

NEUMOTORAX ESPONTANI (1)

pels Drs. MAXIM SORIANO i F. PAÑELLA ALDRUFEU

En poc temps hem pogut observar en la Clínica Mèdica B. del Dr. Ferrer Solervicens, vuit casos de neumotòrax espontani.

Tenint present el reduït nombre de malalts que passen per les nostres no especialitzades sales hospitalàries, es pot deduir dels vuit casos observats que, el neumotòrax espontani no és una raresa, sinó un accident relativament freqüent. Cinc d'ells foren observats en l'espai de quatre mesos. Hi hagué un moment que fou possible fer una desmostració clínica a base de tres malalts portadors de neumotòrax espontani d'etiologies diverses.

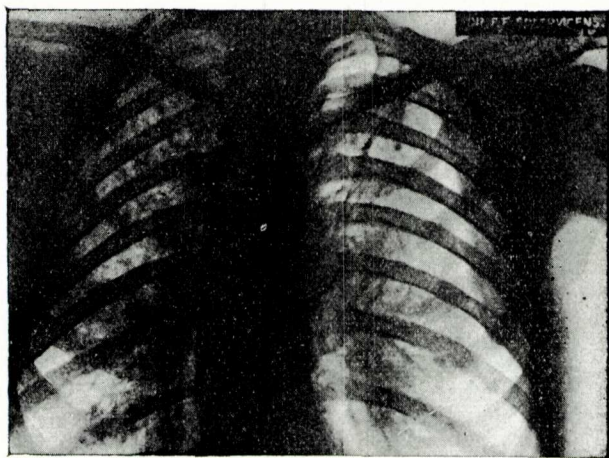
En la nostra primera observació es tractava d'un malalt tuberculós cavitari, que féu un neumotòrax espontani en el costat clínicament sa. La seva història és com segueix:

P. C. de 38 anys d'edat, casat, i d'ofici jornal·ler. Un fill mort de meningitis. Un brot tuberculós cinc mesos abans de la perforació pulmonar. Aquesta sembla que fou provocada en realitzar un petit esforç, dolor intens en forma de punyalada a l'hemitòrax esquerre, seguit immediatament de forta disnea que immobilitza el malalt. Així passà nou dies, fins que fou hospitalitzat.

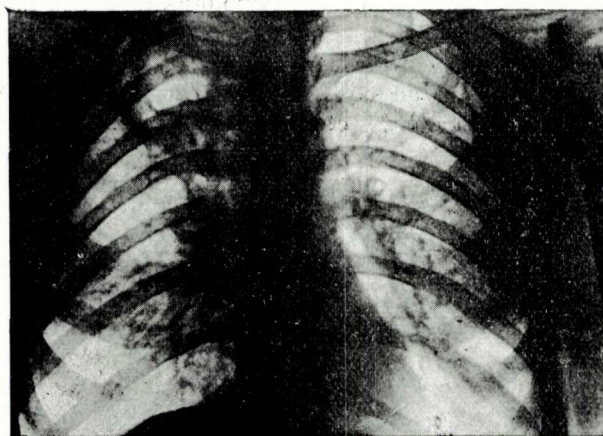
Per exploració: En el costat esquerre, timpanisme, abolició de vibracions i de murmur, síndrome àmforo-metàlic. En el costat dret, en la regió interescapulo-vertebral i en l'aixella submatidesa, amb augment de

(1) Treball de la Clínica Mèdica B. de l'Hospital Clínic. - Prof. Dr. Ferrer Solervicens.

vibracions i estertors consonants. En la Radio comprovem neumotòrax total en el costat esquerre. Costat dret infiltració de lòbul superior amb imatge cavitària infraclavicular. Desviació de mediastí. Espectoració abundant amb Koch positiu. (Radio 1.)



Radio 1



Radio 2

La disnea intensa del malalt ens indueix a practicar una punció i medir la pressió intrapleural; aquesta és de $+ 5 + 12$, és a dir, francament positiva. Això ens decideix a procedir a l'extracció de 750 cc. d'ai-

re i el malalt millorà extraordinàriament. En els dies successius continuem l'extracció d'aire, trobant-hi el malalt sempre gran millora, de tal forma que, si hom retarda la punció, el malalt la reclama amb molta insistència.

Al cap d'uns vint dies aparegué un vessament amb les característiques següents: Líquid serofibrinós amb Rivalta positiu, i en el sediment abundants polinuclears eosinòfils amb alguns neutròfils i limfòcits.

Continuem les extraccions d'aire, que a vegades arriben a ésser de 2.000, 3.000 i fins de 4.000 cc.

Al cap de vint dies fem una escòpia i observem com sempre, l'hidro-neumotòrax. Aquella nit mateixa la disnea del malalt és tan intensa, que un de nosaltres que estava de guàrdia fa l'extracció de 3.500 cc. d'aire.

Doncs bé; al dia següent el malalt no té disnea; a l'explorrem, hom sent murmuri vesicular, i les vibracions toràciques són normals; és portat a la cambra de R. X., on es comprova que el neumotòrax ha desaparegut per complet; el pulmó es troba en la seva situació normal, i tan sols pot observar-se un lleuger vessament en la base esquerra, sense nivell. (Radio 2.)

Es tracta, doncs, d'un tuberculós cavitari del costat dret que féu un neumotòrax en el costat clínicament no lesionat.

Creiem que aquest cas s'explica per la perforació d'un petit tubèrcul subpleural. Es el cas descrit com a forma benigna de neumotòrax espontani en els tuberculosos.

Al cap d'uns dos mesos ingressa la nostra segona observació:

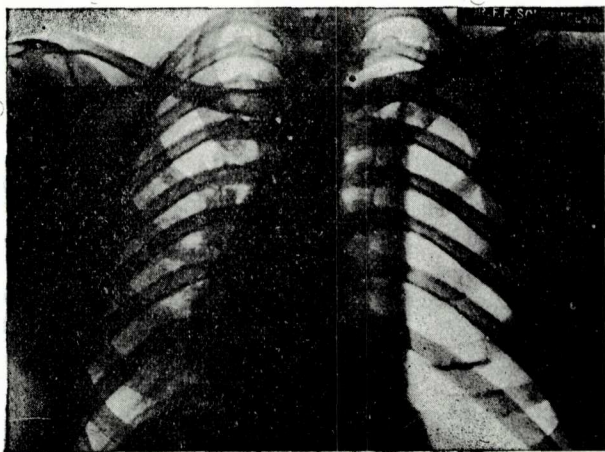
J. B. de 34 anys d'edat, descarregador del moll. Es hospitalitzat amb forta disnea, tos, expectoració hemàtica queixant-se d'un intens dolor en l'espatlla i hemitòrax esquerre.

En la seva història hom hi troba d'interessant el següent. Estigué durant dinou mesos d'infermer en un servei de fisiologia, i tingué aleshores tos amb escassa expectoració, però això no era obstacle perquè treballés durant llarg temps en la descàrrega del moll.

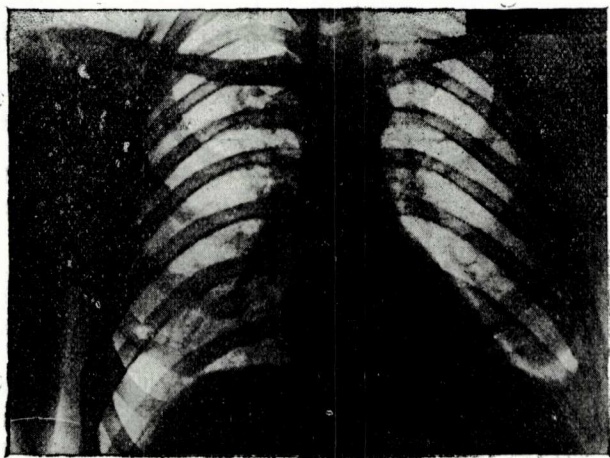
El seu quadre de perforació pulmonar datava del dia anterior, en què trobant-se el malalt completament bé, després d'un petit esforç sentí un sobtat dolor a l'espatlla esquerra, de tan viva intensitat que li produí un esmortuïment; aquest dolor s'irradiava a l'epigastri, amb forta contractura abdominal, de tal manera que el metge que el veié va creure que es tractava d'una perforació gàstrica, enviant-lo a l'Hospital perquè fos operat d'urgència.

L'exploració del malalt dona les següents dades: Timpanisme accentuat en tot el costat esquerre, amb desaparició de la matidesa cardíaca. Respiració nul·la. Buf amfòric i soroll de bronze. Hi havia, doncs,

un pneumotòrax total en el costat esquerre. En el costat dret res d'anormal. El Koch en els esputs fou sempre negatiu. (Radio 3.)



Radio 3



Radio 4

Alliçonats pel cas anterior fem una punció pleural; la pressió és $0 + 5$, però malgrat que no sigui massa alta, fem extracció d'aire, extracció que continuem els dies successius, i que milloren sempre la disnea del malalt.

Als quatre dies apareix ja un vessament, les característiques del

qual són les següents: Líquid serofibrin s una mica tèrbol, Rivalta positiu, albúmina (refractometria) 48 o/oo. Sediment, abundants eosinòfils.

Cinc dies més tard d'aparèixer aquest vessament, i després de l'extracció de 800 cc. d'aire, desapareixen per complet els símptomes clínics i el quadre radiològic del neumotòrax, i resta tan sols un petit vessament sense nivell en la base esquerra. (Radio 4.)

L'etiologia d'aquesta segona observació ja és més difícil de precisar. En primer lloc, cap prova no tenim de què el malalt fos tuberculós, i té molta més versemblança que es tracti d'aquests casos descrits per Courcoux i Lereboulet, anomenats neumotòrax "des concrets", neumos d'etiologia desconeguda que apareixen en gent sana fins aleshores, i que tenen una evolució benigne, no presentant manifestacions bacillars ulteriors.

Entre altres autors, Galliard, Reichl, Ljungdahl, Brauer i Joerdens creuen que són deguts a tuberculosi no demostrables, a petits tubèrculs subpleurals ja cicacritzats que es perforen, però sense infectar la pleura, com succeeix en les tuberculosi evolutives. Del mateix parer són Siebert i Zinn, però en canvi Kahn i Dorendorf no creuen en l'existència d'aquests suposats tubèrculs subpleurals.

Ara bé, aquestes dues observacions d'etiologia diversa, almenys clínicament, poden ésser acoblades i són comparables entre elles per evolució clínica i per les característiques de llur curació sobtada.

Durant el curs clínic dels dos casos, el neumo continuava radiològicament invariable després de cada extracció d'aire, encara que calm s sempre la disnea del malalt, però paulatinament aquesta tornava a aparèixer, fent-se necessària la nova extracció d'aire.

Doncs bé; sobtadament, en ambdós casos desapareix el neumotòrax, sense que hom pugui observar els estadis intermedis de la millora.

Remarquem encara, l'aparició d'un vessament, pocs dies abans de la curació, vessament que té sempre les mateixes característiques: líquid serofibrin s no massa abundant amb Rivalta positiu i amb gran abundància de polinuclears eosinòfils.

Aquest vessament que és l'expressió d'una pleuritis, és un fet que hom observa freqüentment en els neumotòrax espontanis. Pleuritis que per altra part, com creuen entre altres, Kraso, Brauer i Splenger és el que determina l'oclusió de la fístula pulmonar per la producció d'exsudats.

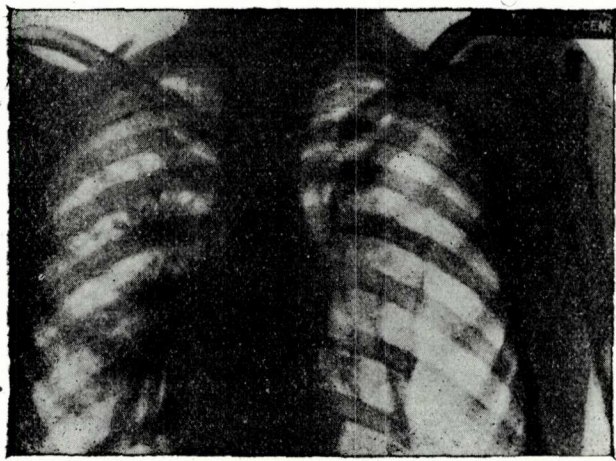
De tal manera, que fins hi ha hagut autors que han intentat

provocar aquesta pleuritis mitjançant injeccions pleurals de substàncies irritants.

Ens resta tan sols ara subratllar la presència d'eosinòfils en el vessament. Aquesta eosinofília ja coneguda en el vessament que es presenta en els neumotòrax terapèutics, fou observada i estudiada entre altres autors per Rist, Bernard, Dumarest, i entre nosaltres pels Drs. Raventós i Dargallo. Segons Dumarest, recolzant-se en treballs seus i d'altres autors, diu que aquests eosinòfils són produïts in situ,  s a dir, no hi ha eosinofília general i són reveladors d'una reacció conjuntiu pleural davant d'un estímul. Petzetakis, afirma junt amb altres, que aquest líquid amb eosinòfils és sempre as ptic.

Tercera observació:

E. A. 41 anys, pag s. Als 32 anys infecció pulmonar aguda. De llavors en a té tos amb lleugera expectoració. Estant hospitalitzat en la clínica d'Oftalmologia per un traumatisme en un ull, li sobrevingué sobtadament un quadre de disnea paroxística amb dolor en hemitòrax es-



Radio 5

querre irradiat a l'hipocondri i epigastri. Un de nosaltres fou cridat d'urgència trobant el malalt en un estat d'angoixa, forta taquicardia i cianosi, i una disnea tan intensa, que el malalt po podia contestar l'interrogatori.

Explorat el malalt, presentava timpanisme en hemitòrax esquerre, però es percebia perfectament murmuri vesicular i estertors no conso-

nants disseminats en tots els camps pulmonars, i en la impossibilitat d'obtenir dades per interrogatori, creguérem que es tractava d'un quadre de disnea paroxística per insuficiència aguda de cor. Al dia següent, en repetir l'exploració continuaven sentint-se el murmuri vesicular i els estertors poc consonants, però ademés hom sentí un lleuger buf amb ressonància cavitària en aixella esquerra; Es portat el malalt a la pantalla radioscòpica i hom constata amb sorpresa un neumotòrax total.



Micro 1 (Dr. M. Gonzalez)

Seguim la mateixa terapèutica que en els anteriors neumotòrax espontanis, punció pleural, presions — 1 + 12 seguidament extracció d'aire, això ho continuem els dies següents. Les presions inicials sempre són altes 0 + 12. (Radio 5.)

Al cap de quatre dies, a propòsit d'una escòpia, en la mateixa cambra de R. X. té un dramàtic accés de disnea paroxística amb cianosi, suors fredes, taquicardia intensa i pols petit. Urgentment hom practicà l'extracció de 5000 cc. d'aire, se li donaren tòpics, i en breus moments l'accés desapareix, trobant-se el malalt millor, de tal forma, que pels seus

propis peus es col·loca darrera la pantalla radioscòpia. Malgrat l'extracció dels 5000 cc., la imatge radioscòpica no s'havia modificat gens.

A les cinc de la tarda del mateix dia, l'excés de disnea es repeteix, i al cap de poc mor el malalt.

En la necròpsia comprovem el següent: Neumotòrax total en costat esquerre, base pulmonar intensament adherida al diafragma. La perforació, prèvia insuflació del pulmó, es féu evident en la base. En el pulmó dret hom constata en la seva base extensos focus de bronconeumònia. Fetge amb intenses bandes d'esclerosi, recordant el fetge sifilitic lobulat



Micro 2 (Dr. M. Gonzalez)

Examen histològic del pulmó collapsat: Micro (1). Enfisema extens i generalitzat; engruiximent de les parets alveolars, alteracions degeneratives de les cèl·lules dels alveols i forta esclerosi dels vasos pulmonars i dels capilars dels alveols, en el teixit intersticial lleugera infiltració d'elements inflamatoris.

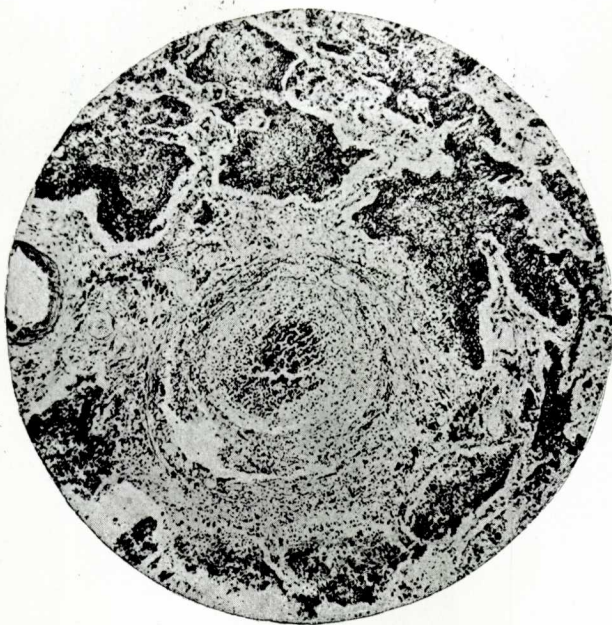
La micro (2), a més augment ens demostra la forta esclerosi pericapilar i l'abundància de macròfags amb pigment hemàtic, el qual ens demostra l'alteració circulatòria existent en els alveols per defecte mecànic de la circulació de retorn, deguda aquesta o bé al fet mecànic del co-

lapse pulmonar o bé a la insuficiència cardíaca consecutiva al mateix, i a la desviació del mediastí.

La micro (3) ens demostra el tall d'un bronqui destruït per una supuració i voltat d'un focus de bronconeum nia.

En el fetge hom hi observa una intensa perihepatitis que envia bandes d'esclerosi cap el parènquima, en el qual s'observa una cirrosi perilobulillar demostrable en la micro (4).

Esmentem aquesta esclerosi del fetge probablement lu tica, perquè precisament Garrone ha publicat un cas de neumotòrax espontani amb



Micro 3 (Dr. M. González)

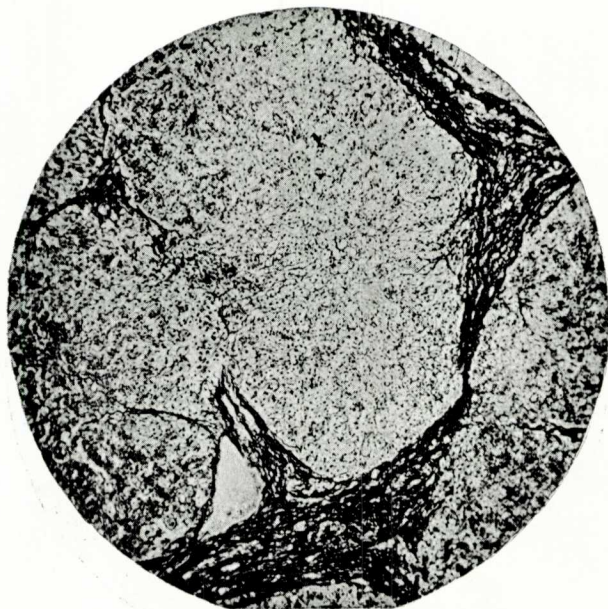
esclerosi pulmonar i enfisema igual al nostre, en el qual donava molta importància a què el malalt fos lu tic.

Aquesta observació creiem que és la més interessant de totes, per l'escàs nombre de casos similars que es troben en la literatura. Es tracta d'un neumotòrax espontani en un malalt amb esclerosi pulmonar i enfisema atr fic no tuberculós.

Hom ha trobat molts pocs casos descrits amb comprovació necròpsica. Aquests són els de Cahn, Brunner, Krasso i Möllerström. Bach i Zahn en citen també alguna autòpsia.

El cas de Möllerström és el més semblant el nostre.

Segons els autors, aquests casos de neumos espontanis en malalts esclerosos pulmonars, són els més greus de tots, perquè són malalts que presenten, ja d'abans, insuficiència cardíaca amb dilatació de cor dret.



Micro 4 (Dr. M. Gonzalez)

Quarta observació:

M. N. de 50 anys, jornal·ler. A l'any 18 grip; d'ençà d'aquesta data el malalt té tos i es fatiga amb més facilitat.

Dos dies abans del seu ingrés, dolor sobtat en la base de l'hemi-tòrax dret irradiat a l'epigastri amb disnea intensa.

Per exploració hom trobà un síndrome clar de neumotòrax total al costat dret.

Presions intrapleurals 0 + 12 extracció de 2.000 cc. i la disnea millora.

Al cap de dos dies aparegué un vessament purulent, morint el malalt a les poques hores.

En la necròpsia hom observa un petit abs s del tamany d'una avellana obert a la cavitat pleural i situat a la vora inferior del lòbul mig. En la resta del pulmó hi ha focus de bronconeum nia. Per compresió surt pus dels bronquis.

L'examen histològic demostra extenses zones d'alveolitis supurada. En aquest cas, doncs, es tracta d'un neumotòrax esponhem pogut observar que hi ha autors que resten importància un procés bronconeum nic. Aquest cas té inter s perquè ha estat observat poques vegades.

En arribar aquí hem de subratllar un fet. En la literatura hem pogut observar que hi han autors que resten importància a la pun i  i a l'extracció d'aire, i fins hi ha autors que en certs casos la rebutgen per nociva, i tan sols l'accepten en casos d'hiperpresions.

En les nostres quatre observacions anteriors la pun i  pleural i l'extracció d'aire feta diàriament millorava sempre la disnea del malalt. En ells es produ ia un s ndroma valvular — i di m s ndroma perquè hi ha autors (Roubier, etc.) que diuen que la verdadera v lvula no ha estat mai trobada. — Per altra part, en dos d'ells (primera i observació), feren un enfisema subcutani en la regió de les puncions, per insuflici  d'aire de la pleura al teixit subcutani a través de la petita ferida que feia l'agulla. Aix  ens demostra encara més el s ndroma valvular.

Doncs bé; dos casos guariren, i els dos que moriren no creiem pas que les puncions haguessin estat nocives, sinó tot el contrari, ens queda la recança, almenys en un d'ells, de no haver deixat una c nula permanent que no fes possible l'augment de la presi  dins la cavitat pleural.

All  on no hem observat mai la constitució d'un s ndroma valvular, ni que l'extracció d'aire millor s el malalt fou en els casos de tuberculosis cavit ries avançades amb extenses lesions bilaterals i que com a última etapa de la seva evolució clínica feien un neumotòrax espontani seguit d'un p neumo.

D'aquests malalts n'hem observat quatre. En dos d'ells la causa del neumo fou la perforació d'una caverna en la cavitat pleural. L'altre fou solament un neumotòrax parcial per la gran quantitat d'adherències que rodejaven la fístula; l'últim era un malalt amb lesions predominantment unilaterals que amb neumotòrax terapèutic i rep s millor  extraordinàriament, ~~per ~~ més tard les lesions prengueren un car cter ràpidament evo-

lutiü fent-se últimament un neumotòrax espontani al mateix costat del pneumo terapèutic.

I com a punt final esmentarem un fet que nosaltres també hem pogut observar, i és, l'aparició tardana dels símptomes auscultatoris d'alguns neumotòrax, fet que ja fou ben observat per Sabourin, i que més tard ha estat comprovat també per altres autors. Especialment el signe de Trousseau quasi mai no l'hem sentit fins el dia següent o als dos dies d'establir-se el neumotòrax.

Discussió: Dr. Rocha.

Exposa un cas de perforació pulmonar en un malalt tractat amb neumotòrax artificial banda dreta, que donà simptomatologia típica de perforació gastroduodenal (resistència de fusta, dolor hipocondri dret i epigàstic), que vàrem rectificar en explorar detingudament la base pulmonar, trobant-s'hi matidesa, i a la punció un pus fètid d'anaerobis. Intervingut pel Dr. Prim encara ara està a l'hospital per guarir la seva fístula rebel.

Rectificació: Dr. Soriano.

Agraïm molt la interessant observació del Dr. Rocha, aportant un cas interessant de síndrome respiratori agut que donà un quadre de difícil diagnòstic amb una perforació gàstrica, que creiem té molt valor per ésser un síndrome equívoc que es presenta amb freqüència relativa. Nosaltres hem tingut ocasió d'observar estant de guàrdia, dos casos que ingressaren amb el diagnòstic de perforació gàstrica, tractant-se en un d'una neumònia de base i en el altre, que hem ja exposat, de neumotòrax espontani.

En el cas quart que presentem en la nostra comunicació, ja hem dit que tingué també un intens dolor irradiat a epigàstri, i en ell comprovem per necròpsia que la perforació tingué lloc en la base pulmonar, comprovant així la hipòtesi dels autors que diuen que els síndromes respiratoris que donen simptomatologia aguda abdominal són precisament els localitzats a la base pulmonar, i en el cas de neumotòrax espontanis la presència de la perforació en la base del pulmó.