

Presentado en la Sesión del 10 de Setiembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Asiste a esta Sesión el Prof. Rigaud, siendo presentado por el Presidente Dr. Nario, contestando el ilustre visitante con un conceptuoso discurso.

Colapsoterapia quirúrgica de la tuberculosis pulmonar.

por el Dr. C. VICTOR ARMAND UGON

He considerado que puede interesar a los cirujanos generales las indicaciones y resultados obtenidos por los procedimientos colapsantes quirúrgicos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y con esa finalidad seleccioné 25 enfermos tuberculosos — que realizan las diversas modalidades clínicas justificables del colapso quirúrgico con el éxito obtenido en ellos.

Todos estos enfermos han sido estudiados my completamente del punto de vista clínico y radiográfico y es solamente después de un periodo prudencial de observación — que hemos decidido practicar colapsoterapia quirúrgica. En la mayoría se habían realizado o tentado el neumotorax previamente; en otros se ha ido directamente a lo que he llamado “colapsoterapia quirúrgica primitiva”, es decir, sin tentativas previas de neumotórax artificial.

En efecto, cuando está indicado colapsar un pulmón tuberculoso —se plantea un problema clínico - individual para cada enfermo — sobre la elección del medio colapsante y sobre su extensión. Como norma general se puede afirmar que el colapso óptimo para cada enfermo — único deseable — es aquel que es estrictamente selectivo — vale decir — localizado exclusivamente a la zona pulmonar lesionada.

Un colapso insufiente, como un colapso excesivo, son igualmente perjudiciales — siendo facil preveer que no puede existir un neumotorax standard — como tampoco debe existir una toracoplastia standard. En cada enfermo se debe discriminar cuál es el procedimiento colapsante más eficaz, más duradero, menos peligroso y que exija al paciente el mínimo de tiempo simbiozado con su médico.

Resuelto este problema, puede ser necesario, secundariamente, recurrir a otro procedimiento — por ser insuficiente el utilizado primitivamente.

Después de un frenicoexéresis, se produce un hecho constante

salvo error de técnica es la parálisis diafragmática, con fenómeno de Kiembock — y un hecho contingente — el ascenso del diafragma en el hemitorax.

Este ascenso depende de muchos factores — siendo el más importante aquel ocasionado por la inextensibilidad y aumento de retractividad de la zona enferma. La frenicectomía es así una operación **restitutiva** del equilibrio toraco-pulmonar — dislocado por la enfermedad.

La frenicectomía útil es aquella que permite utilizar al pulmón — la fuerza retráctil natural localizada a la zona enferma — que dejar así de estar inhibida por el tonus diafragmático. Cuando el pulmón se ha vuelto patológicamente más pequeño que el hemitorax continente — es frecuente observar un mecanismo de regulación consistente en el ascenso espontáneo del diafragma

Se desprende que — como puede comprobarse por las series radiográficas proyectadas de enfermos frenicectomizados — la indicación de elección para la frenicectomía la realizan las tuberculosis jóvenes, productivas, retráctiles, — localizadas preferentemente en la base, — pero también **aquellas que asientan en el lóbulo superior o medio**. Por el contrario, las tuberculosis viejas ulcero-fibrosas, ya fijadas por una vieja cirrosis — y las grandes cavernas que han vaciado un lóbulo — poco o nada benefician de la frenicectomía. No obstante, la utilizo como medio de preparar — mejorando el estado general o evitando la progresión del proceso tisiológico — para una toracoplastia ulterior en algunos de estos casos. Por otra parte la frenicectomía previa disminuye el número de costillas a resecar — y hace menos amplia la respiración paradójica que sigue al desosamiento — disminuyendo, por lo tanto, la importancia del aleteo mediastinal y por consiguiente hace más benignas las plastias extensas.

En las plastias, el número de costillas a resecar y la extensión de cada costilla que debe resecarse varía para cada enfermo — y el colapso deseado se obtendrá en una o varias sesiones quirúrgicas — de acuerdo con el balance preparatorio y las incidencias operatorias. Para disminuir la mortalidad operatoria de la plastia — mortalidad que debe llegar a cero — es preferible utilizar la anestesia local en los enfermos que tienen un promedio diario de expectoración mayor

a 30 c. c. Además, la anestesia local permite un mejor control del operado — frenando al operador que con anestesia general, realizaría quizá, una intervención demasiado amplia y peligrosa para el paciente.

En las operaciones pulmonares graves en el transcurso del neumotorax — practico como primer tiempo una pleurotomía mínima de descarga — y luego en frío si no hay bilateralización post-vómica —es que se realiza la plastia

Practico colapsoterapia quirúrgica primitiva en los casos siguientes:

1.º En las cavernas crónicas terciarias.

2.º En las grandes cavidades. Una gran caverna que reemplaza a un lóbulo, sólo puede curar practicando una amputación plástica definitiva del segmento de hemitórax correspondiente. Los mecanismos naturales de curación — retracción costal, desviación de mediastino, enfisema hipertrófico y luego atrófico — son insuficientes para obliterar la excavación que realiza — por otra parte — una lobectomía lesional definitiva.

3. Síndromes de retracción. — En realidad, siempre son síndromes de atracción, y las adherencias pleurales no obligatorias son un epifenómeno. Esta atracción traduce un esfuerzo del organismo — para reemplazar un pulmón definitivamente inextensible e irremediablemente perdido. Esta atracción es manifestación de la aumentada retractibilidad del pulmón que se ejerce sobre las 3 paredes del continente — diafragma, mediastino, pared condro-costal.

Este síndrome, bien conocido por los fisiólogos, implica una enseñanza para los cirujanos, — **en las ectomías pulmonares por lesiones no tuberculosas es imprescindible empequeñecer el hemitórax en la medida de la extensión de la resección pulmonar.** En la ectomía pulmonar hay un problema nuevo que no existe en las ectomías abdominales — ¿En los abscesos bronquiectásicos — la bronquiectasia no es secundaria y hasta cierto punto fisiológica — necesario — como mecanismo regulador toraco-pulmonar — y sustitutiva al parénquima desaparecido?

4.º En las lesiones ulcerosas periféricas.

5.º En lesiones circunscritas apicales o basales.

6.º Por razones de índole social.

(Ver repart. al Congreso Médico del Centenario. Año 1930. — Armand Ugón y A. Sarno. — Colapsoterapia quirúrgica primitiva en la tuberculosis pulmonar). — Comunicación fundamentada en obs. de 26 enfermos, seguidos largo tiempo. — El Dr. Ugon expone más de un centenar de radiografías, como documento de sus comprobaciones.