

INTERVENCIONES Y RECTIFICACIONES

Dr. BOSCH. — (Sin datos de su intervención.)

Dr. CIVIL. — El Neumotórax extrapleuraleal solo debe emplearse en los casos de muy buenas indicaciones. En los países latinos: Méjico, Italia y Francia, tiene bastante aceptación; pero muy poca en los países anglo-sajones y escandinavos.

Dr. ZAPATERO. — Quisiera decirles que el otro día nos reunimos en Madrid para constituir la Junta de Gobierno de la sección del Colegio Americano de Especialistas de Tórax que ya ha quedado constituida y al venir yo a Barcelona, la junta del Gobierno de Madrid dirigida por el Dr. Abelló y todos sus constituyentes me encargaron trajera a ustedes un saludo muy cordial y al mismo tiempo les anunciara que nos vamos a reunir para discutir los mismos temas que ustedes han discutido aquí, los días 11 y 12 en Madrid, reunión a la cual quedan invitados.

La ponencia del Dr. Seix verda-

deramente muy bien expuesta y con criterio hiperclínico que siempre ha tenido y que tan frecuente es en estas latitudes de la medicina española. La parte primera es extraordinaria.

Solamente quisiera decir ya que en el extranjero se olvidan de ello, que el primero que empleó la quimioprofilaxis en el mundo fue el fisiólogo sevillano Dr. Hernández Díaz.

Respecto a la asociación de anti-bióticos señalaré algo que guarda relación con lo que han indicado ustedes aquí. Está claro que todos estamos de acuerdo en que debe hacerse una asociación binaria o ternaria. Las modernas investigaciones de los ingleses están trastocando nuestras ideas a este propósito, porque los americanos, con el tratamiento intermitente con estreptomomicina, se mostraban muy satisfechos y nosotros lo hemos venido haciendo durante muchos años todos, empleando 2 ó 3 gr. de estreptomomicina a la semana. Pero ahora el Comité Central de Investigaciones Inglesas ha visto que la fre-

cuencia con que aparecen resistencias a la estreptomina en la asociación binaria, es extraordinariamente frecuente. Todos recordamos cuando empleábamos la estreptomina diaria, la cantidad de trastornos vestibulares y auditivos que después con el tratamiento intermitente de estreptomina no hemos podido volver a ver y por eso yo creo que en principio y siempre que se pueda, debe hacerse la asociación ternaria. Sistemáticamente yo hago 3 días de estreptomina 3 días de PAS que alternan con la estreptomina y a diario la hidracida.

Solamente dos palabras para hablar de los que podríamos llamar antibióticos de segunda línea. Yo he hecho tratamientos en grupos de 30 enfermos con Viomicina, con Cicloserina y en un grupo muy reducido de enfermos, con Piracina-mida y sobre ello quiero hablar de mi experiencia. Evidentemente, la frase de E. Bernard de los tres grandes, debe continuar, hay unos antibióticos *major* y unos antibióticos *minor*. Hay una gran diferencia entre los antibióticos de primera línea defensiva y los de segunda línea defensiva por lo que se refiere al por ciento de cierres cavitarios que al fin y al cabo, es la prueba de control de mayor acuidad en el tratamiento con antibióticos. Con la Viomicina nosotros encontramos un 10 % aproximadamente de cierres cavitarios y el mismo cierre para la cicloserina. La Vio-

micina asociada al PAS creemos que tiene una cierta importancia para proteger el bronquio en el preoperatorio, cuando se trata de enfermos hipertratados con los tres antibióticos standard. Con la cicloserina en algunos enfermos con estados de depresión psíquica muy acentuados, con una inapetencia total y con una marcada desnutrición, he visto resultados tan teatrales que me recuerdan un poco aquellos resultados que veíamos en el *prinio* de la hidracida. Entre las acciones secundarias de la cicloserina yo quisiera resaltar el que he visto la aparición de insuficiencias circulatorias graves; una de ellas seguida de muerte. Claro está que todos sabemos que al "cor pulmonale" se le "acaba la cuerda" un día de manera inesperada. Son las muertes que más nos sorprenden en nuestra enfermería. No sé si para el caso por nosotros referido habrá sido el "final de cuerda" que tenía que venir, o si el rápido final fue provocado por la cicloserina, pero he podido leer en otros trabajos también acciones secundarias de este tipo. En cuanto a las manifestaciones de tipo psicomotriz, que son las predominantes y que uno lee en todos los trabajos de cicloserina, nosotros a la dosis de medio gramo en días alternos al principio, *que después* ampliamos a 75 gr. a días alternos, apenas si hemos podido observarlos y siempre los hemos visto aparecer únicamente en los primeros días del trata-

miento. Hemos hecho estudios electroencefalográficos antes del tratamiento y al final del mismo y no hemos encontrado ninguna diferencia en el electroencefalograma en los enfermos que presentaban síndromes de excitación psicomotriz con relación a los que no lo habían presentado.

Finalmente, por lo que se refiere a la pirazinamida, no he tratado más que 3 enfermos. Dos de ellos para prepararlos para el acto quirúrgico. Eran dos neumonectomías en enfermos muy graves; uno de ellos toleró perfectamente la intervención, el otro tuvo una fístula bronquial. En una tercera enferma muy grave en la que habíamos empleado toda la gama de antibióticos, murió por una hemoptisis asfíctica. Yo creo que la hemoptisis asfíctica es un San Benito que se cuelga con alguna frecuencia a estos antibióticos de segunda línea. Como los empleamos en enfermos con frecuencia graves, y con cavidades antiguas, no tiene nada de particular aparezcan estas hemoptisis asfícticas, pues probablemente el accidente no es debido al antibiótico en sí, sino a la larga evolución de la enfermedad.

Dr. VERDAGUER. — Me refiero a la asociación que se hace ahora, como por ejemplo el Dualestrepto, si ha mejorado en lo que se refiere a acciones tóxicas a la dihidroestreptomicina sola.

Dr. SEIX. — Repito lo mismo que antes he dicho al Dr. Zapatero. Prefiero dar siempre estreptomocina y nunca dihidroestreptomicina ni productos junto con la dihidroestreptomicina porque es indudable que hay trastornos vestibulares con cierta frecuencia. Hoy los especialistas de otorrino, tienen mucha más clientela de sordos que años atrás, esto es un hecho demostrado y evidente. Nosotros en nuestro dispensario hemos visto recientemente a un niño (de dos años) que quedó sordomudo a consecuencia de una dosis enorme, 40 grm. de Dihidroestreptomicina curando la lesión tuberculosa que quedó reducida a unos nódulos calcificados y no es un caso único, puesto que hay otros casos *registrados* de niños sordomudos debido a la dihidroestreptomicina.

Dr. COLL. — Quisiera exponer mi experiencia sobre el tratamiento endobronquial con corticoesteroides hidrosolubles.

En varias veces hemos tenido ocasión de instilar a través del broncoscopio Prednisona hidrosoluble para tratar congestiones de la mucosa bronquial. Siempre que lo hemos hecho, este producto ha sido bien tolerado y el resultado de efectos terapéuticos excelentes, algunas veces superiores a los de los demás fármacos que se usan en el tratamiento descongestionante local de la mucosa bronquial.

Dr. MENÉNDEZ. — Unicamente quería decirles que, tal como ha dicho el Dr. Roset referente al poco éxito que ha tenido en los empiemas, yo he tenido *tres casos*, dos de ellos muy rebeldes, que los he estado tratando durante largo tiempo con lavados y aspiraciones intrapleurales, los tres consecutivos a neumotórax extrapleural y en los tres se ha conseguido la total reabsorción; uno de ellos ya está para darse de alta, se ha expandido lo bastante, y los otros dos no se han reproducido. Tratados con hidrocortisona intrapleural, he dado dosis iniciales de 75 mgrs., a los 3 ó 4 días daba otros 75 mgrs. y luego les iba dando 50 mgr., distanciando más o menos según viese la evolución. Pero ya digo eran 3 casos, dos de ellos muy rebeldes y en los tres he conseguido el alta. En cambio en otros que he intentado dar por vía intramuscular o por vía bucal prednisona y no he conseguido nunca alterar. Yo quisiera preguntar a los compañeros que me escuchan si alguno de ellos tiene experiencia en el tratamiento con la hormona somática. Los franceses han trabajado bastante en esto y nosotros tenemos oportunidad, puesto que yo vivo cerca de la frontera, de que me lleguen bastantes cajas y lo he usado bastante. Yo quisiera saber la opinión de los demás, ya que la mía no es muy segura.

Dr. ZAPATERO. — La exposición

del Dr. Roset ha sido bien clara. Yo quisiera primero, de acuerdo con el Dr. Roset, llamar la atención sobre que no se trata de una terapéutica hormonal. La acción de la cortisonterapia es predominante, sino exclusivamente farmacológica. Quizá en el efecto eutrófico como yo he visto algun caso en enfermos muy desnutridos es posible le pueda tener una auténtica acción hormonal pero en el resto de los casos se trata de una acción de tipo farmacológico única y exclusivamente. Nosotros la hemos empleado en un grupo de 40 enfermos en mi servicio del Hospital General habiendo empleado como preparado el Dacortín. Pensando en la acción proinfecciosa de las cortisonas lo hemos dado la mitad de la semana y en la otra mitad hemos interrumpido la medicación con el fin de dejar al organismo un espacio de tiempo libre para que organice sus defensas nuevamente. La dosis fue al principio de 15 mgr. y luego 10 mgrs.

La cortisona inhibe todas las fases inflamatorias desde la fase primera exudativa hasta la última o de conjuntivación. Es posible que sobre la caseosis, en la que el factor densidad bacilar parece jugar un papel de primer orden y dado que la cortisona da lugar a acúmulos por miríadas la cortisona puede favorecer este estadio inflamatorio, matriz de la tisis. Todos estamos de acuerdo en los resultados brillantes que se obtienen en las pleu-

resías agudas. Yo en las pleuresías ya de un cierto tiempo, así como en los empiemas, no he conseguido ningún buen resultado con la cortisona por vía oral. No he empleado la cortisona en inyecciones intrapleural por creer que no tiene más que inconvenientes. Su empleo sólo estaría justificado, en casos de espesamientos pleurales, que dificultan la llegada del fármaco a la pleura y en este caso y por idénticos motivos debe emplearse asociado también in loco a los antibióticos.

Por lo que se refiere a la acción que algunos clínicos han visto de tipo muy notable en las adenopatías, yo, por el contrario, no he podido convencerme de la acción de la cortisona en las adenopatías tuberculosas, pese a que la cortisona, como ustedes saben muy bien, da lugar a una regresión de todas las estructuras linfáticas. En lo que podríamos llamar "Tuberculosis de tubo", es decir, siempre que la lesión tuberculosa inflamatoria —y de hecho ello sucede desgraciadamente con alguna cierta frecuencia—, puede dar lugar a una angostura de un tubo de vital importancia, por ejemplo el tubo bronquial o el tubo de conductos genitales masculinos y femeninos, el tubo ureteral, etc., en esta tuberculosis de tubo yo creo que debemos de ir rápidamente a emplear la cortisona antes de que se constituya la angostura. La meningitis, claro, constituye una in-

dicación muy importante, quizás, después de la pleuritis, la más importante de todas. Sólo la empleo en las meningitis cuando no van bien con los antibióticos; si van bien los antibióticos, yo no empleo la cortisona. En aquellos casos en los que el tratamiento se inicia tardíamente o la intensa inflamación mostrada por los caracteres del líquido hacen pensar pueda aparecer bloqueo, también creemos debe emplearse la cortisona en las formas de comienzo de la tuberculosis pulmonar; yo no la empleo. Da un cierto temor emplear una medicación en las formas de comienzo exudativo cuando con los antibióticos obtenemos unos resultados tan buenos y tan magníficos. No he conseguido convencerme de la acción favorable de la terapéutica cortisónica en las cavidades insufladas en las que algunos clínicos refieren brillantes resultados. Y en general (tengo aún que ordenar los datos y el protocolo lo recuerdo un poco así de ojo), yo diría que la experiencia adquirida en los enfermos crónicos ha sido mala. Tratando de sintetizar las indicaciones de la cortisona, yo diría que la debemos emplear siempre que la respuesta orgánica o sea excesivamente menguada o sea excesivamente grande, por ejemplo excesivamente menguada cuando la agresión orgánica es tan grande como en los casos de neumonía y bronconeumonía caseosa que el enfermo pasa por un momento de

gran peligro vital. Excesivamente acusada en las formas de tipo hiperérgico, y pruebas de ello evidentes es lo magníficamente que va en el primer período de la meningitis, de la pleuresía y de la misma tuberculosis miliar. Es decir, en todos estos casos que falta armonía entre la agresión y la respuesta orgánica, por más o menos yo creo que serían los casos de indicación de la cortisonterapia.

Dr. VERDAGUER. — Yo sólo quisiera preguntar al Dr. Roset si considera indicado en algún caso, aunque sea apartarse del tema, el dar la cortisona en una neumonía corriente, especialmente en el caso de una neumonía tóxica no tuberculosa.

Dr. ROSET. — Para no repetirme luego, agradezco ante todo vivamente la intervención de los compañeros que han hecho uso de la palabra, siendo el tema tratado materia de estudio todavía, sin conclusiones definitivas, lo más importante era el plantear el debate de la aportación de la experiencia personal de cada uno de ellos.

Al Dr. Bosch: No tenemos experiencia con la hidrocortisona. Únicamente hemos empleado prednisona y A.C.T.H. Este lo utilizamos cuando con la prednisona no conseguimos la rápida remisión del brote. No tenemos laboratorio para valorar la excreción de los 17-ceto

esteroides, y por lo tanto, hemos de proceder empíricamente. En los casos en los que lo hemos utilizado, el enfermo respondió al A.C.T.H. cuando había fallado la prednisona. No hemos utilizado la fenilbutazona. Pensamos hacerlo, pues con nuestra penuria de medios vale la pena intentarlo, ya que es mucho más económica.

Agradezco mucho la aportación del Dr. Coll. La tendremos en cuenta y una vez conseguida una experiencia, comunicaremos los resultados.

Al Dr. Menéndez: No habíamos empleado hidrocortisona local en los empiemas, pues la literatura por nosotros conocida daba resultados nulos o desfavorables. En vista de su experiencia, la emplearemos en los empiemas, a veces de tan difícil solución.

Al Dr. Zapatero he de agradecerle mucho el complemento que ha puesto a mi comunicación con su valiosa experiencia y claro criterio. Es natural que las adenitis tumorales no mejoren con la prednisona. Un ganglio tumoral la mayoría de las veces no es más que un saco de caseum en el que ni los antibióticos ni la prednisona pueden actuar.

Pero en los focos iniciales exudativos de mediana extensión se obtienen resultados verdaderamente sorprendentes mucho más rápidos y con menos lesiones residuales que empleando únicamente antibióticos.

En los casos crónicos sólo empleamos el tratamiento hormonal para lograr la remisión de un brote que la combinación de antibióticos no consigue. Añadiendo prednisona o en algún caso A.C.T.H., se llega a una estabilización del enfermo en cuanto al síndrome general y la regresión de los fenómenos inflamatorios. Las lesiones fibrocaseosas constituidas, anteriores al brote, se mantienen naturalmente invariables.

Al Dr. Verdaguer: La neumonía inespecífica justifica plenamente el empleo de la prednisona y obtendrá resultados muy brillantes asociándola a un antibiótico de amplio espectro como la terramicina.

Dr. REVENTÓS. — (Sin datos de su intervención.)

Dr. CAPELLÁ. — Sin tener ningún interés en abundar a favor de procedimientos terapéuticos que, parece, se van dejando de lado, sí quiero hacer algunas observaciones acerca de la repercusión funcional de la colapsoterapia. Podemos hablar con cierta experiencia personal por la amplia casuística que manejamos.

El neumotórax elástico, total y reciente altera muy poco las pruebas funcionales respiratorias y ventilatorias. Ahora bien: los neumotórax complicados, generalmente cuando tanto se prodigaban en la era preantibiótica, dejaban se-

cuelas importantes y una reducción marcada de las cifras espirográficas. Este marcado trastorno funcional es lo que ha dado des crédito a la colapsoterapia gaseosa.

La colapsoterapia quirúrgica, y particularmente la toracoplastia, ha sufrido también el embate de la crítica. Podemos afirmar que una toracoplastia apical, que no rebasa la quinta costilla, provoca una mutilación muy discreta de los valores espirográficos. En cuanto se extiende el colapso con mayor resección costal, la afectación funcional cobra más importancia. El hecho de haberse abandonado la toracoplastia en favor de la exéresis, particularmente la lobar, va a favor de un hecho funcional. Ahora bien: las complicaciones postoperatorias de una lobectomía pueden conducirnos a una reducción de los volúmenes espirográficos que no intentábamos obtener.

En resumen: en nuestro medio ambiente las indicaciones de la colapsoterapia deben de ser reducidas y muy precisas. Si se hacen con garantía y son eficaces en breve plazo, constituyen un método a tener en cuenta aún y que no debe de ser despreciado.

Dr. ZAPATERO. — Felicito al doctor Civil porque ha sabido, con gran habilidad, exponer en forma resumida su vasta experiencia en la colapsoterapia. Nosotros, que nos iniciamos en la especialidad en

la época del neumotórax, y aunque la mente humana tiene la tendencia a olvidarse de lo malo y acordarse tan sólo de lo bueno, sin embargo, procurando recordar las cosas lo más objetivamente posible, diría que el neumotórax intrapleural en los casos de indicación absoluta es una intervención no ya buena, maravillosa. En cuanto a la sección de adherencias, creo que no hay nada más elegante ni más bonito en el orden de cirugía menor cuando se practica correctamente, cuando no se secciona lo que no se debe seccionar, etc. Yo tengo la seguridad que el Dr. Reventós senior no hubiese dicho las cosas tal como las ha dicho el Dr. Reventós junior. Creo que la toracoplastia representa con una cierta frecuencia un origen de invalidez respiratoria, con sus bronquiectasias basales, sus bronquitis de repetición, su asma bacteriana, etc.

Dr. ROSET. — Unicamente para corroborar con lo que acaba de exponer el Dr. Zapatero. En el centro de rehabilitación de tuberculosos de San Camilo he asistido a un considerable número de enfermos con limitaciones funcionales importantísimas a consecuencia de toracoplastias correctamente indicadas y de factura técnica impecable. La bronquiectasia y el enfisema con su inevitable secuela de brotes catarrales recidivantes cada vez más graves y difíciles de regresar, son el bagaje de estos po-

bres enfermos que han logrado curar su tuberculosis a costa de una gran incapacidad funcional.

Dr. SABATER. — Yo quisiera resaltar un poco lo que ha dicho el Dr. Civil. Las consecuencias para mí graves en el orden social de entretener largas curas con antibióticos en lesiones que de hecho son tributarias de neumotórax; el abuso y la facilidad que se tiene para el uso de los antibióticos y los beneficios circunstanciales en el orden sintomático que con estos productos se obtienen, hacen retrasar la realización de muchas indicaciones de colapsoterapia que después, ya no son buenas o tienen que llegar a soluciones quirúrgicas mucho más graves que el simple neumotórax terapéutico.

En el Seguro vemos muy a menudo gente que ha sido entretenida largamente con antibióticos sin resultado, más que en el orden sintomático, en el lesional y en el orden bacteriológico, y nos llegan indicaciones que después han de ser quirúrgicas cuando podían haber sido, inicialmente, colapsoterápicas gaseosas.

Dr. CIVIL. — Los Dres. Zapatero y Sabaté corroboran mi opinión de que el neumotórax debe mantenerse en los casos indicados.

Al Dr. Reventós diremos que los neumotórax, para ser mantenidos, además de tener una buena indicación deben reunir la condición de

eficacia del colapso logrado, si con el mismo no se logra el colapso y disminución progresiva del tamaño de la lesión cavitaria, debe abandonarse dicho método; criterio de pronto abandono de los neumotórax ineficaces que ya defendimos antes de la era bacteriostática en nuestro libro "Neumotórax y neumolisis intrapleural", en el año 1948, con el fin de evitar las complicaciones pleurales y sus secuelas tardías, y si exigimos al neumotórax más de lo que puede dar de sí, es evidente que recogeremos malos resultados.

Al Dr. Roset: se observan insuficiencias de ventilación pulmonar en toracoplastias, pero en general tal sucede en las toracos que fueron demasiado extensas, y mucho menos en la toracoplastia parcial superior.

Si la toracoplastia se ha efectuado en enfermos que además de su lesión cavitaria tienen lesiones de predominio fibroso intersticial o peribronquial, específicas o no específicas, ante hechos de infección bronquial repetidos, se produce un aumento de su fibrosis peribronquial, dando por resultado la manifestación de bronquiectasias tubulares o poniendo de manifiesto bronquiectasias latentes, todo lo cual conduce a una disminución de la ventilación.

De esto tenemos experiencia porque hace muchos años que se hacen toracoplastias. Ahora bien, es pero que transcurran años de las

resecciones verificadas en nuestros días para ver el comportamiento lejano del parénquima restante, no sólo en cuanto a un nuevo brote, sino también su respuesta ante las infecciones bronquiales repetidas, y el comportamiento de lesiones residuales cuya secuela es la peribronquitis o la bronquiectasia residual, que evolucionando a su vez, aumenta la fibrosis con la consiguiente disminución de la ventilación pulmonar.

Se ha revisado con el Dr. Bordas, digestólogo de la Ciudad Sanatorial de Tarrasa, el problema de las intolerancias digestivas al Pas y a las Hai., comprobándose que en gran número de casos, no se trata de una intolerancia verdadera, sino que con la exploración radiográfica se demuestra un síndrome nuevo en los enfermos tuberculosos: el diafragma descendido y poco móvil influye sobre la cúpula del estómago, dando menos tonicidad a la parte alta del estómago, permitiendo un reflujo pirósico a la parte inferior del esófago, acompañado de dilatación radiológica de esta parte inferior del esófago.

Todos los enfermos que tienen este síndrome toleran mal las hidrácidas y el Pas, y precisamente por la existencia del mismo anterior a la medicación.

Si después de las comidas permanecen sentados, tienen menos regurgitación desde el estómago a la parte inferior del esófago, y des-

aparece la supuesta intolerancia medicamentosa en la inmensa mayoría de los casos, y pueden proseguir la medicación. En otros casos se logran buenos resultados protegiéndoles además de su regurgitación pirósica gastroesofágica con Neutralón.

Dr. ZAPATERO. — Felicito al Dr. Lorenzo por esta clara exposición que ha hecho. Al enjuiciar invalidez respiratoria por la toracoplastia, quizás haya sido yo conceptualmente excesivamente rígido al no disponer de mucho tiempo. Claro, no he querido decir yo que en todas las toracoplastias esto ocurra. En gran parte depende de la extensión de la toracoplastia, la existencia previa de la tuberculosis bronquial, etc. Pero a este propósito creo que también hay que romper unas lanzas en favor de las insuficiencias respiratorias que de seguir a la exéresis. Son ya muchos los casos vistos por mí en los que, tras la ablación de un lóbulo por bronquiectasias, éstas aparecen ulteriormente en zonas hasta entonces indemnes.

Si en la clínica se habla de bronquiectasias pleurógenas para significar con ello la aparición de bronquiectasias que sufren tras la tracción ejercida por un a veces pequeño callo pleural dejado como secuela por la pleuritis, ¿qué es lo que va a ocurrir cuando se produce una ectopia bronquial tan extraordinaria como la que acostumbra

a aparecer tras las exéresis, en las que bronquios de trayecto horizontal adquieren verticalidad, y bronquios, que Dios los hizo para drenar sus secreciones a favor de la gravedad, se ven obligados, tras la intervención, a hacer un drenaje antigraavitacional?

Digamos ahora algo acerca de los llamados tuberculomas. Tras una experiencia de 20 años de investigaciones, de reconocimientos seriados en la Universidad de Madrid, he llegado al conocimiento de que la lesión de la tuberculosis inaparente es el tuberculoma. El infiltrado redondo, lo que llamamos en Europa hasta hace muy poco tiempo infiltrado redondo, es un vino viejo que nos vino con odres nuevos del otro lado del mar con la denominación de tuberculoma, lo encuentro con extraordinaria frecuencia en la tuberculosis inaparente, y lo considero, como he dicho, como la lesión arquetipo de la misma. En el año cuarenta, cuando todavía no estaba tan de actualidad como ahora el tuberculoma, describí un tipo de cavidad que denominé cavidad en arandela, porque recordaba una rueda de calce ancho, un salva vidas. Hace tres o cuatro años, los franceses, me parece que ha sido la escuela de Lyon, la ha descrito como cavidad en escarapela. Esta cavidad en arandela o escarapela, como se quiera llamar, tiene una serie de características clínicas y patogénicas (hasta lo que el clínico puede enjuiciar de

patogénesis) bien singulares. Con frecuencia las cavidades en arandela no aparecen más que en tomograma y que nada las hace presumir en la radiografía panorámica normal. En el transcurso de 20 años he podido estudiar cerca de un centenar de enfermos que presentaban lesiones del tipo del tuberculoma. Solamente en un 4,88 por 100 de los tuberculomas macizos hubo una evolución progresiva (ulceración). Una reabsorción total apareció en la misma proporción 4 %. Estacionarios, un 23,4 %. Reabsorción parcial, un 34%. Retracción, un 34 %. En los ulcerados, un 7,3 % permanecieron estacionarios. La cavidad disminuyó de tamaño en el 14,6 %. Aumentó en 2,4 %. Siembras cavitarias aparecieron en el 2,4 %.

El tiempo de observación osciló entre los seis meses y los doce años, con un promedio de dos años y medio. Insisto que me refiero al tuberculoma de la tuberculosis inaparente que en parte es una forma evolucionada ya y que probablemente han experimentado cuando menos algunos de ellos cierta regresión. La deducción a sacar de esta experiencia es que antes de hacer una indicación de exéresis en un tuberculoma hay que estudiar clínicamente muy bien y que siempre se debe dejar actuar como testigo de mayor excepción al tiempo. El tiempo, en nuestra especialidad, es un factor que nos viene a descubrir muchos errores y mu-

chos engaños. No llega a un año falleció un gran músico, un gran director de orquesta muy amigo mío en condiciones extrañas y de muerte violenta. Yo le venía viendo desde hacía 20 años, porque tenía dos imágenes de tuberculoma en el pulmón derecho. Este hombre había trabajado de una manera extraordinaria en su vida. En los últimos años padeció una enterocolitis, que en dos ocasiones dio lugar a un estado de desnutrición y agotamiento acentuadísimos, casi de tipo caquético, y le obligó a abandonar toda actividad y hacer un régimen de reposo durante varios meses.

Se le hizo la autopsia y entonces se le encontraron dos tuberculomas. En efecto, allí estaba la sustancia caseosa dodeada de una capa de tejido conjuntivo, pero estas estructuras que no habían experimentado el más ligero cambio en el transcurso de muchos años, pese a la persistencia adversa, continuaban mostrando su situación de latencia en la autopsia.

En estos casos realmente está justificada la exéresis. Yo creo que la manida comparación de la bomba retardada no puede ser aplicada a todos los tuberculomas y pienso que antes de sentar una indicación de exéresis hay que ver lo que ocurre en el tuberculoma tras unos meses de tratamiento médico. El que el enfermo pase de la pantalla de fotoradioscopia de modo inmediato a la mesa de ope-

raciones, como he tenido ocasión de ver en varios casos en el extranjero, me parece absurdo y poco clínico.

Dr. MARGARIT. — Aunque la discusión sobre unos casos concretos de indicación quirúrgica abusiva tiene un interés indudable, sería un error que sirviera de excusa para demorar la organización de un programa eficaz de tratamiento por exéresis de la T. P. en nuestro país. No puede hablarse de abuso cuando apenas se usa este procedimiento en relación al número de enfermos susceptibles de beneficiarse de él.

Lo razonable es reconocer que perdemos miles de enfermos por no haber ejecutado oportunamente exéresis pulmonares en pacientes que los tuberculoestáticos han estabilizado, pero no evitado el paso más o menos rápido, a la T. P. crónica irreversible.

Afortunadamente no tenemos que descubrir ni defender el valor de la exeresis en el tratamiento de la T. P. Esta es ya una labor hecha y aceptada universalmente. Con nuestros medios modestos y limitados, es la orientación que seguimos. Desde hace más de cinco años, tratamos por exeresis más del 80 por 100 de los pacientes quirúrgicos con resultados tan satisfactorios como los presentados por los autores de otros países.

Nuestra misión, como españoles, es aceptar la realidad y organizar

en este sentido el tratamiento. Ello requiere una organización funcional y ágil de los equipos quirúrgicos con responsabilidad personal, sin trabas burocráticas y con una retribución decorosa de todos sus miembros, médicos, cirujanos y personal auxiliar, que les permita dedicarse exclusivamente a esta misión. En una palabra incorporarnos a la mentalidad y organización universal, en la cual la eficacia se juzga por los hechos y resultados objetivos y se guarda de los que confunden la ciencia con el mero alarde verbal y actitud doctoral, que son, hay que reconocerlo para corregirnos, el morbo nacional.

Dr. PURSELL. — Entre los tisiólogos hay dos posturas intransigentes: La de aquellos que todo lo quieren solventar con quimioantibióticos, o con colapsoterapia médica o quirúrgica, estas últimas que defienden en las reuniones médicas, pero que no se atreven a indicar al enfermo; y aquel otro grupo de tisiólogos, para los cuales toda lesión es tributaria de exéresis, pues aun que no se atreve a negar los beneficios de los quimioantibióticos, indirectamente lo hacen al sentar indicaciones de resección por cicatrices radiológicas, y además niegan toda eficacia en la colapsoterapia médica o quirúrgica. Estas posturas son ferozmente intransigentes.

Observando los componentes de

cada grupo, nos damos cuenta que en el primero militan de cuarentones para arriba, y en el segundo los jóvenes. La excepción no es ley.

Ambas posiciones son falsas. Los del primer grupo no tienen la valentía y agilidad mental suficientes para aceptar que sus concepciones han periclitado parcialmente al menos. Los del segundo carecen de la madurez suficiente para sustraerse *parcialmente* al espejismo de lo radical y nuevo que preconizan.

A estos dos grupos se agrega otro factor de perturbación gravísimo, y es la aparición de un nuevo elemento en el ejercicio de la tisiología: el internista, con sus indicaciones abusivas, y en ocasiones indiscriminadas, de antibióticos.

Cada grupo actúa de forma distinta y comenta la postura ajena de forma, si se quiere, bien intencionada pero falsa.

Al internista, que no hay duda cura algunos enfermos, le sirve esto para justificar su posición y no enviar ningún enfermo al tisiólogo, alegando que éstos hubieran indicado un colapso o una exéresis, que él evitó, y por ello insiste meses y meses en los que no se resuelven. Postura equivocada. Puede y debe tratar enfermos, pero aquellos que no evolucionan bien sus curaciones evidentes de algunos enfermos, no justifican la retención de éstos.

Al tisiólogo, que podemos llamar

colapsoterapeuta, cuando le llega el enfermo en fase de buena indicación de ésta, no se atreve a formularla. Tiene miedo al juicio de los otros grupos e insiste en una terapéutica quimioterápica, bien orientada, pero que no es panacea, y él lo sabe. Por otro lado tampoco hace indicaciones de exéresis, alegando la gravedad de ésta, sin matizar que ésta no sería la misma si se hicieran indicaciones más precoces.

El tisiólogo, que llamaremos resector, acepta los quimioantibióticos, pero llega a formular indicaciones de resección en lesiones, que yo llamo fotográficas, sin actividad ni evolutividad alguna, y protesta airadamente cuando le llega un enfermo con colapsoterapia previa. Habla de las insuficiencias funcionales de éstos, sin darse cuenta que al lado del enfermo que llegó a sus manos por fracaso de este colapso, existen otros muchos que curaron sin déficit funcional, y además que también en las resecciones que evolucionan mal hay insuficiencias funcionales.

Hay que salir de estos comparativos estancos. ¿Cómo? Yo lo creo fácil: transigiendo. Para ello es necesario escuchar a los otros. Analizar sus razones.

Así llegaremos a la conclusión:

1.º Que no es posible negar al internista la facultad y capacitación para tratar las formas iniciales de comienzo de la tuberculosis.

Con ello se recuperan un 50 - 60 por 100 de casos que curan por *restitutio ad-integnum*. Mas si el caso no evoluciona favorablemente hay que inculcarle la idea de su responsabilidad si no lo envía al tisiólogo.

2.º El tisiocolapsoterapeuta debe indicar el colapso médico precozmente. Si su eficacia no es inmediata y franca, no obtinarse en ello y hacer la indicación quirúrgica correspondiente, incluida la exéresis que, en sus indicaciones buenas, no tiene una mortalidad importante.

3.º El tisioresector debe saber que el colapso asociado a los quimioantibióticos es capaz de solventar total y definitivamente un elevado tanto por ciento de casos. Podrá en ocasiones dejar secuelas, pero también las deja la exéresis.

En definitiva todo se reduce a repasar las razones propias y analizar las censuras de los contrarios atendiendo sus alegatos. Creo que esta es la forma de llegar a una mejor resolución del problema. Por lo menos así me parece a mí.

Dr. T. LORENZO. — Mucho me complace el haber conseguido lo que me proponía, esto es, suscitar

discusión y conocer el criterio de los demás compañeros. Lo que nos ha dicho el doctor Pursell, creo que tiene un gran valor y estoy completamente de acuerdo, pues los médicos de medicina general son los primeros que ven los enfermos y los que, en vez de hacer un tratamiento médico y bacteriostático, muchas veces excesivamente prolongado, deberán enviarlo al especialista tisiólogo quien con mejor criterio y práctica conducirá al enfermo sin alargar demasiado la terapéutica antibiótica para evitar en lo posible las resistencias y tener un arma terapéutica efectiva para el caso de que al enfermo se le tenga que practicar una terapéutica quirúrgica.

Por lo tanto, creo que debería organizarse una campaña de divulgación, dirigida al médico general, explicando todos estos problemas y la responsabilidad que tienen de retener demasiado los enfermos. Ya que el factor tiempo pesa mucho en la indicación quirúrgica y el pronóstico postoperatorio.

Al doctor Zapatero debo decirle que si he hablado de tuberculoma, como ejemplo de indicación óptima, no creo que deban intervenirse todos.

Concluyo agradeciendo a todos los que han intervenido en la discusión de este tema, que es de gran trascendencia en la actualidad.