

Colapsoterapia ambulatoria en la cura de la tuberculosis pulmonar (*)

POR EL

Dr. José Antonio Pérez

Profesor Suplente de Semiología y Clínica Propedéutica. — Médico del Dispensario T. C. de Allende y del Sanatorio N. S. de la Misericordia

Este trabajo no tiene otro valor que ser el exponente de una experiencia intensamente vivida. Desde el año 1927 desempeño las funciones de Médico del Dispensario "Tránsito Cáceres de Allende"; allí fui iniciado en la práctica de la Colapsoterapia por mi maestro el Profesor Sayago; a través de ocho años he vivido los problemas que plantea el diagnóstico y tratamiento de los tuberculosos pulmonares que se asisten ambulatoriamente. Problemas diagnósticos y problemas de tratamiento que no hay que encararlos desde el punto de vista puramente médico sino contemplando los múltiples aspectos médico sociales que cada enfermo involucra.

Córdoba, Julio de 1935. (**)

CAPITULO PRIMERO

Indicaciones de la Colapsoterapia Ambulatoria

Las indicaciones de la Colapsoterapia Ambulatoria son las mismas que las de la Colapsoterapia en general, más ciertas indicaciones derivadas del hecho de que en la cura ambulatoria de los tuberculosos pulmonares, la cura higiénico-dietética es un

(*) Trabajo del Dispensario T. C. de Allende. Instituto de Tisiología de la Universidad de Córdoba. (Director: G. Sayago).

(**) Este trabajo terminado en Julio de 1935 no fué publicado hasta el presente por razones ajenas a nuestra voluntad.

recurso al cual no podemos recurrir en la gran mayoría de las veces por las condiciones económicas y sociales de nuestros pacientes.

Numerosos enfermos cuyas lesiones desaparecen en el régimen hospitalario o sanatorial son justificables de la colapsoterapia.

En la cura ambulatoria, y al hablar de cura ambulatoria nos referimos a la atención de los tuberculosos pulmonares en el dispensario; la acción terapéutica debe ir unida a la acción profiláctica y todas nuestras miras deben tender a realizar estas dos condiciones, única forma de que sea eficaz nuestra acción. Porque, además de las indicaciones estrictamente de carácter terapéutico, la colapsoterapia tiene sus indicaciones profilácticas precisas y amplias en la cura ambulatoria.

En nuestro medio la falta de camas para internar tuberculosos y las condiciones económicas sociales de éstos, nos ha obligado a recurrir a los métodos colapsoterápicos en una más amplia medida como medios profilácticos; pero ello nos ha llevado a emplear esta terapéutica en condiciones desfavorables y en casos cuya indicación se aleja en mucho de la indicación ideal.

Los resultados que se consiguen en colapsoterapia, están en relación directa a la buena y precisa indicación del método a emplearse; y para la colapsoterapia en general reza la afirmación de Sarno y Piaggio Blanco ⁽¹⁾ que al referirse a las indicaciones y contraindicaciones del Neumotórax afirman "que el éxito o el fracaso de esta terapéutica depende ante todo y sobre todo de la forma como se plantea su indicación".

Pero condición indispensable y previa a cualquier indicación terapéutica es un diagnóstico clínico lesional lo más preciso posible. Un exacto diagnóstico involucra también un pronóstico más o menos certero, y ambos, diagnóstico y pronóstico no serán sino la resultante, del integral conocimiento, por parte del médico de las diferentes manifestaciones biológicas y patológicas, constitucionales y morbosas de su enfermo.

(1) Armando Sarno y Raúl Piaggio Blanco. — El Neumotórax Artificial en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. — Editor: A. Monteverde y Cia. — Montevideo — 1932.

Si los medios de diagnóstico con que contamos en la cura ambulatoria son suficientes para nuestro objeto, no sucede lo mismo en lo referente a los datos que tenemos a nuestro alcance para completar el concepto pronóstico evolutivo de la afección de nuestro paciente.

La observación y vigilancia diaria del enfermo, el estudio de su curva térmica, el aumento o disminución del peso y la modificación de la sintomatología, etc. recursos a mano en cura hospitalaria y sanatorial, no están a nuestro alcance en la cura ambulatoria.

En aquella se puede diferir la indicación terapéutica sin mayor perjuicio para el enfermo, desde el momento en que éste ya se encuentra sometido a una cura fundamental como es el régimen sanatorial; pero en la atención ambulatoria no podemos muchas veces esperar, ni diferir una indicación operatoria, ni siquiera por el justificativo de la necesidad de un mayor conocimiento de su modalidad evolutiva; tenemos que obrar, pues la espera en un medio donde no se puede realizar la más mínima indicación higiénico dietética es siempre perjudicial para el enfermo.

Como vemos, los médicos de dispensarios nos encontramos en situación desfavorable para sentar una exacta y justa indicación de tratamiento; y es en este delicado momento de la indicación del tratamiento, (delicado si valoramos lo que para el enfermo representa) cuando se pone más a prueba la capacidad clínica - terapéutica del médico tratante, y esta capacidad no será sino la resultante de un acabado conocimiento de la clínica en general y de la clínica de la tuberculosis en particular, respaldada por una práctica valedera de los métodos colapsoterápicos.

Cada uno de estos diferentes métodos tiene sus indicaciones precisas, ellos no se excluyen, sino al contrario, se complementan; así el enfermo que inició su cura con un neumotórax y que una sección de adherencias o una frenicectomía se impuso para hacer más eficaz su colapso, deberá muchas veces terminar su tratamiento con una toracoplastía.

La condición social u otras circunstancias ajenas a la lesión misma, nos pueden obligar a emplear uno u otro de los métodos de colapso; así, aquél enfermo en el cual una neumotórax sería la indicación ideal, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad no puede mantener una asistencia continuada en el dispensario, se beneficiará en alto grado de una frenicectomía.

Este complemento en los diferentes métodos, esta posible sustitución en ciertas circunstancias, trae como resultado una mayor amplitud en las indicaciones y en consecuencia mayores posibilidades de éxito.

Encarado así el problema de la colapsoterapia, desde el punto de vista integral y totalitario del método, vemos que el médico tiene en sus manos en la actualidad una serie de recursos de valor incalculable cuando ellos son manejados con tino y medida y cuando se recurre a ellos en tiempo y en momento oportuno.

EL NEUMOTORAX AMBULATORIO

Conducta de la Cura. — Datos Clínicos y Radiológicos

En lo referente a la conducta de la cura, haremos solamente algunas breves consideraciones relacionadas a la especial modalidad que adquiere el Neumotórax en la práctica ambulatoria.

En general, el **control clínico** necesario para la vigilancia de los enfermos neumotorizados, en la cura ambulatoria no se realiza con la frecuencia que sería necesaria; ésto es únicamente imputable en nuestro medio al exceso de enfermos en relación al número de médicos tratantes; pero para bien del enfermo esta deficiencia puede y debe ser salvada a base de los **exámenes radioscópicos** frecuentes.

Sabemos la importancia de conocer los efectos de cada insuflación sobre el organismo de nuestro paciente; ésto, en el enfermo internado se conoce más o menos exactamente por las modificaciones que sufre su curva término, la curva del pulso y de la respiración, el aumento o disminución de la cantidad de es-

pectoración, etc. En la cura ambulatoria solamente nos podemos formar un rápido juicio de los efectos de las insuflaciones, a través del interrogatorio, cuyo valor dependerá en gran parte de la capacidad de auto-observación de cada enfermo; a través de una rápida inspección que nos podrá revelar la mejoría o no del estado general, la presencia o no de disnea, etc. La medición de la temperatura y un control sobre el peso completan los datos que comúnmente recogemos antes de cada insuflación.

Como vemos esto es absolutamente insuficiente para llevar un verdadero control sobre la marcha de nuestra cura, la imposibilidad de los exámenes clínicos repetidos debe ser subsanada y suplida por los exámenes **radioscópicos** previos a cada insuflación.

En cada punción, tenemos en el **control manométrico pleural**, un dato de real valor para dirigir nuestra cura.

La **presión endopleural más conveniente**, es la **presión mínima eficaz**, y como dicen Sarno y Piaggio Blanco (1) el médico práctico debe partir de una idea básica, fundamental, que evitará cometer muchos errores de técnica y que es la siguiente: "El neumotórax terapéutico es sólo un procedimiento de reposo lesional y no debe ser nunca considerado como un procedimiento que actúe comprimiendo activamente el parénquima pulmonar enfermo".

Sabemos que para conseguir la curación, la inmovilización absoluta del pulmón no es necesaria, siendo además ésta imposible de conseguir, y como dice Serio de la clínica de Palermo, "en presencia de un caso práctico una sola presión es la buena, no es aquella que efectúa el colapso completo, sino aquella que en un caso determinado es capaz de dar los mejores resultados con los menores inconvenientes, su valor se deduce del estudio y de la evolución del caso mismo".

Frente al antiguo neumotórax compresivo de Forlanini, tenemos hoy el neumotórax hiptensivo (no compresivo, a baja presión o a presión óptima) de M. Ascoli, que por ser el que dá

(1) Sarno y Piaggio Blanco. — El Neumotórax Artificial en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

las mayores ventajas con el mínimum de inconvenientes, y ser el más fisiológico, es el que en la actualidad se debe tratar de establecer en todo enfermo.

Nadie se beneficiará más con la aplicación de estos modernos conceptos de la curación de las lesiones tuberculosas por el reposo fisiológico del pulmón por la hipotensión, que los enfermos en tratamiento ambulatorio.

En general el neumotórax con presiones positivas debe desecharse; pero es posible y a veces conveniente (pero por excepción) en cura ambulatoria como en cura sanatorial, terminar las insuflaciones con presiones positivas. Sabemos igualmente que por diferentes mecanismos, reabsorción del aire, etc., la presión endopleural dejada, rápidamente descende; en consecuencia, el encuentro de una presión positiva en la nueva punción nos indica que los mecanismos de adaptación intratorácicos están agotados o que la aparición de un hecho nuevo, derrame o perforación, ha acontecido; en esta circunstancia una nueva insuflación, sin un examen previo, clínico y radiológico, que nos revelara el verdadero estado del colapso, del mediastino y del pulmón controlateral, sería aventurada, cuando no contraproducente.

Las presiones positivas altas únicamente se justifican en neumotórax antiguos en donde un derrame, sinfisario o no, ha disminuído enormemente la capacidad de la cámara de aire y en los cuales con presiones negativas a la iniciación, después de insuflaciones de 100 a 200 centímetros cúbicos de aire, éstas se vuelven francamente positivas. Igualmente en algunos neumotórax abandonados transitoriamente, al reiniciarlos, nos encontramos con una cámara de aire de capacidad muy reducida y las presiones finales pronto se hacen positivas; en estos casos, insistiendo paulatinamente con insuflaciones frecuentes pero de escasa cantidad, llegamos a conseguir una mayor capacidad de la cámara de aire y en consecuencia un mejor colapso.

Nunca continuaremos ni insistiremos en mantener un neumotórax, en el cual desde las primeras insuflaciones llegamos a obtener presiones positivas, después de insuflaciones de menos de 500 centímetros cúbicos; en estos casos el examen clínico y

radiológico nos demuestra que el colapso es ineficaz y que persistir en él, será contraproducente para el enfermo.

Pero es principalmente en los casos donde el examen radiológico nos demuestra la presencia de adherencias que mantienen distendidas las partes enfermas, estén éstas ulceradas o no, donde la vigilancia de las presiones manométricas debe ser extremada. La ruptura de estas adherencias es responsable, en gran parte, de las perforaciones pulmonares, a veces mínimas que únicamente se traducen más tarde por la presencia de un exudado; pero otras veces amplias, se traducen a la clínica por una serie de síntomas relacionados con la brusquedad del colapso o la desviación de los órganos mediastinales, siendo la aparición de un intenso soplo anfórico, que no existía antes, (no obstante la presencia del neumotórax), uno de los mejores síntomas de este accidente.

NUESTRA EXPERIENCIA

No queremos seguir analizando los múltiples problemas que plantea el neumotórax, existe al respecto una copiosa bibliografía y nuestro trabajo no aportará mayormente nada de original al tema.

Nos ha parecido mucho más razonable y más lógico dar los resultados de nuestra experiencia traducidos éstos en cifras.

Hemos recurrido al método estadístico que es el que nos da mayor seguridad cuando la estadística es confeccionada e interpretada con la imparcialidad debida.

Para esto hemos revisado nuestro archivo del Dispensario "Tránsito Cáceres de Allende" desde el año 1927 hasta fines de 1934; así hemos conseguido reunir, durante ese tiempo, 210 observaciones las cuales por los exámenes clínicos, radiológicos y bacteriológicos, reunían las condiciones necesarias e indispensables para una justa observación.

De esos 210 casos, únicamente hemos utilizado para nuestro estudio, 164 porque los 46 restantes no llegaron a seguir un tratamiento mayor de tres meses.

En consecuencia todos nuestros cuadros a excepción del número 1 (bis) se refieren al análisis de las 164 observaciones antes mencionadas.

Todos estos enfermos han sido estudiados clínica y radiológicamente por el que suscribe juntamente con su compañero de tareas en el Dispensario, Dr. Antonio Sartori, igualmente la cura neumotorácica ha sido indicada y ejecutada por ambos.

Indudablemente el tiempo de observación para sacar conclusiones en colapsoterapia debe ser más prolongado; pero si es verdad que nuestros cuadros estadísticos podrán modificarse por la evolución de numerosos enfermos que se encuentran en tratamiento, creemos que este estudio traduce fielmente lo que el neumotórax da y lo que puede de él esperarse en el tratamiento ambulatorio de los tuberculosos pulmonares.

Además, él podrá servir como trabajo previo para las observaciones posteriores que sobre este tema será necesario hacer.

Hemos tratado de traducir en números los resultados en relación a las diversas categorías de enfermos y en relación a las diferentes eventualidades en que éstos se encontraban; a este respecto hemos confeccionado una serie de cuadros que traducen en cifras estos resultados.

El análisis de estos cuadros nos va a mostrar la importancia de los diversos factores fisiológicos y patológicos dependiente del enfermo, de la precocidad o no en establecer este tratamiento, de la vigilancia en la conducta de la cura, del valor y de la importancia de las complicaciones, etc.

Si analizamos el cuadro número 1, vemos que hemos tomado en consideración 164 enfermos que han llevado un tratamiento cuya duración ha sido mayor de tres meses; algunos han comenzado su neumotórax en el año 1928, en consecuencia, ya hemos dado por terminada su cura, otros en 1934 los cuales se encuentran por supuesto aún en tratamiento.

Estos 164 enfermos de acuerdo a los resultados conseguidos con su tratamiento, los hemos agrupado en seis categorías: curados, mejorados, siguen en tratamiento con posibilidades de cu-

RESULTADO DE ANSITO C. DE ALLENDE" (1)

a) RESULTADO EXCLUYENDO LOS ENFERMOS EN TRATAMIENTO:

		H.	M.	Totales	Porcent.
Curados.					
Mejorados.	Neumotórax abandonado.	58	45	103	
Síguen en tratamiento con posibilidades de cura		20	13	33	32.03 %
Síguen en tratamiento abandonados.	Neumotórax abandonados.	5	4	9	8.73 %
Neumotórax abandonados durante el tratamiento.	Neumotórax abandonados durante el tratamiento.	27	24	51	49.51 %
Enfermos fallecidos durante su cura neumotoráxica.	Enfermos fallecidos durante su cura neumotoráxica.	6	4	10	9.70 %
		58	45	103	

AS: H. significa hombre.

M. „ mujer.

T. „ total.

(1) En todos los cuadros más de tres meses de evolución o 1 bis.

rar, siguen en tratamiento estando estacionados, neumotórax abandonados, enfermos fallecidos durante su cura neumotorácica.

Estos 164 enfermos comprenden 91 hombres y 73 mujeres.

Vemos que de acuerdo a este cuadro hemos conseguido un 20.12 % de curaciones.

El concepto de curación ha sido considerado en sentido estricto y conforme a las nociones corrientes para tal calificación, es decir, curación clínica y radiológica, con o sin "defecto", desaparición persistente de los bacilos hasta el momento de nuestra publicación, reintegración a su vida de trabajo con la capacidad más o menos de un hombre normal.

No nos es posible referirnos a resultados alejados, pues en la mayoría se trata de curaciones, de un promedio de dos años ya que sólo consideramos los casos de nuestra práctica que se inició hace ocho años.

Si comparamos nuestro porcentaje de curaciones con el dado por otros autores, vemos que existe una coincidencia notoria. Así Dumarest y Murard (1) expresan que el método de Forlani ha podido salvar en cifras redondas el 50 % de enfermos por ellos tratados, y que sobre este 50 % alrededor de la mitad son curaciones definitivas o muy durables.

Si consideramos en el cuadro N°. 1 a) los casos curados, los mejorados y los que siguen en tratamiento con posibilidad de curar, vemos que el porcentaje de los casos influidos favorablemente asciende a 59.74 %; indudablemente que en el grupo de los que siguen en tratamiento con posibilidades de curar, muchos no llegarán a conseguir esta curación y en consecuencia descenderá nuestro porcentaje de casos influido favorablemente acercándonos más al porcentaje dado por Dumarest y Murard.

L. von Muralt (citado por Carpi) (2) dá los resultados de 70 casos, los cuales fueron atendidos la mayor parte en el Sanatorio Davos Dorf, en los cuales se debe tener en cuenta además

- (1) *La Practique du Pneumothorax Therapeutique.* — F. Dumarest et C. Murard. — Editor: Masson é Cie. — París — 1923.
- (2) Umberto Carpi. — *La Collassoterapia nella Tuberculosis Polmonare e nelle lesione distruttive del polmone.* — Editrices: Corporative Farmaceutica. — Milán — 1929.

la acción coadyuvante del clima de altitud y el régimen sanatorial. Este autor encuentra:

Curación clínica	18 casos	25 %.	
Resultado muy bueno	17 casos	24.3 %.	
Notable mejoría	13 casos	18.5 %.	
Totales de resultados positivos			68.5 %

Permanecieron sin ningún efecto útil	5 casos	7.1 %.	
Hubo empeoramiento	7 casos	10 %.	
Fueron seguidos de muerte	10 casos	14.4 %.	
Totales de resultados negativos			31.5 %

En 1926 Rist (citado por Carpi) ha relatado los resultados obtenidos en 753 casos de neumotórax artificial así distribuidos:

Curados	51 casos	6.5 %	} 52 %
Enfermos que trabajan, clínicamente curados; pero aún en cura	336 casos	45.5 %	

Estacionados	35 casos	4. %	} 48 %
Lesiones en el otro pulmón	93 casos	13.5 %	
Muertos	240 casos	30.5 %	

La estadística de Carpi desde los años 1923 a 1927 y que como la nuestra es susceptible de algunas modificaciones porque se encuentran enfermos aún en tratamiento y donde ha elegido los casos con un criterio de indicación más rígida, sin manifiestas complicaciones en otros órganos y limitados a casos monolaterales, encuentra sobre 100 enfermos tratados:

Curaciones definitivas	21
Curaciones clínicas continuando	

su cura	15
Curaciones clínicas con la aptitud al trabajo recobrada	28
Casos estacionados	11
Muertos	16
Resultados desconocidos	9

Vemos que esta estadística que por la época reciente en que ha sido confeccionada, número de enfermos, etc. es la más semejante a la nuestra; sus resultados son también los más parangonables. Así las curaciones definitivas que obtiene Carpi son el 21 %, nosotros el 20.12 %.

Y si consideramos todos los diferentes grupos de curaciones de la estadística de Carpi, vemos que sus casos favorables llegan al 64 %, y si nosotros consideramos los curados y los que siguen en tratamiento con posibilidad de curar, en nuestra estadística llegan al 54.26 %, excluyendo los enfermos únicamente mejorados.

Lo que puede llamar la atención en nuestra estadística es el porcentaje bajo de fallecidos 6.08 %, en contra del 16 % de la estadística de Carpi; pero es que nosotros únicamente consideramos como fallecidos durante la cura neumotorácica a aquellos enfermos cuya muerte tiene lugar antes del tercer mes de abandonado su neumotórax; todos aquellos que fallecen después de esta época, van incluídos en el grupo de neumotórax abandonados cuyo porcentaje llega a 31.09 %. En la cura ambulatoria un enfermo con neumotórax que empeora abandona su tratamiento más precozmente que los tratados en sanatorio u hospital; el neumotórax en los casos desfavorables, es mucho menos tolerado en la cura ambulatoria que en la cura sanatorial, por razones que no es necesario entrar a explicar.

Este es el único motivo de nuestro porcentaje aparentemente bajo de enfermos fallecidos.

En el cuadro N°. 1 b) hemos considerado los enfermos que han terminado o abandonado definitivamente su neumotórax y vemos que el porcentaje de curaciones se eleva a 32 % y éste, junto con el de mejorados llega a un porcentaje de 40.76 % de éxitos (aun-

que algunos muy relativos), contra un porcentaje de 59.21 % de fracasos.

Hemos confeccionado igualmente un cuadro denominado N°. 1 bis que constituye un cuadro especial, en el que se incluyen los casos con menos de tres meses de tratamiento cuyo número asciende a 46.

Estos 46 casos sumados a los 164 del cuadro anterior, nos da un total de 210 enfermos, 121 hombres y 89 mujeres.

Estos 46 enfermos con menos de tres meses de tratamiento, se reparten en la siguiente forma: Cuadro N°. 1 bis a) Diez casos fallecidos en este lapso de tiempo; 31 enfermos que han abandonado su neumotórax antes del tercer mes de iniciado y 5 casos aún en cura. Estos enfermos no figuran en los cuadros estadísticos subsiguientes por estas razones: a los 5 enfermos que se encuentran en tratamiento pero con menos de tres meses de duración, no podemos clasificarlos por el escaso tiempo que llevan en atención para poder valorar los efectos del tratamiento. Los 31 enfermos que han abandonado su neumotórax antes del tercer mes de iniciado, (sea voluntariamente por el enfermo indisciplinado o por falta de vigilancia del dispensario), no pueden ser catalogados como fracasos atribuibles al método. Los 10 fallecidos antes del tercer mes de iniciada la cura, tampoco pueden ser incluidos en la estadística, porque no es posible atribuir al neumotórax los fallecimientos de los casos en que este tratamiento fué instituido, sea de urgencia para detener una hemoptisis o a formas graves en las cuales el neumotórax ha sido incapaz de detener la marcha invasora o de prevenir complicaciones a distancia.

Si analizamos el cuadro N°. 1 bis b), vemos descender el porcentaje de curaciones a 15.71 % y sumando con los mejorados y con los casos en tratamiento con posibilidad de curar, el porcentaje de los casos influenciados favorablemente llega a un 46.69 %; como vemos, muy cerca del porcentaje del 50 % que dan Dumarest y Murard.

En el cuadro N°. 1 bis c), hemos considerado los resultados incluyendo los enfermos fallecidos y los que han abandonado el neumotórax antes del tercer mes de iniciada la cura, pero exclu-



b) RESULTADOS INCLUYENDO LOS ENFERMOS FALLECIDOS DE TRES MESES ANTES DEL TERCER MES DE LA CURA Y EXCLUYENDO LOS EN TRATAMIENTO

Curados.	H.	M.	Totales	Porcent.
Mejorados.				
En tratamiento con posibilidades de curar.	20	13	33	22.91 %
En tratamiento estando estacionados.	5	4	9	6.25 %
En tratamiento con menor de 3 meses de duración.				
Neumotórax abandonado después del tercer mes.	48	34	82	56.94 %
Neumotórax abandonado antes del tercer mes.	12	8	20	13.88 %
Enfermos fallecidos durante su cura neumotorácica después del tercer mes.	85	59	144	
Enfermos fallecidos antes del tercer mes de iniciada la cura.				

TOTALES:

yendo los casos en tratamiento; el porcentaje de curaciones en estas circunstancias se eleva a un 23 %.

Resumiendo: podemos decir que el 50 % de los enfermos tratados por el neumotórax ambulatorio en el dispensario "Tránsito Cáceres de Alende" se benefician de la cura. (Dumarest y Murard 50 %; Carpi 64 %; Brauer y Spengler 69 % (ver Carpi); Rist 52 % estadística sobre enfermos hospitalizados; Adolphe Bernard (1) da el 41 % de resultados favorables alcanzados por el neumotórax ambulatorio).

Las curaciones en nuestro dispensario oscilan del 20 al 23 %; recordamos las palabras de Dumaret y Murard: "El método de Forlanini ha podido salvar en cifras redondas el 50 % de los enfermos que nosotros hemos tratado y que sobre este 50 % la mitad son curaciones definitivas o muy durables".

CUADRO N° 2

En este cuadro se estudia la evolución de los enfermos con relación al tiempo de duración de su neumotórax; y nos muestra lo siguiente:

Que el porcentaje de curaciones y mejorías va aumentando paulatinamente con el mayor tiempo de duración del tratamiento.

Así, del 5.63 % de curaciones dentro del primer año, llegamos a un 46.66 % en los enfermos cuyo neumotórax ha durado más de cuatro años.

Las causas que influyen para mejorar los resultados con la duración del tratamiento, son por todos conocidas y en esto todos los autores están de acuerdo y no es menester entrar a analizarlas.

Igualmente revela este cuadro que dentro del primer año es cuando en mayor proporción se abandona la cura (54.71 %) y que este porcentaje va disminuyendo paulatinamente para sufrir un ligero ascenso después de los cuatro años de duración 13.33 %.

Lo más interesante de este cuadro, es mostrarnos que los únicos fallecimientos se registran durante los dos primeros años de la

(1) Adolphe Bernard. — Le Pneumothorax Therapeutique "Ambulatoire". — Editor: G. Doin y Cie. — París — 1932.

cura; la mitad en el primer año, la otra mitad en el segundo; en esto también coincidimos con la mayoría de los autores que ya han establecido por sus estadísticas que los fracasos y principalmente los resultados letales en la cura neumotóxica, acontecen dentro de los dos primeros años del tratamiento; y por ello podemos sentar que pasado el segundo año de la cura neumotoráxica, los enfermos que continúan en tratamiento, tienen todas las posibilidades de curar o de conseguir mejorías muy apreciables, por haber sorteado el período más difícil de su tratamiento.

CUADRO N° 3

Pasamos ahora a estudiar el mecanismo de curación, y vemos que de los 33 enfermos curados, 14 lo consiguieron a base de la esclerosis de las lesiones (42 %), 10 a base de la constitución de un fibro-tórax, (30.30 %) 7 enfermos curaron por reabsorción de sus lesiones (21.21 %).

MECANISMO DE CURACION:

	H.	M.	Totales	Porcent.
Curaciones totales.	20	13	33	20.12 %
Por reabsorción	6	1	7	21.21 %
Por esclerosis	8	6	14	42.42 %
Por fibro-tórax	6	4	10	30.30 %
Mecanismo de curación igno- rado		2	2	6.06 %
TOTALES	20	13	33	

(Continuará)