estos colegas no nos han traído ningún aporte científico, no han realizado ninguna obra de investigación, no han cumplido siquiera la misión de divulgar algún conocimiento en universidades y hospitales, posiciones que no ocupan porque no les provoca, porque estamos seguros que de buena gana se les

entregaría hasta los decanatos de las facultades de medicina, y en toda la literatura médica que tenemos consultada por parte alguna se encuentra una publicación de carácter científico que demuestre el fruto de sus investigaciones, de sus desvelos y de su preocupación por el dolor de nuestros compatriotas.

En tanto que para el profesional nacional constituye un acto heroico el hacerse a un puesto, con una modesta remuneración, en climas insalubres, abandonando su hogar, en alejadas parroquias saturadas de letargo y de incomprensión, en donde su personalidad se liquida y su salud se quebranta, licenciados extranjeros acabados de desempacar encuentran pródiga la oferta de puestos y de preeminencias y de títulos que no pudieron obtener en sus estudios universitarios y aun cuando las posiciones a que se les destine sean de tiempo completo, si el salario no satisface superabundantemente a sus necesidades económicas se les consigue adehalas, "chanfainas" disimuladas, viáticos crecidos, etc., para completarles un sueldo que corresponda a una personalidad venida de fuera que no tendrá las obligaciones que se les imponen a los nacionales, de meterse en la selva, viajar a mula, luchar con la ignorancia del pueblo y con los prejuicios de nuestras gentes, sino que tendrán la comodidad de un lujoso escritorio para prospectar de memoria las campañas sanitarias y a ellos acuden en romería a rendirles la debida pleitesía empingorotados funcionarios que para llenarlos de incienso juzgan indispensable denigrar a nuestros valores no obstante que ellos les hayan salvado la vida de familiares y de seres que les son queridos y no obstante que muchos de ellos hayan arruinado su salud o entregado su propia vida defendiendo la de sus conciudadanos en las construcciones de carreteras y ferrocarriles y en las grandes obras de colonización y de explotación del Estado.

La Ley 67 de 1935, en forma muy sabia, por medio del artículo 5º autorizó al Ministerio de Educación Nacional para conceder licencia sin examen previo a "profesores eminentes" que vengan al país en misión oficial del gobierno colombiano o con propósito de investigación o divulgación científica, y para corregir la corruptela que se había entronizado por empleados secundarios de este Ministerio de calificar como eminencia a cualquier caballero de industria, a petición de la misma Federación Médica se dictó el Decreto reglamentario N° 27 de 1938 que definió claramente que era a la Academia Nacional de Medicina, orga-

nismo consultivo del gobierno en virtud de una ley especial, a quien correspondía el estudio de los títulos y demás credenciales que el solicitante debía presentar para hacerse acreedor a los beneficios del artículo 5º, y sólo después de concepto escrito de la Academia el Ministerio podría autorizar la licencia.

Fue en esa forma como se le canceló la licencia a un médico judío a quien se le había ya catalogado de eminencia y que venía a nuestro país comisionado por el gobierno alemán para hacer investigaciones sobre el cáncer en los trópicos, investigaciones que no realizó porque sólo le interesaba colocarse de partero en la clínica de otro médico extranjero cuyas actividades también son bien conocidas por el mismo gobierno.

Pero la historia se repite y volvemos a presenciar el mismo drama con agravantes mayores que sometemos a la consideración reposada del cuerpo médico, para que nos diga si efectivamente tenemos razón o estamos obcecados en un ridículo nacionalismo que nos está haciendo ver cosas imaginarias. Se trata ahora de un licenciado español que no pudiéndose beneficiar de la nueva Convención de Títulos con España porque el intercambio sólo cobija a profesionales doctorados, el Ministerio de Educación Nacional resolvió motu-proprio calificarlo de eminencia y concederle licencia para ejercer la profesión por seis meses. Cuando la Federación Médica llamó la atención sobre esta anomalía y solicitó el cumplimiento de la ley una vez expirada la licencia provisional de los seis meses, se le concedió una ampliación de ella para que tuviera tiempo de solicitar el examen como médico extranjero, examen que le fue concedido violando también el párrafo primero del artículo 2º de la Ley 67 de 1935 que sólo autoriza el examen para profesionales extranjeros graduados en facultades extranjeras de países que no tengan tratados de intercambio de títulos con Colombia, en cuyo caso no podía incorporarse el licenciado español porque España tiene su intercambio de títulos pero solamente entre "doctores". Realizado el examen en la Facultad Nacional de Medicina, el resultado en las cinco pruebas fue el siguiente: I, 85-2. 16-3-3-3, lo que da una calificación de promedio de 2,59, es decir, reprobado. Es natural que después del concepto de la Academia que rechazó las credenciales para calificarlo de eminencia, título que disfrutó por ocho meses por la generosidad del Ministerio de Educación Nacional y después del desastroso examen que sostuvo sobre temas elementales

de la medicina, no había otro recurso que cancelarle la licencia como efectivamente se le canceló.

Pero no paró aquí la solución de este pleito sino que a los pocos días el Ministerio de Gobierno dictó el Decreto N° 2.175 de 1939 que creaba en la Policía Nacional y por cuenta de la Caja de Protección Social de la misma, el puesto de ayudante radiólogo (lo que hace suponer que hay un jefe, que no existe) con una asignación mensual de doscientos pesos (\$ 200.00), y para desempeñarlo se designó al licenciado español que tenía ya su licencia cancelada para ejercer la medicina y que fue reprobado en un examen que se le concedió violando los preceptos legales. Tal acto también está en abierta pugna con el artículo 9° de la misma Ley 67 que dice: "Para desempeñar un puesto médico en cualquier rama de la Administración Pública, se exigirá, además de los requisitos de que trata el artículo 2° de esta ley (que como hemos demostrado no los llenó), la condición de ser médico de "nacionalidad colombiana", salvo los casos en que por razón de estipulaciones legales expresas haya necesidad de contratar técnicos extranjeros (porque no los haya en el país)"; y todos sabemos que afortunadamente disponemos de radiólogos suficientes para desempeñar ese puesto y muchos más con las mismas o con mejores credenciales que el licenciado español.

Pero hace apenas treinta días, después de que la Junta Central de Títulos Médicos establecida por la Ley 67 de 1935 le negó la solicitud a un nuevo licenciado español para ejercer la medicina porque no podía beneficiarse de la Convención de Títulos con España ni se le podía autorizar el examen establecido para extranjeros que hubiesen realizado estudios en facultades de países que no tienen tratados de intercambio con Colombia por las razones que ya expusimos, el Ministerio de Educación Nacional vuelve a incurrir en los mismos errores y le concede el título de profesor eminente, sin oír el concepto de la Academia de Medicina y sin tener en cuenta que para ser profesor eminente en España, para ocupar puestos destacados en el profesorado, en la Medicina Legal, en las academias, se necesita indefectiblemente realizar algunos estudios más, para obtener el título de doctor.

Como no podemos aceptar impasibles que estos procedimientos se erijan en sistema y que por violación de la ley y el atropello a los médicos nacionales prosperen todos los audaces que puedan desarrollar la intriga de prestigiosos políticos que jamás

se ha puesto al servicio de los que sí merecen en nuestro país que se les ayude a ocupar esas posiciones, queremos solamente relatarlo a nuestros colegas de todo el país para que se vea cuánto es el desconocimiento a los valores nacionales, cuánta es la debilidad para conceder beneficios a los hombres de otras razas, cómo en Colombia constituye un gran título ser extranjero y de qué manera se están sacrificando las aspiraciones de una juventud que busca afanosa la manera de prepararse en las universidades oficiales para servir lealmente los intereses materiales y espirituales de su patria.

Alfonso OROZCO

DE LOS DRES. ALFONSO RODRIGUEZ BELIO,
Médico Jefe del Dispensario Antituberculoso de Medellín,
y RAFAEL J. MEJIA,
Médico Jefe del Hospital Sanatorio de La María.

Resultados comparados de la Colapsoterapia por Neumotórax en medio Sanatorial y en el Dispensario

La importancia, cada día más creciente, que ha venido tomando la colapsoterapia por neumotórax en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar; el indiscutible prestigio de que goza entre todos los fisiólogos modernos, convencidos de su bondad y de su eficacia, después de una experiencia de más de veinticinco años; la notable evolución que ha sufrido durante los últimos años el criterio de los límites de su aplicación, que ha venido ampliándose rápidamente a partir de la concepción estrecha de la unilateralidad lesional, considerada como primordial por Forlanini y sus primeros discípulos, hasta la unilateralidad clínica y más tarde hasta la predilección evolutiva del pulmón tratado, para llegar en los últimos tiempos al Neumotórax bilateral instituido con poco intervalo o casi simultáneamente; las recientes adquisiciones sobre el modo de acción del Neumotórax explicado no por una simple acción mecánica de compresión sino por la moderna noción del descanso pulmonar, noción ésta derivada de la del traumatismo respiratorio de Forlanini, concebida y enunciada desde hace muchos años por Ascoli de Palermo y fecundada y desarrollada por el análisis penetrante de F. Parodi, quien al diferenciar la distensión estática y distensión dinámica e introducir el estudio de los equilibrios tensionales centuplicó el interés y el valor práctico de estas nociones; en fin en un plan más nuestro los interesantes problemas sociales que en nuestro medio presenta la aplicación comparada del Neumotórax, ambulatoriamente en la clientela del Dispensario, y en medio sanatorial, nos han inducido al Dr. Rafael J. Mejía, médico jefe del Hospital Sana-

torio de La María, y a mí, a presentar en esta Semana de la Tuberculosis un corto trabajo sobre los resultados comparados obtenidos por la Colapsoterapia por Neumotórax en medio sanatorial y ambulatoriamente en la clientela del Dispensario.

Queremos hacer notar al principio de este trabajo que el pequeño número de casos estudiados, y en particular el corto período de observación de la mayoría de entre ellos, no nos autoriza para sacar ninguna conclusión que descansa sobre bases suficientemente sólidas porque no se nos oculta que para poder llegar a verdaderas conclusiones se necesitaría un número de casos notablemente superior con un tiempo de observación mucho mayor, cosa que desgraciadamente no estamos en condiciones de presentar, por enoctrarnos al frente de la dirección científica del Dispensario de Medellín y de La María respectivamente tan sólo desde hace un año poco más o menos. Nuestro propósito se limita por consiguiente, a presentar nuestras observaciones personales para tratar de deducir de los resultados globales obtenidos nó una conclusión que nuestro trabajo no justificaría, sino más bien una simple orientación, más aún, una invitación a nuestros distinguidos colegas que se encuentran dirigiendo los diferentes dispensarios de la república para que mediante el análisis imparcial y el estudio honrado de los éxitos y fracasos obtenidos se pueda llegar en las próximas semanas de la tuberculosis a fijar sobre bases más científicas los límites y los resultados de la Colapsoterapia.

Nos ha parecido que para darle mayor claridad y para presentar nuestro trabajo en un conjunto más armónico no podíamos limitarnos a la enunciación un poco árida y fastidiosa de simples cifras estadísticas, sino que era necesario, hacer preceder éstas, de algunas consideraciones teóricas que nos parecen indispensables para tratar de precisar las verdaderas indicaciones del Neumotórax en sus líneas generales, y para poder analizar de manera más científica, a la luz de estos conocimientos, las causas de nuestros fracasos o la razón de nuestros éxitos.

Tenemos que excusarnos de antemano ante nuestro distinguido y selecto auditorio si al tratar de condensar de la manera más clara y rápida posible la parte teórica, por una parte omitimos y dejamos en la sombra muchas cuestiones importantes, y por otra nos contentamos de repetir nociones clásicas de todos Uds. ampliamente conocidas.

Y para entrar en materia, principiaremos adoptando la definición de Neumotórax de nuestro maestro Dumarest: "El Neumotórax artificial es un método terapéutico que realiza el descanso del pulmón mediante la interposición entre este órgano y las paredes del tórax de una cavidad pleural real creada por un gas inyectado". Esta definición contiene dos puntos capitales, el descanso del pulmón constituye el principio director del método; la sustitución de una cavidad artificialmente real a una cavidad pleural fisiológicamente virtual constituye el procedimiento técnico.

Sin duda no es el lugar ni la ocasión de hacer una larga historia del Neumotórax terapéutico, pero no hemos podido decidírnos a continuar estas líneas, sin citar por lo menos algunas de las principales etapas que han conducido a la más grande conquista terapéutica en tuberculosis. Nos hubiera parecido de imperdonable ingratitud el dejar completamente en el olvido los nombres de aquellos hombres de ciencia que gracias a un esfuerzo constante y a una intuición genial lograron imponer y dotar a las actuales generaciones médicas de una nueva y eficaz arma terapéutica desconocida antes, y esto a pesar del escepticismo cuando no de la franca hostilidad que siempre se ha reservado a todo innovador.

Fue el fisiologista inglés James Carson, de Liverpool, quien en 1819 descubrió la existencia y el papel de la elasticidad pulmonar y comprendió que esta elasticidad pulmonar ejercía una acción funesta sobre el tejido patológico. "El mostró, dice Rist, que una cavidad patológica colocada en un órgano así constituido, no podía cicatrizarse porque la atracción excéntrica ejercida sobre sus paredes por el tejido elástico que la rodea por todas partes, tiene al contrario el efecto de aumentarla de volumen. Y Carson concluye lógicamente diciendo que la única manera de contrarrestar los efectos de esta elasticidad consiste en anular esta fuerza mediante la introducción del aire atmosférico en la cavidad pleural.

El mismo año Laennec publicó en la primera edición de su libro la descripción clínica de una enfermedad hasta entonces desconocida: "El Neumotórax espontáneo, capaz, decía él, de agravar la evolución de la tisis".

Algunos años más tarde, en 1826, un médico irlandés, William Stokes, observó y publicó varios casos de Neumotórax es-

pontáneo que no sólo no habían agravado la evolución de la tisis sino que por el contrario marcaron el comienzo de una mejoría considerable.

El clínico francés Potain, interesado por estos resultados, dedujo muy pronto una conclusión capital: "El Neumotórax espontáneo es una afección que no se cura". De ahí a insuflar voluntariamente un neumotórax aparecido en un tuberculoso no había sino un paso que Potain franqueó con decisión.

Después de esta etapa sólo faltaba la creación deliberada de un Neumotórax en un tuberculoso. Correspondió al profesor Carlos Forlanini de Pavía, en 1892, la realización práctica de la idea entrevista muchos años antes por Carson y casi realizada poco tiempo antes por Potain. Forlanini logró sobreponerse a las dificultades técnicas, pero tendrá que luchar durante muchos años contra la incomprensión, el escepticismo y la hostilidad del mismo cuerpo médico que tardó mucho tiempo en comprender el verdadero alcance de la nueva terapéutica. Tan sólo en 1912 podía escribir:

"El neumotórax terapéutico tuvo comienzos difíciles durante un largo tiempo que fue llamado de latencia, y que duró desde 1919, año en que yo hice públicamente la proposición, hasta estos últimos tiempos. Pero durante los últimos cinco años transcurridos, gracias a la obra simultánea de un gran número de investigadores, entre los cuales se debe recordar en primer término a Brawer, Saugman y Dumarest, el método ha tenido un desarrollo tan rápido y vigoroso que hoy día está extendido a toda Europa y América".

¿Cuál es el modo de acción del Neumotórax? Bien sabemos que no existe en la actualidad una teoría suficientemente sólida, que teniendo en cuenta los factores mecánicos y biológicos y la importancia respectiva de estos dos factores, explique de manera satisfactoria el verdadero modo de acción del Neumotórax, pero nos ha parecido interesante hacer conocer, o por lo menos recordar para quienes ya lo conocen, la moderna teoría de la mecánica pulmonar enunciada por el italiano Parodi y adaptada al francés por nuestros maestros Dumarest y Lefèvre de Hauteville. De suerte que debemos aclarar que tan sólo nos limitamos a seguir paso a paso, de la manera más clara posible, las ideas de Dumarest, Lefèvre y J. Delannoy, expuestas en los diferentes trabajos de estos autores.

No pretendemos afirmar que la teoría sobre la mecánica pulmonar constituya un cuerpo de doctrina que sea completamente claro y no pueda ser susceptible de modificación, pero tenemos la convicción honrada de que en el estado actual de nuestros conocimientos se puede considerar como un aporte muy interesante, porque explica de manera lógica y razonable la mayoría de los hechos clínicos observados por los tisiólogos en el transcurso de la terapéutica por el Neumotórax.

MECANICA PULMONAR. - TRATAMIENTO RESPIRATORIO

El Neumotórax, tratamiento mecánico, se opone a las condiciones mecánicas desfavorables particulares al pulmón en su lucha contra la infección bacilar. Únicamente más tarde, gracias a su acción mecánica que debe considerarse como primordial, se le puede atribuir un papel biológico. El estudio mecánico del pulmón aparece por consiguiente como el prelude del modo de acción del Neumotórax, porque del concepto que tenga el médico va a desprenderse la correcta dirección del tratamiento y su éxito o su fracaso.

Cuando la idea de la posibilidad de Neumotórax artificial, creado deliberadamente, en el hombre tuberculoso, llegó a ser una realidad para Forlanini, este autor llegó a la concepción de que los procesos ulcerativos de las lesiones tuberculosas tenían por razón íntima, necesaria y suficiente los movimientos de expansión y de reducción en la porción patológica del órgano, sometido constantemente a un traumatismo respiratorio por el hecho mismo de la función respiratoria.

Partiendo de este principio este autor sentó las tres proposiciones siguientes:

1ª.—La supresión del movimiento respiratorio, inhibe el proceso destructor de las lesiones.

2ª.—La disminución de la intensidad de los movimientos respiratorios favorece el proceso reparador de la tisis.

3ª.—El aumento de la intensidad de los movimientos respiratorios favorece la constitución de procesos mórbidos que tienen como consecuencia la destrucción del tejido pulmonar.

Teniendo en cuenta estas ideas básicas, era natural que Forlanini y sus primeros discípulos creyeran que el neumotórax obraba principalmente por una acción mecánica de compresión y que por consiguiente se debía buscar en la práctica la reducción má-

xima del órgano pulmonar para reducir al mínimo las tracciones incesantes impuestas al pulmón por la expansión respiratoria.

Más tarde gracias a múltiples trabajos, que no es del caso enumerar aquí y que fueron sintetizados por Parodi en su libro: "La mecánica pulmonar", en 1933, este autor mostró que el traumatismo respiratorio, al cual Forlanini atribuía la naturaleza particular de las lesiones tuberculosas situadas al nivel del pulmón, no estaba constituido esencialmente por las tracciones incesantes impuestas al pulmón por la expansión inspiratoria sino que además, punto capital, existía otro factor permanente o estático que resulta de la obligación en que se encuentra el pulmón de colocarse en el interior de una cavidad torácica cuyo volumen es más grande del que corresponde a su descanso mecánico. Parodi mostró también que las diferentes partes del pulmón están sometidas a condiciones de distensión un poco diferentes las unas de las otras, el segmento superior del tórax está sometido a tensiones mucho más fuertes que el segmento inferior. En resumen en el traumatismo respiratorio deben tenerse en cuenta tres factores esenciales:

- a).—Una distensión permanente o estática;
- b).—Una sobre-distensión inspiratoria variable o dinámica;
- c).—En fin desigualdades de presión entre las diferentes partes del pulmón.

Estas tensiones elásticas son soportadas por el tejido pulmonar normal cuya elasticidad está conservada, pero al contrario se hacen intolerables cuando el parénquima está patológicamente invadido por lesiones que disminuyen o suprimen su elasticidad normal. Por consiguiente en el caso de lesiones patológicas pulmonares se impone la necesidad de suprimir la distensión permanente del tejido pulmonar y las irregularidades de la tensión dinámica. Para que las lesiones se curen es necesario poner el pulmón al descanso, expresión que debe perder el sentido bastante vago de supresión de la función respiratoria, con o sin compresión, para darle el sentido preciso de descanso mecánico, es decir, estado de tejidos elásticos sustraídos a las fuerzas exteriores o interiores de tracción o de presión.

Para estudiar el modo de acción en el Neumotórax es indispensable apreciar en qué medida influye el descanso del pulmón en relación con los tres elementos del traumatismo pulmonar de que hemos hablado antes.

Procediendo por orden de lo simple a lo complejo, resumiremos brevemente el estudio del equilibrio mecánico del pulmón en descanso (equilibrio estático) y luego en movimiento (equilibrio dinámico) haciendo resaltar que además del traumatismo inspiratorio o dinámico, descrito por Forlanini existe un traumatismo estático permanente, como lo ha demostrado Parodi.

TRAUMATISMO ESTÁTICO.—TENSIONES ELÁSTICAS ESTÁTICAS

El pulmón se encuentra distendido no solamente en el momento de los movimientos inspiratorios, sino también en el curso de la espiración más completa. La distensión del pulmón persiste en el cadáver a pesar del paro de la función respiratoria. Por consiguiente es perfectamente legítimo el distinguir en el estudio de la mecánica pulmonar la tensión estática respiratoria permanente y la tensión dinámica que aparece únicamente con el movimiento inspiratorio.

Al considerar el estado normal del pulmón, fuera de la inspiración, el factor esencial de las tensiones pulmonares lo constituyen las fibras elásticas que entran en su constitución anatómica y que se encuentran distendidos cuando el pulmón ocupa su posición normal en la caja torácica. A este factor principal debe agregarse la tonicidad de las fibras musculares lisas que entran en la constitución de las paredes de los pequeños bronquios y aun de los alvéolos pulmonares. El peso de los órganos torácicos abdominales, ejerce según Parodi una influencia sobre la distensión del pulmón.

Si consideramos no ya el estado normal sino el estudio patológico, tenemos que la retractibilidad se modifica, aumentándose en la mayoría de las veces. Por otro lado los factores que obran en el estado normal se alteran más o menos. La elasticidad normal del parénquima se encuentra disminuída o suprimida completamente, a lo cual debe agregarse que el peso de las zonas patológicas se aumenta por el hecho de la condensación pulmonar y que consecuentemente las tensiones que resultan aumentan. De manera que una lesión neumónica, por ejemplo, que suprime la elasticidad de retracción, puede engendrar tensiones muy fuertes que se traducen por una aspiración pleural muy enérgica.

Debemos explicar que empleamos la palabra elasticidad en

su sentido verdadero, o sea la propiedad que tiene un cuerpo de deformarse bajo la influencia de una fuerza y de volver a su forma primitiva cuando esta fuerza ha desaparecido. En realidad, sabemos que los autores emplean comúnmente el término de elasticidad para designar el esfuerzo del pulmón distendido que tiende a volver a su posición de descanso.

En el estado patológico, intervienen además otros factores de retracción muy importantes entre los cuales debe citarse en primer término la retracción del tejido pulmonar por atelectasia. La obstrucción de un bronquio, de origen mecánico, inflamatorio o espasmódico, trae como consecuencia una reabsorción del aire alveolar y una reducción del volumen del tejido pulmonar, a la cual se opone la resistencia de la pared torácica, dando como resultado el aumento de las tensiones elásticas y accesoriamente una distensión compensatriz del parénquima sano.

Bernou y Cardis insisten sobre otro factor de retracción pulmonar capaz de aumentar la tensión de manera notable. Se trata de lo que ellos llaman la reacción de inmovilización peri-lesional del tejido pulmonar sano, que consiste en un espasmo reflejo del tejido sano al rededor de la zona patológica. A estos procesos de atelectasia y de espasmo viene a sobreagregarse otro factor de importancia capital: la retracción del tejido patológico pulmonar bajo la influencia de la esclerosis progresiva. Esta fuerza de retracción se traduce por la reducción de volumen de la zona patológica y es uno de los elementos principales que explican la realización del Neumotórax selectivo porque esta fuerza sólo se ejerce sobre las zonas patológicas.

De manera que el pulmón no sólomente por el hecho de su constitución misma, es un terreno de elección para la germinación y extensión de las lesiones tuberculosas, sino que el efecto mecánico inmediato producido por las lesiones es el de aumentar las causas desfavorables a su cicatrización.

En algunos casos excepcionales el órgano logra adaptarse a su situación desfavorable y los factores biológicos llegan a triunfar de los factores mecánicos que presentan un gran obstáculo, pero en la mayoría de los casos el obstáculo mecánico es eficaz y las tensiones elásticas normales, aumentadas patológicamente, como lo hemos visto, se oponen victoriosamente a los procesos de cicatrización. Gracias al estudio de estas tensiones pulmonares patológicas nos es más fácil comprender el mecanismo de la ac-

ción del neumotórax que suprimiendo la adhesión del pulmón a la pared costal permite a las fuerzas de retracción obrar libremente y deja a los procesos de cicatrización ejercerse de manera eficaz.

TRAUMATISMO DINAMICO.—TENSIONES ELASTICAS DINAMICAS

A las causas de distensión que obran sobre el pulmón de manera permanente, aun en la espiración la más completa, vienen a agregarse en la inspiración las fuerzas representadas por los músculos de la respiración. Las paredes torácicas que en la espiración se oponen únicamente a la tendencia más o menos retráctil del pulmón, se dilatan en la inspiración para distender el pulmón de manera considerable. Tensiones elásticas inspiratorias y traumatismo inspiratorio se pueden considerar como una fuerza suplementaria que viene a agregarse a la tensión elástica permanente o estática y que se modifica por las mismas causas, es decir que aumenta, como el traumatismo estático, en razón directa de la extensión de las lesiones. Naturalmente intervienen, haciendo aumentar esta tensión, la amplitud y la velocidad de los movimientos respiratorios.

Aparece de manera más evidente que se justifica plenamente la distinción entre tensiones estáticas pulmonares, que persisten aun en la espiración, y las tensiones dinámicas variables que son la consecuencia de la expansión inspiratoria. Admitidas estas premisas podemos concluir lógicamente diciendo que el descanso pulmonar obtenido por las distintas operaciones colapsoterápicas no es el mismo en todos los casos, lo cual nos permite explicar, cómo algunas intervenciones pueden obrar obteniendo el descanso pulmonar, por la reducción del volumen sin inmovilizarlo, por ejemplo el neumotórax, y otras como la frenicectomía obran al contrario obteniendo la inmovilización relativa sin obtener reducción de volumen apreciable del órgano, según que tengan una influencia predominante sobre el traumatismo dinámico o sobre el traumatismo estático.

Debemos agregar que el traumatismo dinámico se ejerce sobre el pulmón en grado diferente según que se considere la región hilar o la zona periférica pulmonar. La región hilar que se apoya en la armadura de los bronquios está poco influenciada

por el traumatismo respiratorio, de ahí que las lesiones tuberculosas a este nivel tengan un carácter más tórpido pero en revancha experimenten en grado menor la acción bienhechora del descanso pulmonar obtenido por el neumotórax. Al contrario, la zona periférica constituye en cierta manera un sitio de elección para el traumatismo inspiratorio, siendo más vulnerable a la tuberculosis, pero más curable, por ser mayor en esta región la acción del descanso colapsoterápico.

No hay que olvidar que la expansión inspiratoria resulta de la acción simultánea y opuesta de dos fuerzas principales, una inferior representada por el diafragma, la otra superior debida a la expansión costal, es decir que debemos distinguir un segmento respiratorio antero-superior y un segmento postero-inferior distintos por el tipo respiratorio y por la tensión elástica que experimenta el pulmón.

Estas nociones pueden resumirse de la manera siguiente:

1^a.—La tensión elástica es más fuerte en la cima que en la base.

2^a.—La base tiene una expansión inspiratoria más amplia que la cima, es decir que las variaciones de la tensión elástica son más grandes y el traumatismo dinámico más importante.

3^a.—Las tensiones elásticas totales son más elevadas en la cima que en la base.

Definido y explicado muy someramente lo que debe entenderse por tensión estática, tensión dinámica y diferencia de tensión entre las diferentes partes del pulmón nos parece relativamente sencillo comprender el modo de acción del neumotórax. Suprimir o al menos disminuir en cuanto sea posible las tensiones estática y dinámica, restablecer el equilibrio entre estas dos tensiones, respetar el equilibrio tensional en las partes sanas, tales son las ideas directrices que deben guiar la terapéutica por neumotórax en la tuberculosis pulmonar.

En otras palabras, descanso estático completo, descanso dinámico incompleto, restablecimiento óptimo del equilibrio de las tensiones elásticas pulmonares, son las tres características que definen el modo de acción del neumotórax.

Antes de terminar este breve resumen de la mecánica pulmonar queremos insistir muy rápidamente en una noción teórica que se deduce de las nociones anteriores, pero que nos parece tener una importancia práctica considerable para dirigir correctamente la terapéutica por neumotórax.

Queremos hablar del valor de las presiones intrapleurales y de la presión óptima teórica, que realiza el máximo de descanso pulmonar (1).

Sabemos que el neumotórax completo ejerce su acción favorable sobre el pulmón reduciendo más o menos considerablemente los tres elementos del traumatismo pulmonar. Cuando el gas inyectado en el neumotórax se equilibra con la tendencia retráctil del pulmón en la espiración, es decir suprime o disminuye considerablemente el traumatismo estático permanente, el pulmón llega al descanso óptimo cuando se realiza el equilibrio entre la presión intra-alveolar, o sea la presión atmosférica y la presión pleural. Teóricamente este equilibrio de presiones corresponde al cero espiratorio manométrico y por consiguiente ésta es la presión óptima para obtener el máximo de eficacia terapéutica. Cabe hacer notar que esta noción teórica concuerda perfectamente con la regla empírica adoptada por Kuss: "El mínimo de presión suficiente para obtener un buen resultado clínico y radiológico.

Este estado perfecto no dura sino un instante porque la inspiración hace disminuir la presión pleural y distiende de nuevo el pulmón. Sin duda este traumatismo dinámico disminuye considerablemente gracias al neumotórax pero no se suprime, a pesar de que el neumotórax se mantenga a la presión del cero espiratorio. Ahora bien, podría ser ventajoso el aumento de las presiones para tratar de suprimir este traumatismo dinámico? no, porque la simple radioscopia nos muestra que esta compresión es ilusoria y que no se ejerce sino sobre las partes sanas del pulmón, reduciendo la función respiratoria normal y porque sabemos que el esfuerzo de compensación de la caja torácica se traduce por un aumento entre los límites de la presión espiratoria o estática e inspiratoria o dinámica, en otros términos, se aumentaría el traumatismo dinámico sin ninguna ventaja para el descanso de las lesiones pulmonares.

Esta regla del cero espiratorio no debe considerarse como

(1) Los médicos interesados en este punto particular deben consultar la tesis de J. Delannoy: *Mesure et Interpretation des pression pleurales. Application a la conduite du pneumothorax. Le collapsus optimum.* Librairie, J. B. Bailliere et Fils, Paris (1935).

absoluta porque existen factores diversos que pueden modificarla, pero si pensamos que puede constituir un punto de reparo interesante, sobre todo para los médicos poco entrenados en la práctica del neumotórax. Por nuestra parte siempre hemos procurado ceñirnos lo más estrictamente a esta regla teórica con resultados muy satisfactorios y sin que hayamos tenido que lamentar consecuencias perjudiciales.

Es el momento de agregar que una teoría satisfactoria que pretenda explicar claramente el modo de acción del neumotórax no puede basarse únicamente en el hecho mecánico sino que es necesario admitir toda una serie de fenómenos cuyo punto de partida es sin duda el factor mecánico pero que secundariamente van a agregarse a este factor primordial para lograr un conjunto armonizado en el que los factores biológicos de curación pueden salir victoriosos de los factores destructivos.

Para completar este breve resumen sobre el modo de acción del neumotórax queremos agregar dos palabras sobre las modificaciones circulatorias, las modificaciones de la circulación linfática, la acción sobre el sistema nervioso pulmonar y las modificaciones respiratorias introducidas en la fisiología pulmonar por el nuevo equilibrio mecánico colapsoterápico.

Modificaciones circulatorias

Lógicamente parece que las modificaciones obtenidas por el neumotórax en la irrigación pulmonar tengan una parte muy importante sobre los resultados inmediatos de esta terapéutica y fueran suficientes para explicar por ejemplo, la cesación brusca de una hemoptisis, o el descenso de la temperatura por la supresión o la disminución de los intercambios tóxicos entre el foco patológico y la corriente circulatoria.

Teorías diferentes y contradictorias se han enunciado para explicar estos hechos pero en resumen parece que deben tenerse en cuenta dos factores en las modificaciones circulatorias: el uno particular a la inflamación tuberculosa y el otro inherente al colapso provocado. Al nivel de las lesiones tuberculosas se observan transformaciones vasculares caracterizadas por la obliteración y desaparición de vasos en la zona ulcerada y por la aparición de capilares neoformados en las zonas perilesionales. En resumen isquemia central, hiperemia periférica es decir ni más

ni menos de lo que se observa en cualquier inflamación banal y que condiciona directamente todo proceso cicatricial.

Pero el colapso propiamente dicho provoca modificaciones que pueden resumirse así: la circulación sanguínea persiste en el pulmón colapsado porque de lo contrario no podríamos explicarnos la posibilidad del neumotórax bilateral, esta irrigación sanguínea es directamente proporcional a los movimientos respiratorios, y como sabemos que los movimientos respiratorios se encuentran disminuídos por la acción mecánica del neumotórax sobre la tensión estática y dinámica es lógico deducir que la irrigación total del pulmón disminuye en la misma proporción. Si recordamos que la acción del neumotórax se manifiesta de manera selectiva sobre las zonas patológicas debemos entonces agregar que no sólomente se produce una disminución total de la irrigación sanguínea pulmonar sino que además esta disminución es más considerable al nivel de las zonas tuberculizadas.

Modificaciones de la circulación linfática

La falta de documentación sobre la circulación linfática del pulmón dificulta considerablemente el estudio sobre la importancia que pueda tener este factor en el pulmón colapsado. Algunos autores admiten que la colapsoterapia engendra una dilatación de los vasos linfáticos y en consecuencia una estasis que sería favorable a los procesos biológicos de curación, pero nos parece más lógico admitir con otros autores, que paralelamente a la disminución de la circulación sanguínea se produce igualmente una disminución de la cantidad de linfa, particularmente apreciable al nivel de las zonas patológicas.

Acción sobre el sistema nervioso pulmonar

Poco se conoce sobre la acción de la colapsoterapia sobre el sistema nervioso pulmonar. Probablemente la desaparición brusca de cavernas, que se observa con alguna frecuencia inmediatamente después de la crecaión de un neumotórax, no puede explicarse sino por fenómenos atelectásicos de vecindad, sobre los cuales la influencia nerviosa directa o indirecta es segura, mas por el momento carecemos de los medios para saber en qué medida y de qué manera el neumotórax puede influenciar el sistema nervioso pulmonar.

Modificaciones respiratorias

El neumotórax ejerce su acción sobre los factores respiratorios de dos maneras principales: en primer lugar parece demostrado que la obliteración mecánica de los conductos aéreos brónquicos no se realice por la colapsoterapia, como se pensaba en otros tiempos. Giraud y de Reynier han demostrado, experimentando sobre el hombre, que en el pulmón colapsado las cavidades brónquicas son perfectamente permeables al lipiodol hasta el extremo límite alveolar.

En segundo lugar el neumotórax modifica de manera importante la ventilación pulmonar, modificando la estática pulmonar. Basta recordar que la hematosiis depende directamente de la ventilación pulmonar y de la amplitud de los movimientos respiratorios.

El pulmón desprendido de la pared costal se encontrará en una posición de descanso casi real. La respiración pulmonar a partir de esta posición de descanso casi completa tendrá como consecuencia la disminución y hasta la supresión del aire de reserva y del aire residual, es decir, de la capacidad respiratoria pulmonar, que resulta de la suma de estos dos factores, y que constituye la masa de aire en la cual viene a diluirse el aire inspirado. El aire utilizado por el pulmón será consecuencialmente más rico en oxígeno y la respiración podrá compararse, según la expresión de Rist, a la respiración del recién nacido. Hilton ha demostrado que gracias a este mecanismo la sangre arterial de un enfermo tratado por neumotórax tiene una proporción de oxígeno comparable a la de la sangre arterial normal. Dautrebande ha podido precisar, experimentalmente, que si la saturación oxi-hemoglobinada antes del neumotórax es más baja que la normal, por ejemplo del noventa por ciento, después del neumotórax la sangre se satura de oxígeno en la proporción de noventa y seis por ciento. Cuando la bolsa de aire del neumotórax disminuye, la saturación disminuye igualmente para volver al noventa por ciento primitivo.

Las modificaciones de diverso orden que acabamos de señalar explican que la acción del neumotórax no sea únicamente mecánica y local sino que al mismo tiempo puede tener una acción de orden general.

Sin duda la acción mecánica es el primer eslabón de una se-

rie de fenómenos primitivamente localizados en el pulmón, pero secundariamente gracias a la unidad que preside los fenómenos biológicos, modificaciones biológicas y mecánicas van a convertirse en un conjunto armonizado que, pueda triunfar definitivamente de la tuberculosis, que no es como erróneamente pudiera pensarse una simple infección localizada en el pulmón, sino una enfermedad infecto-contagiosa que tiene sus repercusiones sobre la totalidad del organismo. En otros términos y haciendo nuestra la frase de Pavie, podemos decir que: "el neumotórax cura la tisis porque cura la tuberculosis del pulmón".

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS LIMITES DE LA COLAPSOTERAPIA POR NEUMOTORAX

No cuadraría dentro de los límites que voluntariamente hemos querido trazar a este trabajo, un estudio detenido y pormenorizado de las indicaciones y contraindicaciones del neumotórax. Por lo demás sería hacer una incursión inútil en terreno ajeno, puesto que precisamente uno de los temas oficiales propuestos en esta semana de la tuberculosis, es el de la colapsoterapia y que lógicamente nos parece que debe ser allí en donde se analice más profundamente esta cuestión. Queremos solamente hacer algunas consideraciones de orden general, al margen del tema oficial, insistiendo particularmente sobre los límites de la colapsoterapia con neumotórax.

En la práctica diaria del dispensario y del sanatorio el médico debe resolver dos problemas igualmente importantes para el porvenir del enfermo y de cuya acertada o errónea solución depende tanto la reputación del médico como lo que nos parece más grave la confianza o el descrédito que en el futuro pueda tener la colapsoterapia entre nosotros.

No hay que olvidar que si es verdad que el neumotórax tiene ya un pasado plenamente probatorio de más de veinticinco años, en nuestro medio constituye una innovación terapéutica relativamente reciente, todavía mal conocida por el gran público, y aceptada con mayor o menor facilidad por el enfermo a quien influyen en grado diferente la confianza que su médico le inspire y también, lo que no debemos olvidar, los éxitos o fracasos obtenidos por el método en otros enfermos.

Este estado de espíritu es particularmente sensible en la

clientela del sanatorio, en donde la vida en común de los enfermos, la ociosidad forzosa a que están sometidos, la constante preocupación, que llega casi a ser una psicosis colectiva, sobre el porvenir de su enfermedad, hacen que el enfermo observe el más mínimo detalle y lo comente largamente con sus compañeros tejiendo las suposiciones más absurdas y llegando a las conclusiones más inverosímiles a raíz de la más insignificante complicación del método. Por eso, una serie de fracasos, puede tener una repercusión decisiva e insospechada sobre el porvenir del método y creemos que el fisiólogo no tiene el derecho de olvidar ni de restarle importancia a este factor que nos parece de gran importancia porque hemos tenido ocasión de vivir este problema.

Decíamos que en la práctica diaria el médico se encuentra frente a dos problemas igualmente interesantes, a saber: En qué casos debe aconsejar el neumotórax o al contrario en qué casos debe tomar la penosa decisión de no aconsejarlo, de los cuales el último nos parece más difícil y grave de resolver. En efecto sería relativamente sencillo el poder aconsejar en todos los casos el neumotórax y el problema se reduciría a una simple ecuación: tuberculosis igual neumotórax o métodos sustitutivos quirúrgicos, mas no hay que olvidar que la complejidad de los fenómenos biológicos no se presta a razonamiento tan simplista. Es verdad que las indicaciones y contraindicaciones pueden resumirse de manera elegante en una pormenorizada y larga lista que dé la impresión de un estudio muy completo, pero que a nuestro modo de ver no tendrá sino un valor meramente didáctico, porque en la práctica, el médico frente al caso clínico, buscará sin encontrarlo en la mayoría de las veces, el renglón que se adapte perfectamente al caso estudiado.

A riesgo de repetir una banalidad médica el criterio del fisiólogo debe basarse teniendo en cuenta no sólo la lesión local sino también el estado general y la mayor o menor resistencia del terreno. En otros términos, la oportunidad de la indicación está supeditada a dos factores, la forma anatomopatológica de la lesión local y el grado evolutivo de esta lesión.

Si recordamos el polimorfismo anatómico de la tuberculosis pulmonar, la evolución forzosa de las lesiones tuberculosas hacia tres tipos exclusivos y diferentes: esclerosis, resolución, caseificación; si no hemos perdido de vista de que manera el equilibrio mecánico colapsoterápico se modifica, en particular por la escle-

rosis, comprenderemos inmediatamente que el neumotórax, que se opone a la acción traumatizante y agravante de las tensiones aumentadas patológicamente, tiene una acción completamente diferente según el tipo anatómico considerado.

Sobre las lesiones fibrosas, constructivas, sobre los nódulos calcificados, el neumotórax no tendrá ninguna acción; sobre lesiones ulcero-fibrosas protegidas por una espesa y rígida zona de condensación, obrará facilitando la retracción espontánea, fenómeno muy lento y progresivo, y en el cual el aporte del neumotórax puede llegar a ser completamente inútil si las lesiones consideradas han perdido completamente su elasticidad y agotado su poder de retracción. Es en las formas jóvenes, exudativas, destructivas en las cuales el neumotórax ejerce su máximo de eficacia en el mínimo de tiempo.

Y por un camino desviado llegamos a un punto en donde podemos hacer resaltar la importancia capital del diagnóstico precoz de la tuberculosis y la de su tratamiento por el neumotórax precoz, aun en el caso de lesiones mínimas, teoría tan brillantemente defendida por Rist y sus colaboradores en estos últimos años. Si como está ampliamente probado y admitido por todos los tisiólogos modernos, el resultado del tratamiento está en relación directa con la precocidad de la intervención, sería superfluo insinuar sobre la importancia social que tiene el dispensario para realizar esta finalidad.

En cuanto a la precocidad de la intervención presenta ventajas indiscutibles que pueden resumirse así:

1º.—La intervención se practica con las mayores probabilidades de éxito porque la resistencia del enfermo está intacta o muy poco disminuída.

2º.—La intervención precoz evita, al suprimir rápidamente el foco infeccioso, ciertas complicaciones como las hemoptisis o ulteriores localizaciones bacilares en el pulmón opuesto o en otros órganos.

3º.—La intervención precoz permite la obtención de un colapso casi perfecto porque las adherencias pleurales, tanto más numerosas cuanto más antigua sea la lesión, no vienen a estorbar la formación de una bolsa completa.

4º.—A un colapso completo, corresponde por regla general, la desaparición rápida y definitiva de los bacilos de Koch, en la expectoración, y ésta es la ventaja capital de la intervención

precoz desde el punto de vista social porque nos permite suprimir muy rápidamente una fuente de contagio.

Las lesiones jóvenes, exudativas, destructivas, cuyo tipo más corriente es el de la caverna aislada, proporcionan el mayor número de casos en los cuales el médico tiene la imperiosa obligación de aconsejar a su enfermo el neumotórax, porque no solamente obtendrá la curación de un enfermo, sino que además pondrá en práctica una verdadera medida profiláctica, base primordial de toda medicina social.

Pero desgraciadamente, los médicos que tenemos alguna experiencia de la clientela del dispensario y de sanatorio en nuestro medio, hemos podido comprobar diariamente, con dolorosa resignación, que las buenas indicaciones del neumotórax y con mayor razón las de las otras intervenciones plásticas, constituyen la rarísima excepción de los casos diagnosticados. Con demasiada frecuencia el enfermo nos llega cuando el bacilo de Koch ha hecho estragos irremediables en un organismo aminorado por la enfermedad y por la miseria, y nuestro papel tiene que reducirse entonces a ser los testigos impotentes de un desenlace inexorablemente fatal.

Por eso nos permitimos escribir al principio de este capítulo, que nos parecía mucho más difícil para el médico saber en qué casos no debe aconsejar a su enfermo un neumotórax y continuamos pensando que la mayor prueba de ciencia y de criterio clínico para un tisiólogo, es la de saber oponer un nó categórico a nuestro propio subconsciente que nos impele a "hacer algo" y al querer suplicante del enfermo y de los familiares que buscan en el neumotórax la última tabla de salvación.

Razonablemente creemos que el tisiólogo no tiene el derecho de imponer un neumotórax a su enfermo en los casos de tuberculosis benignas abortivas, ni en las formas ganglio pulmonares del niño, que tienen una tendencia natural hacia la resolución completa con la simple ayuda de las prescripciones higieno-dietéticas. Tampoco nos parece lógico aconsejar el neumotórax en las formas a predominio fibroso, porque o bien son fácilmente soportadas por el organismo y entran entonces en la categoría de las tuberculosis benignas, o al contrario se acompañan de fenómenos tóxicos y de caquexia sobre los cuales la acción del neumotórax no tiene ninguna eficacia. Sabemos además que en estos casos la fibrosis difusa del pulmón constituye

un obstáculo que no puede ser vencido por el descanso mecánico.

Al llegar a las formas ulcero-fibrosas, que son la inmensa mayoría en la práctica diaria, el tisiólogo debe encontrar la justificación de la indicación, no tanto en el tipo anatómico-radiológico de la lesión local, sino principalmente en la resistencia del enfermo y en el carácter evolutivo de la lesión considerada. La edad, el sexo, los factores sociales, las condiciones económicas del enfermo, la uni o bilateralidad lesional, el predominio evolutivo sobre uno de los dos pulmones, el carácter tórpido o evolutivo de las lesiones controlaterales, cuando existen, lo cual es casi una regla general, son factores todos que deben ser estudiados y analizados por el médico con la mayor atención antes de tomar una determinación, que el tiempo, que en definitiva es el árbitro supremo en estas cuestiones, pudiera mostrar como inútil o peligrosa. Inútil porque en los casos más favorables el neumotórax no traerá ninguna modificación apreciable del estado local ni del estado general, peligrosa porque en la mayoría de los casos, no sólo el neumotórax será incapaz de remediar una situación rápidamente fatal, sino que será el punto de partida de complicaciones graves como la pleuresía purulenta, la perforación pulmonar, la rápida evolución de las lesiones controlaterales, etc., que agregadas a la evolución normal de la enfermedad, vendrán a acelerar el desenlace mortal, después de haber sometido al enfermo a dolencias físicas innecesarias.

Para expresar nuestra opinión de manera más categórica, diremos, que a nuestro modo de ver, **NADA PUEDE SER TAN PELIGROSO PARA EL PORVENIR DE LA COLAPSOTERAPIA POR NEUMOTORAX, COMO SU DESMEDIDA E IRRAZONADA APLICACION POR PARTE DE CELOSOS PARTIDARIOS GUIADOS UNICAMENTE POR EL AFAN, BIEN EXCUSABLE, DE QUERER "HACER ALGO"**. En particular queremos insistir en que este modo de ver podría ser particularmente nefasto en los casos de neumotórax bilateral, en los cuales, haciendo nuestra la frase tantas veces oída a nuestro maestro Dumarest: "El neumotórax bilateral debe ser perfecto o no ser".

En resumen nos ha parecido que nada podría sintetizar mejor nuestro modo de pensar, en relación con los límites de la colapsoterapia, que las ideas expuestas por Giraud y Rolland en los siguientes párrafos:

Para Giraud, "nada tan desalentador como el pensar que el porvenir pudiera pertenecer a una terapéutica destinada, en resumidas cuentas, a una minoría de privilegiados y todos los esfuerzos deben tender a encontrar un método de tratamiento, capaz de luchar no contra tal o cual forma anatomo-clínica particular sino contra la infección tuberculosa en general. Tenemos el derecho de pensar que no será en la sala de operaciones sino en el laboratorio, donde se descubrirá esta nueva terapéutica, que será sin duda el fruto del esfuerzo asociado del químico, del biólogo y del experimentador".

Rolland se expresa así: "Si nos damos cuenta de todo lo que queda por hacer para triunfar de la tuberculosis en todos los casos y si hemos señalado los límites de la acción de la colapsoterapia, no por eso debemos aminorar su valor: desde su nacimiento la colapsoterapia ha venido haciendo constantes progresos, pudiéramos decir que está en estado de "creación continua", y que sus resultados se perfeccionan sin cesar gracias a la adquisición de nuevas técnicas y a un conocimiento más exacto de las indicaciones terapéuticas y del mecanismo de curación de las lesiones tuberculosas".

OBSERVACIONES

Para obtener datos comparables entre sí, hemos estudiado un número igual de neumotórax en el sanatorio y en el dispensario: Ciento veinte casos en total. Como hubiera sido extremadamente largo y fastidioso, presentar la observación pormenorizada de cada uno de los enfermos tratados, hemos preferido presentar los resultados globales teniendo en cuenta particularmente:

- 1º.—Número de observaciones.
- 2º.—Sexo de los enfermos.
- 3º.—Influencia del lado tratado.
- 4º.—Tiempo de tratamiento hasta el 31 de diciembre de 1939.
- 5º.—Edad de los enfermos.
- 6º.—Complicaciones observadas: derrames simples, serofibrinosos o purulentos; sínfisis encontradas; bridas observadas, divididas en operables y no operables; perforaciones benignas y mortales; evoluciones controlaterales; accidentes benignos.
- 7º.—Tipo radioclínico de las lesiones iniciales. Hemos adop-

tado la clasificación de Coulaud, que se basa exclusivamente en el aspecto radiológico de la lesión, porque nos ha parecido que por su sencillez y objetividad era la que se prestaba más fácilmente para reunir de manera exacta tipos lesionales heterogéneos. Partiendo del número total de casos tratados en cada tipo radiológico, hemos estudiado con detenimiento, convencidos de que tal vez sea el dato más interesante de este trabajo, el número de curaciones, mejorías, agravaciones y casos estacionarios correspondientes al tratamiento por neumotórax en cada tipo radiológico. Para traducir estos resultados de manera más clara, en cada tipo sacamos lo que nosotros nos hemos permitido llamar el "porcentaje favorable", y que resulta de un simple cálculo entre la suma de los casos curados y mejorados y el número global de casos tratados en cada tipo radiológico. En efecto nos parece, que en un estudio como el nuestro basado en un tiempo de observación relativamente corto, debe tenerse en cuenta al analizar los resultados del método, al mismo tiempo que las curaciones clínicas ya obtenidas, las mejorías observadas, porque muchas de estas mejorías deben convertirse con el correr del tiempo en verdaderas curaciones y que por consiguiente la suma de estos dos factores o "porcentaje favorable" es lo que representa el saldo favorable de la terapéutica en el momento de nuestro estudio.

8º.—Los resultados globales de curación, mejoría, agravación, muerte y estados estacionarios.

Al final de este trabajo mostraremos y comentaremos brevemente algunas radiografías, cuyo número es muy reducido, muy a nuestro pesar y por motivos ajenos a nuestra voluntad.

DATOS ESTADISTICOS COMPARATIVOS

Pneumotórax.

Puntos de comparación	Hospital de La María	Dispensario
Nro. de observaciones	60	60
Sexo:		
Hombres	27	25
Mujeres	33	35
Influencia del lado:		
Derechos	27	24
Izquierdos	33	36

Puntos de comparación	Hospital de La María	Dispensario
Duración al 31 de diciembre de 1939:		
De menos de 1 mes	2	3
de 1 a 2 meses	4	2
de 2 a 3 meses	5	2
de 3 a 4 meses	5	2
de 4 a 5 meses	6	4
de 5 a 6 meses	4	1
de 6 a 7 meses	6	8
de 7 a 8 meses	4	1
de 8 a 9 meses	3	9
de 9 a 10 meses	2	7
de 10 a 11 meses	1	8
de 11 a 12 meses	3	3
de 12 a 13 meses	4	1
de 13 a 14 meses	5	3
de 14 a 15 meses	2	1
de 15 a 16 meses	1	1
de 16 a 17 meses	1	0
de 17 a 18 meses	0	2
de más de 18 meses	2	2

Edad:

Menos de 15 años	0	2
de 15 a 20 años	7	12
de 21 a 25 años	13	20
de 26 a 30 años	16	15
de 31 a 35 años	17	6
de 36 a 40 años	5	5
de 41 a 45 años	1	0
de 46 a 50 años	1	0

Complicaciones

Derrames:

simples	8	7
purulentos	2	2

Sínfisis

3	5
---	---

Bridas:			
	operadas	2	4
	no operadas	13	18
Perforaciones:			
	mortales	1	1
	benignas	1	2
Evoluciones controlaterales		4	8
Accidentes benignos		1	2

TIPOS RADIOCLINICOS DE LAS LESIONES INICIALES

Clasificación hecha por Coulaud.

Primer tipo. Tuberculosis neumónica posiblemente lobar.

	Hospital de La María	Dispensario
Siete así:		Tres así:
Curaciones	2	1
Mejorías	3	1
Estacionarios	1	0
Agravaciones	1	1
Porcentaje favorable	71,4%	66,6%

Segundo tipo. Cavernas casi aisladas acompañadas o no de manchas en su vecindad inmediata.

	Hospital de La María	Dispensario
Quince así:		Treinta y dos así:
Curaciones	5	12
Mejorías	8	9
Estacionarios	1	6
Agravaciones	1	5
Porcentaje favorable	86,6%	68,7%

Tercer tipo.—Tuberculosis nodular más o menos extendida al tercio, a la mitad o a la totalidad del pulmón, complicada o no de imágenes cavitarias o de aspecto en miga de pan.

Hospital de La María		Dispensario
Treinta así:		Diez y nueve así:
Curaciones	3	3
Mejorías	19	6
Estacionarios	4	5
Agravaciones	4	5
Porcentaje favorable 73,32%		47,32%

Tipo cuarto.—Tuberculosis ganglio-pulmonar del niño.
No hay Pneumotórax en ninguno de los dos establecimientos, de este tipo.

Tipo quinto.—Tuberculosis de tipo fibroso.

Hospital de La María		Dispensario
Ocho así:		Cinco así:
Curaciones	1	0
Mejorías	3	0
Estacionarios	2	1
Agravaciones	2	4
Porcentaje favorable 37,4%		0%

Tipo sexto.—Tuberculosis finamente nodular, llamada granúlica.
Un solo caso en el Dispensario con agravación.

COMENTARIO SOBRE LOS RESULTADOS ESTADISTICOS

Sexo.—De nuestra estadística se desprende que el número de mujeres tratadas es sensiblemente superior al de los hombres. Creemos que esto deba interpretarse únicamente, como una mayor preocupación que tienen las mujeres por su estado de salud, que hace que acudan en mayor número al dispensario.

Influencia del lado tratado.—El número de lesiones izquierdas resulta superior, tanto en el dispensario como en el sanatorio. Esto parece confirmar otras estadísticas europeas y se explicaría según algunos autores, por una mejor repartición de las tensiones en el pulmón derecho consecuencia del hecho anatómi-

co de presentar tres lóbulos en tanto que el pulmón izquierdo sólo tiene dos.

Duración del tratamiento.—Lapso de observación variable entre veintidós y seis meses. Cabe hacer notar, que en nuestra estadística, tal vez demasiado honrada, se han tenido en cuenta para calcular los resultados globales, casos en los cuales el neumotórax se suspendió al cabo de tiempos tan cortos que lógicamente no debieran considerarse como tratamientos por neumotórax. Indudablemente estos casos tienen una influencia desfavorable sobre los resultados, motivo para poder considerar nuestra estadística como un poco pesimista y para afirmar que una más correcta escogencia de las observaciones nos hubiera permitido sacar conclusiones más favorables para el método.

Edad.—En Medellín los jóvenes de 21 a 25 años predominan en el número de casos tratados por el Dispensario. En el Hospital Sanatorio de La María el más alto porcentaje lo dan los enfermos entre 31 y 35 años. Esta diferencia se explica porque por razones económicas y sociales el dispensario tiene que hospitalizar en La María a los enfermos más graves y de más edad, pues en general estos últimos no pueden contar con el apoyo familiar con que cuentan los más jóvenes; aunque estamos convencidos de que este modo de selección constituye un error científico desgraciadamente impuesto por las circunstancias.

Derrames.—Porcentaje equivalente tanto en el dispensario como en el sanatorio. No puede deducirse ningún argumento en contra del sanatorio porque no hay que olvidar que esto se explica por la mayor gravedad de los casos allí tratados; en cambio en el dispensario, los casos mejor seleccionados, presentan un porcentaje relativamente escaso de complicaciones pleurales a pesar de las defectuosas condiciones higieno-económicas en que viven la mayoría de los enfermos tratados ambulatoriamente. Nos parece interesante precisar que en el sanatorio los derrames se observan con una frecuencia del 80% sobre el número total, exclusivamente en los hombres, sin duda porque más indisciplinados que las mujeres no se someten a las prescripciones de descanso aconsejadas después de cada insuflación en medio sanatorio. También nos parece interesante hacer observar que el porcentaje de derrames sólo alcanza un 16,6% en el número de casos tratados en el sanatorio y un 15% sobre el total de los tratados en el dispensario. Porcentaje muy inferior al que señalan los

autores europeos. Citemos entre otros: Dumarest sobre 265 casos anota un 67,5% de pleuresías serofibrinosas y un 18% de purulentas; Saugman señala 67% durante 13 años de observación; Rist y Naveau obtienen un 52% y en fin Maendl estima que los derrames se observan con una frecuencia que oscila entre 50 y 60%. No sabemos a qué atribuir el pequeño porcentaje de derrames observados en nuestro medio y a título de simple hipótesis, pensamos que esto se deba a condiciones climáticas más homogéneas y favorables que las observadas en Europa.

Bridas.—El alto porcentaje observado confirma la extrema frecuencia con la cual las bridas vienen a complicar el neumotórax y muestran que el número de casos operables es más bien escaso. Creemos que a medida que nos acerquemos al ideal de la intervención precoz, el número de bridas operables puede aumentar de manera insospechada.

Perforaciones.—Se ha presentado un número igual de casos mortales tanto en el dispensario como en el sanatorio. Creemos necesario aclarar, que el caso mortal observado en el sanatorio se explica por haberse tratado de un individuo de cierta edad con lesiones ulcero-fibrosas extendidas; en cambio en el dispensario se trató de una mujer joven, con una pequeña ulceración apical e integridad radiológica del resto del campo pulmonar y del pulmón tratado. Nos parece que en este último caso la muerte sobrevino principalmente, porque las modalidades del tratamiento ambulatorio nos impidieron conocer la complicación presentada por esta enferma, habiendo sido informados sólo dos días después cuando ya era demasiado tarde. Esta enferma tratada a tiempo, en medio sanatorial, hubiera debido salvarse.

Evoluciones controlaterales.—Es demostrativo, y mucho, que éstas se presenten con el doble de frecuencia en la clientela ambulatoria del dispensario. La elocuencia de las cifras nos demuestra, por si fuera todavía necesario demostrarlo, la necesidad de la cura sanatorial durante los primeros meses de la terapéutica colapsoterápica.

Tipo radioclínico de las lesiones iniciales.—Del estudio comparado entre los tipos radiológicos iniciales y el resultado clínico obtenido, podemos anotar los siguientes puntos:

a). En las tuberculosis neumónicas el porcentaje favorable es prácticamente el mismo pues tenemos 71,4% en el sanatorio, y 66,6% en el dispensario.

b). En las cavernas aisladas, acompañadas o no de manchas en su vecindad, el porcentaje favorable es en el sanatorio de 86,6% y en cambio en el dispensario el porcentaje disminuye a 68,7%. Debemos observar que este tipo radiológico se nota con mayor frecuencia en el dispensario, 32 casos en vez de 15, porque el diagnóstico precoz nos permite una mejor selección y un tratamiento ambulatorio cuando las condiciones económicas del enfermo son lo suficientemente buenas para poder sostenerse sin trabajar.

c). Si consideramos el tipo de tuberculosis nodular más o menos extendida, y complicado o no de imágenes cavitarias o del aspecto de "miga de pan", que es el tipo corriente de la tuberculosis crónica, resalta con mayor evidencia la importancia de la cura sanatorial, pues al paso que en el sanatorio se obtiene un 73,3% de porcentaje favorable, ambulatoriamente sólo se llega a un 47,3%. A la inversa de lo que pasa con el tipo radiológico anterior, las formas ulcerofibrosas representan la gran mayoría de los casos tratados en el sanatorio.

d). En el tipo radiológico de tuberculosis fibrosas, debemos hacer resaltar que las cifras de 37,4% y de 0% de resultados favorables obtenidos respectivamente en el sanatorio y en el dispensario, vienen a confirmar una vez más la necesidad de la cura sanatorial. Cómo concebir prueba más demostrativa de que el neumotórax no es un tratamiento curador por sí mismo, puesto que los mejores resultados obtenidos en el sanatorio, sólo pueden explicarse por la ayuda que la cura higieno-dietética presta al organismo cuando el pulmón, gracias a la acción mecánica del neumotórax, se encuentra en condiciones favorables para su cicatrización.

Al llegar al término de este trabajo, basándonos en los resultados experimentales de 120 casos, observados clínica y radiológicamente durante un lapso variable entre 22 y 6 meses, nos creemos autorizados, con las salvedades hechas al comienzo de nuestro estudio, a sentar las siguientes proposiciones que esperamos puedan servir de punto de partida para investigaciones ulteriores:

1º.—Los conocimientos teóricos sobre el modo de acción del neumotórax, desde el doble punto de vista mecánico y biológico, son la base indispensable para que el médico, a la luz de estos conocimientos, pueda aconsejar de manera lógica y razonable el

tratamiento por neumotórax. En particular, el tisiólogo debe tener nociones exactas sobre los verdaderos límites de la colapsoterapia y no olvidar que ésta sólo es aplicable a una "minoría de privilegiados".

2°.—Del estudio teórico se desprende que los resultados del neumotórax son tanto más eficaces cuanto más jóvenes, exudativas y destructivas sean las lesiones tratadas. La eficacia va disminuyendo a medida que nos acercamos a las formas fibrosas, en las cuales el neumotórax puede ser inútil o peligroso, porque las lesiones han perdido su elasticidad y agotado su poder de retracción.

3°.—Los resultados experimentales de nuestro trabajo, confirman plenamente estas ideas, pues al paso que en las lesiones jóvenes, exudativas y destructivas, tipo caverna aislada, obtenemos un porcentaje favorable de 86,6% en el sanatorio y de 68,7% en el dispensario, en las formas a predominio fibroso sólo alcanzamos el porcentaje de 37,4% en el sanatorio y de 0% en el dispensario.

4°.—El dispensario que entre otras funciones tiene la del descubrimiento precoz de los tuberculosos, debe considerarse como la base sobre la cual reposa la lucha antituberculosa, porque nos permite intervenir rápida y eficazmente, pero a pesar de la obra realizada, con demasiada frecuencia el enfermo acude al dispensario cuando ya las lesiones bacilares han hecho estragos irremediables que están fuera del alcance de la terapéutica. Debemos deducir que todos nuestros esfuerzos deben tender a "buscar" el caso precoz, mediante la acción social conjunta de los médicos y de las enfermeras visitadoras.

5°.—Las cifras estadísticas comparadas, de los resultados obtenidos por la colapsoterapia sobre idénticos tipos lesionales, comprueban hasta la evidencia, las ventajas indiscutibles que el medio sanatorial ofrece a la colapsoterapia por neumotórax, hasta el punto que creemos poder afirmar que si el dispensario constituye la primera y primordial etapa del diagnóstico, el sanatorio debe considerarse como la primera e imprescindible etapa del tratamiento.

Alfonso RODRIGUEZ BELLO
Médico Jefe del Dispensario de Medellín.

Rafael J. MEJIA
Médico Jefe del Hospital Sanatorio de La María.

BIBLIOGRAFIA

- J. Delannoy. Mesure et interprétation des pressions pleurales. J. B. Bailliere et fils. Edit. Paris 1935.
- F. Dumarest, P. Lefevre, H. Mollard, P. Paive et P. Rougy. La pratique du pneumothorax thérapeutique. Masson. Edit. Paris 1936.
- Parodi. La mécanique pulmonaire. Adapté par P. Lefevre. Masson. Edit. 1933.
- A. Rodríguez Belle. Considerations sur la conception actuelle du Sanatorium. Thèse de Lyon. 1938.
- P. Veran. La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades. G. Doin. Edit. Paris 1932.
- J. Wellhoff. Pneumothorax a froid en milieu Sanatorial. Thèse de Lyon 1939.

Diagnóstico de Perplejidad o de Gaveta en Gastro-enterología

Con el calificativo de diagnósticos de perplejidad o de gaveta denomina Gustavo von Bergmann un grupo de molestias, cuyas causas son muy distintas a las que indican aún hoy gran número de médicos inclusive radiólogos y especialistas notables. Tales son:

I.—Las neurosis puras de ciertos órganos:

a) neurosis cardíaca, debilidad nerviosa del corazón, neurosis vaso-motora;

b) neurosis gástrica, cardialgia, dispepsia nerviosa, neurosis secreto-motora del estómago, pilorospasmo, etc.

II.—Ptosis y atonía del estómago, de los intestinos, nefropotosis, esplacnoptosis generalizada.

III.—Espasmos y fermentaciones intestinales.

IV.—Trastornos por adherencias peritoneales.

V.—Molestias reumáticas, neuralgia intercostal.

VI.—Vagotonía. Simpaticotonía.

Pero para un médico mejor informado y que haya meditado y discutido más extensamente los problemas de su oficio la neurosis cardíaca por ejemplo, puede proceder de insuficiencias circulatorias latentes por trastornos de la irrigación del corazón (insuficiencia coronaria), trastornos circulatorios de la regulación periférica, colapso crónico, molestias de la actividad capilar o de factores extra-circulatorios como la aerofagia, el meteorismo intestinal, la hernia gástrica a través del hiatus diafragmático (síndrome epifrénico), o de factores tóxicos (tabaco) o metabólicos como la avitaminosis B (uno) o las disendocrinias (hipertiroidismo, etc.)

Así mismo la neurosis gástrica o la dispepsia secreto-motora cuántas veces no es en realidad la expresión de una úlcera gástrica o duodenal, de un cáncer gástrico, de una gastritis o duodenitis, de una colecistopatía, de un estómago irritable o alérgico, de un dolico cólon, etc.

Los dolores diversamente localizados, aquellas algias que andan en los músculos y articulaciones, las neuralgias intercostales, que calificamos tan fácil y ligeramente de reumáticas cuántas veces no proceden de una hipertensión arterial latente.

Y los tan traídos espasmos del píloro y del cólon, cuán frecuentemente no se deben a una úlcera péptica. (1)

Siguiendo a Bergmann podríamos multiplicar los ejemplos, pero esta vez, limitándonos a la gastroenterología, enfocaremos el diagnóstico de gastroptosis o de gastrocoloptosis, entidades que a la manera de ciertas modas del vestir perduran airosamente entre nosotros cuando como la clorosis y otros síndromos han desaparecido hace mucho tiempo en centros de mayor cultura médica.

Entregar a un enfermo un protocolo de examen radiológico con la conclusión de gastro o gastrocoloptosis significa la ignorancia y el desconocimiento más completos del verdadero motivo de sus molestias.

Las ptosis digestivas en general no son una enfermedad sino en la mayoría de los casos expresión constitucional y hereditaria de la forma asténica del crecimiento. Casos menos frecuentes son adquiridos y proceden de enflaquecimientos rápidos, de relajación de las paredes abdominales por embarazos repetidos, punción de ascitis, extirpación de tumores voluminosos, enfermedades caquetizantes, defectos o carencias crónicas de alimentación.

La exuberancia sintomática, la riqueza de trastornos que acusan algunos ptósicos digestivos son más estigmas y signos de irritación del sistema neuro-vegetativo, que trastornos de la fi-

(1) Siguiendo la terminología norteamericana preferimos el nombre de péptica para las úlceras gastro-duodeno-yeyunales en general, sin reservarlo como los franceses y alemanes a la úlcera yeyunal post-operatoria que aparece después de las gastro-enteroanastomosis o de las gastrectomías, lesión que denominan los americanos también simplemente úlcera marginal.

siología gástrica consecutivos al descenso o hundimiento del polo caudal del estómago. Hoy está ampliamente demostrado que la mayoría de los gastroptósicos conservan normal su función peristáltica (o de acomodación de sus paredes al contenido) y también su facultad de evacuación resultante de un peristaltismo normal. Sólo cuando la radioscopia demuestre la retención apreciable después de seis horas de la comida opaca, ausencia o insuficiencia del peristaltismo y gran aumento de la distancia entre las dos curvaturas gástricas, puede hablarse de atonía, la que es muy raro encontrarla de una manera aislada e independiente de una estenosis del bulbo duodenal o del píloro.

Desde los brillantes estudios de Forssell se sabe que la atonía del estómago caído es rara, pues tal autor demostró, que la fibra muscular lisa tiene la aptitud de cambiar de longitud y de diámetro durante largo tiempo sin ningún incremento metabólico, sin desgaste de oxígeno y sin aumento de la producción de ácido láctico. Por consiguiente la ptosis no es una predisposición a la atonía. Todo radiólogo conoce peristaltismos muy activos en estómagos bajos e inversamente, estados de insuficiencia motora y de evacuación, en estómagos altos como los de los obesos.

Fuera de que numerosos diagnósticos radiológicos de gastroptosis son muy discutibles por la falta de alejamiento entre la gran tuberosidad y la cúpula diafragmática izquierda y del descenso del píloro, que son los hechos esenciales, la mayoría de tales diagnósticos se rectifican con el tiempo, desgranándose los unos en úlceras pépticas, los otros en colecistitis o apendicitis crónicas, anexitis o metroanexitis, celulitis, etc.

Las ptosis son el tipo de la enfermedad yatrógena, es decir, inducida por el médico: con el estómago como con el riñón caído, el paciente sufre mayores trastornos o apenas comienza a sentirlos cuando se denuncia la posición baja de aquellos órganos.

Con más exactitud podría cambiarse frecuentemente el diagnóstico de gastroptosis por el de solaritis toda vez que los mayores trastornos de los ptósicos se originan en la irritación de las redes nerviosas periaórticas que producen una atonía de la pared arterial con la aparición de batidos epigástricos tan grandes y aparentes que evocan a menudo la sospecha de la ectasia aórtica. En efecto la solaritis se presenta como incidente evolutivo en más del 50 por 100 de las ptosis digestivas y cambia el cuadro clínico por dolores y fatigas epigástricas muy semejantes a los

de la úlcera, pero constantes y sin periodicidad en el día y en el año como en ésta.

Otra expresión menos frecuente de las ptosis, especialmente del colon derecho, es un síndrome pseudoapendicular de preferencia en las mujeres jóvenes y que no mejora con la extirpación del apéndice, sino excepcionalmente, cuando dicho órgano hace de ligamento o está templado por adherencias. Si se recuerda que cerca del 15 al 30 por 100 de las personas que se quejan de molestias digestivas presentan alguna ptosis abdominal y si se recuerda también la enorme frecuencia de la úlcera duodenal y la facilidad con que se atribuyen sus síntomas—a falta de un examen radiológico o de su interpretación correcta—a la apendicitis crónica, podríamos decir con W. C. Alvarez (de Rochester) que no sólo para la úlcera péptica sino también para las ptosis, la apendicectomía es la operación que más comúnmente se practica.

Todo aquello explica la ineficacia frecuente de la apendicectomía en los casos crónicos y justifica las amargas quejas de los pacientes. Gutmann decía que al principio de su carrera hacía operar 300 o 400 apéndices fríos por año y que actualmente tal número no pasa de 15 o 20 en el mismo tiempo.. Seguramente, si en cada servicio de cirugía se hiciera una crítica severa de las llamadas apendicitis crónicas, de cada diez, cinco o seis se revelarían como errores de diagnóstico.

Con el epíteto ligero y descansado de gastroptosis abandonan frecuentemente los radiólogos la verdadera presa que consiste en una úlcera duodenal o en una colecistitis por correr tras la sombra del fondo gástrico.

La posición baja del estómago es en la mayoría de los casos una comprobación banal y en relación no sólo con el biotipo somático sino también con variaciones en las relaciones respectivas de las diversas vísceras, de la presión intraabdominal, del peso y cantidad de alimentos ingeridos y también de la disposición de las fibras musculares transversales y longitudinales. "Pero cumpla un estómago su tarea, dice Bergmann, y es indiferente sea largo y recurvado en forma de anzuelo o alto y corto como cuerno de toro. *La ptosis no es enfermedad ni necesita tratamiento* y la atonía gástrica es un terreno diagnóstico muy incierto".

De estos conceptos archiautorizados nace la práctica gastroenterológica sin fajas. Durante un año no vimos aconsejar una sola en la nutrida consulta de Gutmann y sólo excepcionalmente

en los servicios de Roux o de Carnot la vimos indicar, pero no con la inocente pretensión de levantar el estómago, sino con el fin de sostener la pared en ulcerosos que trabajan todo el día de pies y que realmente podrían beneficiar un poco de tal indicación.

Entre nosotros hay que liberar del martirio de las fajas al resto de los varios miles de gastro o gastrocoloptósicos que han pasado bajo la fluoroscopia en los dos últimos lustros. Digo el resto, porque de tales fajados, unos ya se han quitado tal instrumento de tortura convencidos de su inutilidad y en otros, controles radiológicos u operaciones posteriores, han descubierto la verdadera causa de sus trastornos en una úlcera péptica, una colecistitis, una apendicitis, una ginecopatía o simplemente en una estigmatización neuro-vegetativa con toda la rica floración sintomática de la hipertonia simpática o parasimpática.

Estas reflexiones deben incitarnos a dudar bastante de las ptosis como causa de las molestias en nuestros pacientes digestivos y a suplicar a los radiólogos se sirvan conservar en sus gavetas ese diagnóstico standard, inocente y bon a tout faire de gastroptosis o de gastrocoloptosis antes de colgarlo a enfermos que sufren por muy distintos motivos.

Jesús YEPES CADAVID

Un Nuevo Ataque, inaceptable, a los Fueros Profesionales

DECRETO N° 1736 DE 1940

por el cual se reglamentan los laboratorios de producción farmacéutica y de reenvase de especialidades farmacéuticas.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones legales,

Decreta :

Art. 1°.—Los laboratorios de producción farmacéutica o de reenvase de especialidades farmacéuticas establecidos en el territorio nacional, para poder continuar funcionando deberán ser dirigidos por un farmacéutico en ejercicio legal.

Parágrafo.—A partir de la vigencia de este Decreto, prohíbese el establecimiento de laboratorios que se dediquen al reenvase de especialidades farmacéuticas.

Art. 2°.—Desde la publicación de esta disposición, todo laboratorio de producción farmacéutica que se establezca en el territorio de la República, deberá ser dirigido por un farmacéutico titulado.

Art. 3°.—Los farmacéuticos en ejercicio legal podrán dirigir nuevos laboratorios de su propiedad, previa la comprobación de

este hecho ante la Inspección Seccional de Policía Sanitaria del respectivo departamento.

Art. 4º.—Ningún farmacéutico podrá dirigir más de un laboratorio cuando las labores de éste sean continuas. Podrán dirigir hasta dos laboratorios, cuando éstos verifiquen trabajos periódicos, previo concepto del Inspector Seccional de Policía Sanitaria respectivo.

Art. 5º.—La dirección de los establecimientos de que trata el presente Decreto es incompatible con la dirección de farmacias o droguerías.

Art. 6º.—Desde la vigencia de esta disposición ningún médico podrá dirigir los laboratorios a que ella se refiere. Se exceptúan de esta prohibición los profesionales que comprueben ante el Consejo Académico de la Universidad Nacional su especialización en farmacología.

El Consejo Académico de la Universidad Nacional fijará oportunamente las condiciones que han de reunir los profesionales de que se trata.

Art. 7º.—Los certificados establecidos por el Decreto 2135 de 1933 serán expedidos en lo sucesivo por las Inspecciones de Policía Sanitaria Nacional, entidad que en lo futuro vigilará el funcionamiento de estos establecimientos.

En dichos certificados se especificarán todos los requisitos exigidos por el art. 2º del citado Decreto, así como los aparatos y utensilios de que dispone el laboratorio para la elaboración de cada uno de los productos que prepare.

Art. 8º.—La violación de las disposiciones contenidas en el presente Decreto se sancionarán con multas de cincuenta a doscientos pesos (\$ 50 a 200) por la primera vez; de doscientos a quinientos (\$ 200 a 500) por la primera reincidencia, y de quinientos (\$ 500) y cierre del establecimiento si de nuevo incurriere en falta.

Art. 9º.—Las sanciones anteriores serán impuestas por los

Inspectores Seccionales de Policía Sanitaria Nacional, siguiendo el procedimiento establecido por el Decreto 2785 de 1936.

Art. 10º.—Este Decreto regirá sesenta días después de su publicación en el Diario Oficial.

Comuníquese y publíquese.

Dado en Bogotá a 12 de septiembre de 1940.

Eduardo SANTOS.

El Ministro de Trabajo, Higiene y P. S.,

José Joaquín CAICEDO CASTILLA

El Ministro de Educación Nacional,

Jorge Eliécer GAITAN



**DEL COMITE DEL COLEGIO MEDICO
DE ANTIOQUIA (F. M. C.)**

Federación Médica Colombiana.—Colegio Médico de Antioquia.

Medellín, octubre 17/940.

Señor Gerente de la Federación Médica Nacional.—Bogotá.

Mi apreciado amigo:

El Decreto número 1.736 de 12 de septiembre de 1940 “por el cual se reglamentan los laboratorios de producción farmacéutica y de reenvases de especialidades farmacéuticas”, ha alarmado justamente a los médicos y ha dado motivo a solicitudes a este Comité, en el sentido de que se pida la revisión y se modifique sustancialmente dicho Decreto. Con este motivo se reunió el Comité de este Colegio Médico y tras un maduro estudio, después de tener en cuenta que no parece lógico ni razonable que se pretenda excluir sistemáticamente de aquellas actividades a los médicos, ya que ellos contribuyen a la formación de los farmacéuticos y quien puede lo más puede lo menos, me comisionó para dirigirme a ese Comité en solicitud de una intervención oportuna

ante la autoridad competente, a fin de que se modifique el Decreto aludido de manera que no se excluya a los médicos que quieran y estén capacitados para ejercer el oficio de Director de Laboratorios de la índole de los que ahí se contemplan; y en caso de que aquello no sea posible, que a lo menos se permita que continúen en sus puestos aquellos médicos que durante diez o más años han estado al frente de laboratorios reconocidos por su fama, trabajando científica, eficiente y honorablemente.

Se comprende que se trata de colocar a los farmacéuticos preparados en la Escuela Nacional de Farmacia, pero es una injusticia notoria que quieran hacerlo a expensas de profesionales que están mejor capacitados para desempeñar aquellos puestos por múltiples razones; y como la Federación Médica se ha instituido, entre otras cosas, para velar por la justicia en cuanto ella se refiera a nuestro gremio, este Comité no vacila en coadyuvar las peticiones que le han sido dirigidas en tal sentido.

En espera de una actuación pronta y eficaz, me suscribo de Ud. como atto. s. s. y colega,

Emilio ROBLEDO, Presidente.

Radioscopia y Charlatanería

Cuando Roentgen entregó a la Medicina el portentoso descubrimiento que había de revolucionar en muchos conceptos esta rama de la ciencia, hizo llegar a manos de los médicos, a la vez que uno de los instrumentos más perfectos, un arma de peligroso empleo que había de cegar en mil ocasiones los ojos de los clínicos en lugar de iluminarles las vías del diagnóstico. La fluorescencia de las pantallas radioscópicas es nociva para los ojos no avezados, y más nociva todavía para el paciente que ha de sancionar con su obediencia y su pasividad los dictámenes de las exploraciones radiológicas. Cuántas veces hemos visto indefensas víctimas conducidas mansamente a la mesa de operaciones para intervenciones indicadas por exploraciones radiológicas fallidas, muchas veces con radiografías pero las más de las veces con diagnósticos radioscópicos!

Porque es precisamente lo que yo quisiera recordar en estas breves líneas, que la radioscopia es un procedimiento de diagnóstico admirable en muchos casos, especialmente en enfermedades torácicas, pero inmensamente deficiente y sometido a bárbaros errores en exploraciones abdominales. Para estos casos las radiografías, y casi siempre radiografías en serie, son indispensables para aportar la suficiente claridad, en especial en lo que concierne al estómago. La física misma del tórax, generalmente de paredes delgadas y fina armadura ósea, ocupado en toda su altura por órganos ampliamente aireados que dejan fácil penetración a los rayos X, suministra toda suerte de ventajas en los exámenes pulmonares donde la claridad rige la normalidad y las sombras agregadas la patología. El corazón y la aorta, de una opacidad bastante densa, sumergidos en ese ambiente transparente, son también órganos que se prestan a un estudio minucioso y conve-

niente por los rayos. Pero aun allí la vista está sometida a muchos y graves errores, porque no tienen las pantallas la sensibilidad que ofrecen las placas emulsionadas para captar detalles, y la fuerte intensidad luminosa arrojada en un instante sobre una película con diversos medios de diafragmación no puede jamás emplearse en las exploraciones radioscópicas. Ya han pasado—y seguirán pasando por desgracia—casos en que un paciente ha sido mandado a la cirugía después de un examen torácico negativo, resultando días después, horas después de la intervención, con violentas manifestaciones pulmonares de una granulía inadvertida a la radioscopia. Es cosa de todos conocida que individuos sanos han sido estigmatizados con el diagnóstico de tuberculosis por obra y gracia de una radioscopia en mala hora realizada. Pero, prescindiendo de casos determinados en que la importancia de los resultados obliga al médico a tratar de resolver con certeza la situación ordenando una radiografía, hay que reconocer que la fluoroscopia es un espléndido procedimiento para descubrir y precisar las afecciones endotorácicas (no las torácicas, porque es imaginativo y falso casi siempre el diagnóstico de fracturas costales, por ejemplo, que con frecuencia se da a los pacientes radioscopiados después de traumatismos!). El mayor o menor valor del método depende en primera línea, evidentemente, de la calidad del operador. Cuando en cierta ocasión un brillante dermatólogo manifestó que le desconocía todo valor a un dictamen radioscópico, otro colega le respondió, con absoluto acierto, que la radioscopia vale lo que vale el médico que está delante de la pantalla.

En el estómago, por el contrario, las condiciones son muy adversas para descubrir lesiones pequeñas que sólo pueden definirse con buenos clisés. Que una obstrucción pilórica por inflamación concomitante a procesos ulcerosos o a un neoplasma puede verse sin más hablar a la pantalla, nadie lo discute; pero el diagnóstico se queda a la mitad del camino, y las sanciones terapéuticas sufren la misma insuficiencia e inseguridad de los diagnósticos. Si se trata de un neoplasma no habrá más salvación que el bisturí. Pero si se trata de una úlcera (que en infinidad de veces no aparece a la radiografía pero que puede diferenciarse por distintos signos), cuánto más conveniente no es intentar la desinflamación y el drenaje gástrico por procedimientos médicos que

muchas veces son definitivos, y que en todo caso preparan el terreno si la intervención se hace más tarde indispensable! Pero la radioscopia es insuficiente casi siempre para aclarar este punto, como no se trate de lesiones gigantes. Obstrucción pilórica es un diagnóstico de brocha gorda que hace de por sí casi siempre la sola clínica, y que radiológicamente debe reservarse para casos extremos en que la más paciente búsqueda radioscópica acompañada de un brillante séquito de imágenes radiográficas no ha logrado decidir.

Un "estómago caído" (deliciosa y fácil expresión, culpable de innumerables errores!) puede fácilmente verse en la oscuridad de las cámaras radioscópicas. Lo mismo podemos ver allí si el apéndice está o no está inflamado (por lo menos dentro de ciertos límites). Pero querer diagnosticar todas las enfermedades del estómago con radioscopias, es tan ingenuo como quererlas tocar con las yemas de los dedos. Cada método tiene su límite, y no hay que exigirle más de lo que puede. ¡Cuán a menudo se sorprende uno examinando una serie radiográfica al encontrar diminutas sombras, depresiones o prominencias, de que no malició siquiera a la más cuidadosa observación en la oscuridad, y que no logra aún ver después de tenerlas localizadas en las placas! Por eso vemos que muchos enfermos siguen sufriendo después de haberse tranquilizado porque *ya les pusieron* la "radiografía" (ellos no distinguen entre radiografía y radioscopia) y les aseguraron que no tenían nada. Eso es lo que atañe a pacientes de volumen común y corriente. En cuanto a las radioscopias de sujetos obesos, corpulentos, aspirar a ver algo con rayos X dentro de estos monumentos de grasa es de una ingenuidad angelical. Se quedan tranquilos con cien mil voltios, y a las pantallas superastrales de los más poderosos aparatos no llegan sino fosforescencias. ¿Qué valor puede tener un examen en estas condiciones? Por eso las apendicectomías para úlceras del estómago son legión. O como dice un médico de Rochester; "la apendicectomía es la operación más frecuente para úlcera del estómago". Tienen la culpa los cirujanos; pero más todavía los radiólogos.

Arriesgado es, y por demás, el fallo médico basado en la sola fluoroscopia. Tales exámenes, practicados casi siempre por aficionados en posesión de un aparato radiógeno, tienen la gran desventaja de desmoralizar a los enfermos desacreditando el mé-

todo a sus ojos y haciéndolos refractarios a un estudio serio porque "ya les pusieron la radiografía y eso no dio nada".

Mas el uso de esas iluminaciones viscerales con fines diagnósticos es excusable, ya que todo médico que dispone de un aparato de rayos X está muy solicitado por la tentación de echar mano de ese instrumento para ver si encuentra algo. Lo que sí debería eliminarse es el empleo de las radioscopias para aquellas partes del cuerpo en que son absolutamente inútiles. Entre hacer una radioscopia renal o vesicular y no hacer nada la diferencia es ninguna. Sobre esto quiero recalcar, porque no es raro que se practiquen tales radioscopias. Tampoco la circulación se ve a la pantalla del mismo modo que se ven rodar los glóbulos de una rana bajo el objetivo de un microscopio. La irradiación de una mano sobre una pantalla en un síndrome de Raynaud, para tomar uno de los muchos ejemplos que se ven en la práctica, no puede tener otro objeto que el de aumentar los honorarios. El diagnóstico no se perfecciona en nada, absolutamente en nada. ¿Con qué tranquilidad puede darse un informe de un examen radioscópico de la columna vertebral si al operador le consta, antes que a nadie, que no se ve así nada, casi absolutamente nada? Tal manera de proceder es explotar con excesiva sevicia y escarnio el desconocimiento que de esas materias pueda tener el colega a quien el informe va dirigido.

Radioscopia no se usa para diagnosticar enfermedades de los huesos, como no sea tal vez luxaciones y fracturas de determinadas proporciones. Cuántas fracturas pretrocantéreas del fémur pueden pasar inadvertidas, inclusive en una buena radiografía, si no se toman las providencias para evitar el error! ¿Qué sentido tiene un esquema radioscópico que ahora veo para señalar a un cirujano el punto donde se encuentra un foco de supuración? Que los secuestros se quedaron encerraditos y quietecitos en su nido de pus después de la intervención quirúrgica, como lo demostraron ulteriores radiografías, no es cosa que sorprenda. Para exámenes óseos son necesarios los clichés, inclusive en varias proyecciones. La patología de los huesos es invisible en las pantallas.

Radioscopia no se usa para diagnosticar afecciones de las cavidades faciales y fallar así sobre la presencia o ausencia de una sinusitis, como con frecuencia vemos. Delante de un mag-

nífico negativo se queda uno a veces perplejo sin atreverse a decidir si hay o no hay sinusitis. Qué será delante de una pantalla! Una pieza literaria que se titula "Informe" termina de esta manera: "Conceptuamos, por tanto, que los trastornos sufridos por la señora N. N. sean de otra índole, porque el resultado radioscópico de la cara y de la columna vertebral es *absolutamente negativo*". Muy bien subrayado el adverbio; el procedimiento es *absolutamente* negativo!

En resumen: la radioscopia sola no se emplea sino en raras ocasiones para exploraciones del estómago porque muchos diagnósticos se escapan y lo más a que se puede llegar en un sinnúmero de veces es a diagnósticos de portera o a meras evasivas: "principio de úlcera", "estómago caído", "estrechamiento del píloro" ("estrechez" sería ya demasiado comprometedor); no se usa tampoco radioscopia para la vesícula biliar ni para los riñones, ni con eso se ven el útero y los ovarios; no se emplea para descubrir procesos patológicos en los huesos, menos todavía en aquellos que, como la columna vertebral y las caderas, necesitan óptimas condiciones en los aparatos y en las técnicas; radioscopias de la cabeza son ridículas; del hígado y los riñones, ridículas también; de las arterias, mucho más ridículas todavía!

Daniel CORREA

Medellín, 20 de septiembre de 1940.