

FUTURO DE LA COLAPSOTERAPIA MÉDICA

Dr. J. ORIOL ANGUERA

HABLAR de colapsoterapia médica es igual, a mi sentir, que describir la columna vertebral de la fisiología. Sabemos que antes de la colapsoterapia ya había médicos que se dedicaban, de una manera especial y quizás en algún caso exclusiva, a la tuberculosis pulmonar. Existían centros de reposo en climas adecuados y allí los enfermos eran cuidados por internistas con tendencia fisiológica. Tampoco desconocemos que una gran parte de la fisiología, y quizás la más científica, es la que se refiere a la profilaxia, y que ésta existía antes de que apareciera la colapsoterapia. Pero es precisamente sobre estas dos bases de sustentación que se produjo la unión y se implantó la colapsoterapia médica Forlaniniana, dando lugar a la emancipación definitiva de una disciplina, que de otro modo creemos que hubiese tardado mucho más en aparecer, o quizá jamás hubiese aparecido. Y digo esto porque me es difícil creer en la formación de una nueva especialidad sin una técnica o unas técnicas que comporten una dificultad para el internista o el sanitario. En cambio no es difícil imaginar que toda la lucha antituberculosa estaría en manos de sanitarios del Estado, si vemos lo que ocurre en otras enfermedades como el paludismo, que no han necesitado más que una medicación más o menos complicada químicamente, pero no en la forma de administración. Y tampoco nos costará darnos cuenta de que, si encontráramos una forma de quimioterapia de la tuberculosis eficaz y sin grandes complicaciones en su uso, será el internista el que de nuevo se hará con el enfermo tuberculoso, o mejor, lo curará y medicará sin que tenga necesidad de recurrir al fisiólogo.

Los especialistas abanderados de nuestros días están confundiendo esta columna vertebral colapsoterápica del cuerpo de la fisiología, con un atuendo superfluo, y en los últimos ocho años se ha publicado mucho en contra de la colapsoterapia médica, y escuelas como la holandesa, la americana y la escandinava están, a nuestro sentir, en forma exagerada, desacreditando una técnica que durante muchos años ha sido el único medio eficaz para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, aparte, claro está, el reposo con o sin clima adecuado.

Y es que el médico está acostumbrado a creer que siempre es verdad que sólo enseñan los fracasos. Ya es cierto para la formación individual, que a cada uno se le quedan más grabados los resultados desgraciados que los afortunados, pero ello no nos sirve para orientar la marcha de una

medicación de una manera global, pues debemos establecer el balance de éxitos y fracasos con la misma objetividad, y, sobre todo, comparar en el tiempo con los demás métodos que pretenden curar la misma dolencia.

Y si además podemos aunar terapéuticas y en la conjunción de las mismas damos solidez a nuestra obra curativa, será todavía mejor el resultado obtenido. Así, puede que en muchos casos la colapsoterapia pueda dar solidez a una curación iniciada por una cura quimioterápica. Pero sólo el tiempo nos dirá hasta qué punto debemos hermanar las dos medicaciones y en qué formas será mejor utilizar únicamente una de ellas.

Desde el final del siglo pasado hasta nuestros días, la terapéutica del tuberculoso pulmonar ha pasado por tres etapas, que nos place esquematizar en períodos que llamaremos: 1.º, de cura climática; 2.º, de cura colapsoterápica-médica, y, finalmente, 3.º, de cura quirúrgica-antibiótica. Ya sabemos que estas etapas no están separadas de una manera brusca, sino que se imbrican y hasta se superponen, variando no sólo en sentido del tiempo sino también del espacio, ya que en momentos en los que en determinadas latitudes todavía estaban en la cura de clima y reposo absolutamente, en otras ya habían entrado de lleno en la etapa de colapso. Pero si en realidad nos interesa distinguir estas tres formas de terapéutica antituberculosa, es precisamente para poder seguir cómo se llegó a ellas y cómo se marchó de las mismas. Ya sabemos que en realidad ninguna de las formas de medicación ha periclitado y que sigue la cura de clima y el neumotórax siendo muy utilizado en todos los países, pero queremos hacer hincapié en que se ha acentuado en cada período un sistema terapéutico, muchas veces de una manera exagerada, dando lugar a olvidos de los métodos anteriores, que todavía curaban y eran eficaces.

En la etapa que va desde comienzos de siglo hasta 1915-1920, se podría resumir que todo el tratamiento del tuberculoso consistía en saber escoger el clima adecuado, donde se procedía a instaurar una cura de reposo, dirigida a base de una exploración estetoacústica minuciosa y una cuidada y repetida práctica de la baciloscopia. Se llegó a tal virtuosismo, que todos hemos leído y los mayores recordamos todavía, lo que llegaban a sacar de una exploración física nuestros maestros, y qué sutilezas tenía el recuento de bacilos con o sin escala de Gafky. Los que entramos en la tisiología en la época de la colapsoterapia médica, y nos atrevimos a tirar por la borda todo lo que daba de sí aquella exploración estetoacústica minuciosa y aquel recuento bacilar del esputo, creyendo que sólo valía la exploración radiológica y la positividad o negatividad del esputo, nos hemos preguntado más de una vez, cuántos errores hemos cometido por no tener en cuenta aquellas prácticas con el detalle que fueron valoradas por nuestros mayores. Basta recordar lo que nos dice la auscultación en los síndromes

bronquiales, que por otra parte tan poco dan de sí en la radiología, para que nos demos cuenta de que todo lo que hoy se atribuye a la participación bronquial en la enfermedad tuberculosa del aparato respiratorio, hubiese podido ser sospechado mucho antes, y sobre todo, el saber valorar determinadas indicaciones de colapso que por *precipitadas* fueron inútiles sino perjudiciales. Y vemos que el dato bacilosκόpico cuantitativo, que tan enfáticamente depreciábamos, teniendo sólo en cuenta lo cualitativo, si es o no positivo, es valorado por la escuela holandesa, que es la que mejores resultados obtiene actualmente en la terapéutica tuberculosa, considerando como uno de los datos más importantes el descenso del número de bacilos en el esputo y no interviniendo ningún tuberculoso en fase de aumento de los mismos, por considerar que las fases regresivas son las óptimas para la elección del momento operatorio. Tanto es así que BRONKHORST, BAART DE LA FAILLE, NAUTA, etc., que siguen el curso de curación de las cavernas con todo detalle, tanto en los casos de terapéutica médica como en la quirúrgica, nos dicen que la curación de la caverna va seguida de una disminución de bacilos progresiva, y se lanzan contra las ideas de CORYLLOS, que quería cerrar bruscamente el bronquio de drenaje de las cavernas, para provocar la atelectasia del segmento correspondiente, ya que creía así ayudar a una curación rápida. Los holandeses no sólo no creen en las ideas de CORYLLOS, sino que parten de la curación progresiva de la pared cavitaria, para ayudar en el momento de regresión, si precisa por estacionaria, con un tratamiento "activo" como ellos dicen; pero siempre eligen el momento, que a su sentir es lo más importante para un buen resultado. En la elección de este momento juega un gran papel el dato proporcionado por la baciloscopia, que dividen en cinco grupos y no en los de la escala de Gafky.

Recemos nuestro primer "mea culpa" por haber abandonado de una manera excesiva y prematura ideas antiguas, pero sólidas, con demasiada fe en los nuevos métodos que son los de la colapsoterapia médica, que tantos éxitos ha cosechado, pero que probablemente hubieran sido mucho mejores, si se hubiesen establecido siempre sin abandonar los criterios que guiaban tan certeramente a los maestros de la etapa anterior. Y al valorar lo que tiene de aprovechable la etapa del neumotórax intrapleurar, guardemos todo lo útil para no pecar de nuevo, al entrar en la tercera etapa, que llamamos de característica quirúrgica-antibiótica.

En esta segunda fase, cuyo nacimiento en gran escala podemos situar en los años del 15 al 20 de este siglo, nos ayudamos, como hemos dicho, de la exploración radiológica. Sin llegar a la exageración de la escuela italiana y de la alemana, ya que el mismo REDEKER trataba el infiltrado precoz con neumotórax de una manera sistemática, digamos que nos orientábamos para hacer una indicación de colapso, con tres síntomas principa-

les: Imagen radiológica ulcerada. Bacilo en el esputo. Unilateralidad de la lesión, o al menos con lesiones contralaterales de poca monta.

No importa la forma anatomoclínica sobre la que asienta la ulceración. No importa la fave evolutiva del enfermo. No importa la sintomatología bronquial añadida. No importa el estado general del enfermo, etc. Con aquellos tres datos a nuestra mano, la indicación de colapso médico era la regla. Y menos mal cuando se procedía a tener en cuenta estas razones, porque en múltiples casos se prescindía de la presencia de una de ellas, tales como si tenían o no bacilos en el esputo y todos hemos cometido el error de iniciar un neumotórax en un proceso que resultó no ser tuberculoso, aunque fuera ulcerado o cavitario, congénito o adquirido, y todos hemos cometido el error o hemos presenciado quién lo cometía, de comenzar un colapso sin esperar lo que podía dar de sí una cura previa de reposo y tónicos bien llevada, que muchas veces nos hubiera ahorrado sinsabores, porque al enfriarse la lesión, el colapso no se hubiese complicado con síndromes pleurales o contralaterales.

A pesar de ello hemos cosechado magníficos resultados con el colapso médico durante años, en los que no disponíamos más que de esta terapéutica y del reposo en clima adecuado o no, y todos sabemos cómo ya antes de la época de los antibióticos y de la gran cirugía, se habían logrado curaciones que ponían en situación difícil a los sanatorios en climas de altura. Y los centros sanatoriales se convertían en centros colapsoterápicos y los tisiólogos en virtuosos del neumotórax y de la sección de adherencias por métodos cada vez más complicados y atrevidos.

Esta época, que tan magníficos resultados ha dado al tisiólogo y de los que tan orgullosos estábamos, ha empezado su declive en algunos países a partir del año 1944 en que aparecen los primeros detractores del método.

¿Por qué se ha iniciado esta severa crítica al neumotórax, que ha sido durante tantos años la medicación de elección de la tuberculosis pulmonar activa y abierta?

1.º Principalmente porque el repaso de los casos que han sido curados por este método en el curso de los 10 años que siguen al abandono de la terapéutica, dan un alto tanto por ciento de recidiva.

2.º Porque se considera un método que disminuye funcionalmente al pulmón de una forma demasiado intensa, sobre todo en las regiones basales, que son las menos frecuentemente enfermas y las más necesarias para la respiración y hematosis.

3.º Porque con el mejor conocimiento de la tuberculosis bronquial, se le limita la indicación en todos los casos en los que esta participación del bronquio pueda representar una disminución de la eficacia del colapso.

4.º Porque con los antibióticos *se pretende que curamos* más enfermos de una manera definitiva.

5.º Porque está de moda la exéresis...

Nos interesa extraordinariamente analizar todas las razones que pretenden disminuir la indicación del colapso médico, porque estamos seguros de que no todas son verdad o al menos que muchas de ellas son susceptibles de disminuir su arrogancia frente al neumotórax.

Si el motivo de la recidiva en plazo largo se tiene en cuenta, ninguna terapéutica que no lleve una amplia experiencia de 10 años no debe ser valorada, porque no sabemos qué ocurriría a tanta curación Estreptomícínica, Pásica y con demás medicamentos, como tampoco el resultado de tanta exéresis en una enfermedad general como es la tuberculosis. Ya es otro argumento el que tiene a su favor el reposo acompañado de una cura higiénicodietética bien establecida. Son muchos años de experiencia los que lleva este sistema y en realidad creemos que es todavía muy útil en los medios sociales cuya economía lo permite. Tanto es así que en realidad para nosotros la única forma de curación que permite la tuberculosis es la localización máxima del proceso, y esta retirada del bacilo a una batalla local mínima se logra mejor con el reposo que de otra forma cualquiera.

En cuanto a la disminución de la capacidad funcional de las regiones basales pulmonares del pulmón neumotorizado, que aceptamos como una causa a tener en cuenta, es menos intensa de lo que se pregona, sobre todo en calidad funcional más que en cantidad. Esta disminución es valorada sobre todo en los procesos que por tener un sistema de adherencias complicado amenazan con el mantenimiento de un neumotórax forzado, tanto si se seccionan las bridas que probablemente se seguirá de derrame, como si se dejan sin cortar, que además de privar eficacia al colapso no disminuye la posibilidad de la pleuresia. Pero en estos casos somos partidarios de abandonar el colapso.

Pero es evidente que nada sabemos de lo que ocurrirá en el curso de los años a estas regiones pulmonares que se expansionan de una manera exagerada después de una exéresis limitada y si el enfisema compensador o los trastornos de los bronquios y de los vasos producirán cuadros que disminuirán todavía más la capacidad funcional de lo que ocurre en el pulmón que ha llevado un neumotórax. Algo se sospecha ya de la tendencia bronquiectásica de los lóbulos restantes, y se tienen que reintervenir practicando nuevas exéresis para corregir lo que se produce como consecuencia post-operatoria.

Pero hemos de hacer hincapié en que si se ha hablado de los fracasos del neumotórax terapéutico, faltan por consignar todavía los éxitos

en los casos en que menos se podía esperar. Falta todavía quien nos explique cuantitativamente y cualitativamente, por qué todos hemos tenido neumotórax contraselectivos *que eran eficaces*. No es que pretendamos decir que el neumotórax no debe ser selectivo, pero sí queremos afirmar que no siempre es ineficaz un neumotórax que compromete las zonas menos enfermas. Yo diría que iniciado un neumotórax, si éste tiene una configuración contraselectiva, no debe obstinarse en apretar y lograr presiones positivas, porque de ahí surgen las complicaciones; ni empeñarse en hacerle secciones impracticables, que siempre acaban mal, sino que debe mantenerse unas semanas para ver lo que se logra al punto de vista local y general, manteniendo presiones negativas, y estos colapsos hipotensos no sólo no acostumbra a complicarse sino que a la vez dan sorpresas, porque en más de una ocasión hemos visto su eficacia inesperada.

Ya es otra historia el hecho de la participación bronquial en el síndrome pulmonar, puesto que en realidad esta participación nos lleva a considerar todo el capítulo de las cavernas insufladas y de los muñones negros, que casi siempre son consecutivos a participaciones bronquiales que nos dificultan y hasta perjudican la acción curadora del colapso. Pero si partimos de la base de que antes de establecer un colapso es preciso estudiar bien el enfermo y no tener prisa, mucho más desde que disponemos de métodos que nos ahorran tiempo por su eficacia en iniciar una regresión del brote, tendremos en muchas ocasiones la oportunidad de ver desaparecer el síndrome bronquial con un tratamiento adecuado de tipo médico, después del cual, si el síndrome pulmonar no queda totalmente resuelto, se puede intentar el neumotórax. Igual como ocurre con los casos quirúrgicos, que se logra con mayor facilidad el llevarlos a un momento adecuado gracias a las medicaciones actuales, así también en el neumotórax se logra con unas semanas de paciencia que el enfermo regrese de su síndrome bronquial y se pueda iniciar el colapso en su debido momento.

En cuanto a las curaciones debidas a los antibióticos, falta que se haga la estadística de verdad de las recidivas a los 5 ó 10 años de haber abandonado una terapéutica medicamentosa que se consideró que había curado una lesión ulcerada, y estoy seguro que los números nos dirán de una manera mucho más categórica que en el caso de la colapsoterapia, que aquella curación no era definitiva.

Nos queda para comentar la moda de la cirugía torácica, en especial de la toracoplastia primero y del extrapleural y la exéresis después.

¿Qué le quedaría al neumotórax intrapleural si seguimos las orientaciones dadas por las escuelas con gran empuje quirúrgico?

A los holandeses, que son los que dan la pauta en la actualidad, muy pocos casos los consideran como indicación de neumotórax. En primer tér-

mino nos dicen que resuelven el 40 por 100 de los casos con una cura de reposo y PAS llevada minuciosamente en un plazo de tres a seis meses. Consideran indicación de exéresis, con predominio de la segmentectomía, a todas las lesiones que continúan ulceradas después de haberlas estabilizado con el reposo. Añaden *cavernas de todos los lóbulos* que no obedecen al Pas y a la estreptomycinina a pequeñas dosis. Y no hemos de extrañar que por un lado tengamos que en un sanatorio de 500 camas del servicio de BRONKHOST, sólo existen 6 colapsos con neumotórax intrapleural, y que en otro de seiscientas, BAART DE LA FAILLE nos cuenta que en total tiene de 20 a 30 neumotórax, donde hace solamente cinco años había más de cien. Dejan solamente para colapso los casos bilaterales, en los que precisamente antes considerábamos como contraindicada esta terapéutica. Entonces establecen el doble colapso, ya sea intra o extrapleural, aunque con cierta preferencia para este último.

¿Es que en realidad creen estos autores que la tuberculosis pulmonar se cura enteramente por una resección parcial? ¿Es que se puede considerar una enfermedad totalmente localizada, a pesar de que se manifieste en un momento dado en un solo pulmón? ¿Es que realmente no hay siembras contralaterales mínimas en todos los casos, que pueden dispersarse y ponerse en evolución en cualquier momento?

Todos estos interrogantes y muchos más, nos hacen reflexionar y pensar que estamos en un momento de tránsito, en el que han perdido el sentido crítico los que empujan la moda de la terapéutica antituberculosa del aparato respiratorio.

Para nosotros, volver la cabeza atrás y meditar sobre los errores cometidos, nos servirá para dar la pauta de lo que en realidad podemos establecer en el momento actual como futura directriz de la colapsoterapia médica.

Recordemos que cuando la escuela alemana preconizaba el colapso ante toda lesión ulcerada o infiltrado precoz, el argumento de mayor peso era la ventaja que daba esta terapéutica a la cura de clima, ya que nos autorizaba mucho antes a dejar al enfermo que hiciese la vida activa.. Todos recordamos las frases que decían: "Es la medicación óptima del que tiene prisa y necesita rápidamente reincorporarse a la vida activa". Y bajo tal pretexto, se olvidaron los sabios consejos que se deducían de la cura de reposo alargada, y se empujaba una indicación que hoy todos estamos de acuerdo en considerarla mala, porque se precipitaba su puesta en marcha. Y nadie se atrevería a decir hoy, que un colapso debe iniciarse cuanto antes, sin tener en cuenta una serie de factores, que no fueron, desgraciadamente, tenidos en cuenta, tales como que el enfermo estuviese en una fase evolutiva regresiva, o que el síndrome bronquial hubiese desaparecido.

Y sin embargo veníamos de la cura de reposo y clima, que también había dado sus éxitos. Sólo la reflexión y los fracasos nos han llevado a establecer las curas de desintoxicación previas. Procuremos, pues, aprovechar todo lo bueno del colapso y salgamos a la defensa del mismo, diciendo que no hay motivo alguno para no intentar el colapso en todas las imágenes cavitarias una vez estacionadas, antes de intentar la cirugía. *Digamos a reglón seguido que no forzaremos el colapso con presiones inoportunas ni con secciones muy traumatizantes de adherencias*, porque son los casos malos por sus consecuencias pleurales y difícil recuperación funcional.

Y si el reposo y clima ayudan a la colapsoterapia, el colapso médico ayuda a la quimioterapia. HYMAN, STANLEY y HOFFMANN publicaron un centenar de casos de neumotórax ayudados con antibióticos, con resultados magníficos, de difícil superación con la cirugía y antibióticos. Apoyemos, pues, cada estrato encima del anterior y hagamos capas espesas y sólidas que se mantengan sin huecos. La experiencia dice lo que tiene de aprovechable la cura de reposo y el colapso, así como sus fracasos, tanto en resultados inmediatos como tardíos. En cambio no nos dice ni puede todavía explicar los resultados lejanos de tanta cirugía con exéresis. Esperemos, y mientras no abandonemos lo bueno por lo incierto y hagamos que la experiencia nos sirva para algo más que para seguir la moda que imponen los audaces.

Las principales contraindicaciones que yo veo al neumotórax, aparte las consecutivas a una mala conducción del colapso, son las mismas que se pueden hacer al proceder quirúrgico, *pero con la ventaja que no tienen este 5 % de mortalidad post-operatoria que tiene la exéresis en buenas manos*. Sobre todo me refiero a las recidivas, ya sean homolaterales o contralaterales.

Estas recidivas, *que son las que a los urólogos les tienen de vuelta en la indicación de la nefrectomía*, en gran parte son debidas a un hecho demasiado olvidado y que es de todos conocido. Me refiero a la dificultad que tiene el organismo de localizar totalmente a la enfermedad. En las formas que hemos llamado hematógenas, siempre su evolución tiende a la generalización, pero como dice SAYÉ, no es extraño ver brotes broncogénos en formas hematógenas, y al revés, brotes hematógenos en formas broncogénas. De todos modos, en muchas ocasiones el fracaso tanto del colapso como de la cirugía, es debido sobre todo a que se deja pasar poco tiempo entre el primoinfecto y la indicación colapsoterápica. Me refiero que cada día sabemos mejor cómo la primoinfección puede darse en cualquier edad y que cuando más cercana sea a la edad adulta, con mayor probabilidad vendrá la reinfección en un estado en que el organismo no ha resuelto, ni mucho menos su primoinfecto, lo que equivale a decir que hay adenopatías

en fase caseosa indagnosticadas, a partir de las cuales la diseminación es casi fatal, y precisamente en estos casos el colapso médico y la cirugía pueden representar *no sólo una técnica inoperante sino hasta contraproducente*.

Nuestra posición actual, que es aproximadamente la misma después del empleo de la estreptomycin y el PAS, o sea desde hace unos cuatro años, es la de esperar para la iniciación del colapso (siempre que tengamos los elementos que lo indican, esto es la imagen cavitaria, la presencia del bacilo y la lesión limitada) unas semanas hasta que la medicación antibiótica y bacteriostática haya logrado que el brote esté en fase de regresión. Sabemos que en muchas ocasiones, si se practica un nuevo examen del esputo resulta negativo en esta fase, pero a pesar de ello, si continúa la sospecha cavitaria, iniciamos el colapso, porque con demasiada frecuencia nos ha sorprendido la reactivación de la imagen y de la baciloscopia positiva, si hemos demorado unos meses la iniciación del colapso.

Por tanto, después de unos 20 a 25 días de medicación como máximo iniciamos el colapso a pesar de que el cuadro radiográfico y la baciloscopia hayan mejorado, siempre que no tengamos la impresión de una desaparición tan intensa que nos haga sospechar la curación posible por métodos quimioterápicos. En ello influye, es natural, la prisa del enfermo. De todos modos, siempre preferimos tener sujeto al enfermo mediante un neumotórax que con un reposo hecho en malas condiciones, ya sea por su nerviosismo o por las malas condiciones familiares y domiciliarias.

Pero no podemos negar que con la tendencia a diferir el colapso se ahorran muchas indicaciones límite, y que cada vez son menores los casos que quedan de una manera clara dentro de la indicación clásica del colapso. A propósito hemos hablado de diferir, porque en realidad esta palabra, a la que tanto cariño tienen los de la escuela de E. BERNARD, puede dar lugar a interpretaciones diversas.

Si consultamos el diccionario, nos encontramos que diferir equivale a dejar para otra ocasión el objeto de nuestra actividad, sin tiempo definido. Es como aplazar, sino que en el aplazamiento es más seguro que en el curso del tiempo llevaremos a cabo la acción; pero puede confundirse con posponer o postergar. Y aquí viene el peligro, a nuestro entender, que hay que evitar, puesto que en realidad si repasamos las diferentes escuelas, nos damos cuenta que mientras los franceses y los italianos tienden simplemente a aplazar, los suizos ya llegan a posponer y sobre todos los holandeses y americanos llegan a postergar.

E. BERNARD ha publicado en 1951 (Bull Acad. Med.) un estudio sobre las indicaciones del neumotórax intrapleurale en función de las medicaciones a base de antibióticos y bacteriostáticos. Pasa del criterio de neumotórax precoz al del neumotórax "differé".

En realidad, el aplazamiento de la indicación del neumotórax no lo

han creado totalmente los antibióticos, sino que antes de ellos ya se tendía a aplazarlos dado que las complicaciones eran mucho más frecuentes en aquellos casos que se instauraban en fases agudas y por tanto se tendía a dejar que el brote se enfriara. Por ello no tiene nada de común con el criterio de diferir, porque en el sentido del tiempo, el diferir es indefinido. Y cabe la posibilidad de que se posponga, dejando para después lo que debería hacerse antes, o se postergue por descuido, injusticia u olvido.

Para nosotros, el futuro del neumotórax intrapleurale está en manos de los investigadores que cada día nos descubren nuevas drogas eficaces. Pero si suponemos por un momento que no se nos apabullará con productos nuevos más eficaces que los actuales, nos colocamos en la situación siguiente:

Continuará siendo una indicación de neumotórax intrapleurale toda lesión que después de un mes de tratamiento con antibióticos y reposo, no nos dé la impresión de curación total y nos deje en nuestro espíritu la sensación de que estamos en el punto que creíamos una buena indicación antes de conocer los antibióticos. O sea, si después de tratamiento bien llevado, la imagen radiológica nos da la impresión que teníamos hace seis años respecto a una indicación correcta, debemos intentar el colapso sin insistir en aplazarlo por más tiempo.

Pasamos pues por el aplazamiento, que no sólo no estorba sino que beneficia, pero no postergamos ni posponemos este método a los demás.

Hemos repasado el resultado de nuestra estadística de los enfermos en los que hemos practicado el colapso desde 1930 a 1946.

En el curso de estos 15 años hemos practicado 212 neumotórax.

Estos enfermos los hemos dividido en tres lotes:

Los que hemos controlado y sabemos su resultado hasta el momento actual, habiendo curado.

Los que hemos controlado hasta su muerte o su recidiva, habiendo que recurrir a otros métodos.

Los que hemos perdido el control en el curso del tratamiento o después de abandonarlo, y por tanto no sabemos lo que ha ocurrido en los años posteriores.

De estos 212 enfermos 140 los hemos seguido hasta el final, y 72 los hemos perdido en los años que siguen a la iniciación del neumotórax.

De los 140 que hemos seguido, 118 han curado y están bien en el momento actual. Los 22 restantes, aunque mejoraron muchos de ellos, su final ha sido la recidiva o la diseminación final, o una complicación que consideramos de la misma enfermedad.

De los enfermos que no hemos podido seguir todo su curso, que su-

man 72, preferimos incluirlos entre los que no han curado, y por tanto los consideramos un fracaso del método.

De este modo resulta que el 54,6 % de los casos tratados con neumotórax, han curado y mantienen su curación al cabo de un mínimo de 7 años y un máximo de 16 después de abandonar el colapso.

El 45,4 % han sido fracasos, aunque es preferible desdoblar en dos grupos a éstos: Los que de una manera segura podemos afirmarlo, que suman el 11 %, y los probables, que suman el 34 % restante.

Esta estadística tiene varios inconvenientes y a mi modo de ver el principal es que se refiere a pocos casos tratados. Pero he preferido referirme a lo que yo he vivido, que a los datos recogidos Dios sabe cómo, por los autores que sobre ello han publicado.

Otro inconveniente es la gran cantidad de enfermos de los que se ignora su final. Yo ya sé que el enfermo que se pierde acostumbra a ser el que sigue mal curso, y más en este tratamiento que tanto recelo deja al enfermo a dejarse reinsuflar por manos que no son las habituales. Pero es que en muchos casos yo sólo he iniciado la medicación que después ha sido seguida por tisiólogos comarcales, que pueden muy bien haber dejado de devolver el enfermo a mi control a pesar de que el curso sea bueno. Por otra parte hay dos pequeños comentarios más a hacer: Primero, que se trataba de enfermos de visita particular, nunca económica ni gratuita, lo que ya presupone que tenían un estado nutritivo bueno y unas posibilidades mejores que el enfermo económicamente mal dotado. Por otro lado hay una segunda cosa a tener en cuenta y es que precisamente porque el volver a la consulta representaba un gasto, si se consideraban curados, es posible que en alguna ocasión lo hayan evitado a fin de economizar gastos.

De todos modos, aunque algún caso debe poderse incluir entre los dos puntos que acabo de exponer, prefiero limitar mis resultados a los datos de 54,6 % de curaciones tardías y 45,4 % de fracasos.