

III

## PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

De la *Revista Internacional de la Tuberculosis*

**BOUSQUET y ROGER.**— Perforación tuberculosa del intestino  
(*Soc. de Cien. med. de Montpellier*, 31 enero 1908).

Los autores presentan un intestino con gran número de ulceraciones y una perforación que comunica con una cavidad de peritonitis tuberculosa conteniendo un líquido sero-purulento, situada en la fosa iliaca derecha.

Esta perforación apareció en un tísico pulmonar y en el último período, doce días antes de morir, no se reveló sino por un episodio subagudo, marcado sobre todo por dolores abdominales vivos y una diarrea abundante que sucedió á la constipación habitual. Tres ó cuatro días antes de la muerte, la fiebre bajó, apareció el meteorismo y el enfermo sucumbió en el colapso.

**VERSTRAETE y SABLÉ.**— Sobre un caso de diabetes insípida co-existiendo con lesiones antiguas del cuerpo estriado y seguida de tuberculosis pulmonar. (*J. des Soc. med. de Lille*, 21 feb. 1908).

En nuestra observación, la historia clínica no nos permite afirmar la relación entre la poliuria y la lesión del cuerpo estriado. El enfermo decía que sus trastornos urinarios habían comenzado después del ictus. Verdad es que antes de la hemorragia cerebral tenía en su encéfalo lesiones que la preparaban, confirmadas por la cefalea occipital derecha, tenaz y violenta que sentía desde hacía ya un año.

Así no despreciaremos esa patogenia, que explica de un modo plausible la diabetes insípida.

Agregamos que en nuestro enfermo habían antecedentes alcohólicos é infecciosos (fiebre intermitente) y en fin, accidentes tuberculosos.

Esta relación entre la tuberculosis y la diabetes insípida ha sido muy bien estudiada por Seigneurin (Tesis de Lyon, 1904). Para ese autor muchos de esos casos de hidruria

fueron precedidos de accidentes tuberculosos. Algunas veces la tuberculosis ha sido posterior, pero había entonces la herencia tuberculosa, de modo que podía pensarse que la enfermedad estaba germinando cuando aparecieron los accidentes urinarios, se desarrolló en seguida, apareciendo entonces clínicamente diagnosticable. Pero los accidentes bacilares aparecieron tardíamente, 9 años después del principio de la poliuria.

Creemos más bien que la diabetes insípida, debilitando al enfermo, favoreció la producción de la tuberculosis pulmonar y aceleró su marcha. Esta opinión, clásica para la diabetes sacarina, no lo es para la insípida: Lancereaux en su tesis de 1860 admite que la diabetes insípida «no repercute sobre la salud general» y que es una rareza «que traiga consigo lesiones de consunción pulmonar». Ese concepto no es el de Robin ni el de Seigneurin, quienes han visto la tuberculosis consecutiva á la diabetes insípida en numerosos casos. Trousseau mismo observó que esos enfermos enflaquecían más pronto que los diabéticos glicosúricos y que la terapéutica les era raramente útil, concepto quizá exagerado, pero que demuestra bien que la diabetes insípida no es una afección tan benigna como se cree generalmente.

**CADEAC.**—La tuberculosis no se propaga por los esputos secos  
(*Soc. de Med.*)

El autor recuerda que fué uno de los primeros en negar el contagio de la tuberculosis por inhalación; sus experiencias y comunicaciones datan de 1887 y 1888. Hoy ha practicado nuevas experiencias para demostrar que los esputos secos no constituyen el modo de propagación más frecuente de la tuberculosis, aun por absorción digestiva. Hizo secar los esputos tuberculosos recogidos indistintamente de los tuberculosos del servicio del profesor Roque; el polvo así obtenido fué mezclado á los alimentos de los cobayas; éstos no se tuberculizaron sino raramente y sólo después de haberles hecho absorber enormes cantidades de esputos secados. La importancia de esta experiencia tiene tanto mayor valor, que para tuberculizar un cobaya basta tocarle la punta de la lengua con un agitador impregnado de una solución al 1/10 de esputos tuberculosos frescos.

**LOURTIT.**—Tratamiento de las tuberculosis por los extractos biliares (*J. des Prat.*, 29 feb. 1908).

Desde su aparición señalamos el interesante tratamiento preconizado por los profesores Lemoine y Gerard contra las manifestaciones tuberculosas, por los extractos biliares,

conocidos bajo el nombre de paratoxina; ellos han dado á Lourties algunos resultados inesperados. Y es con entusiasmo que este médico describe la mejoría obtenida en numerosos casos de tuberculosis confirmada.

En el primero se trataba de una enferma cuyos padres murieron tuberculosos. Ella presentaba una submatitez del vértice derecho con craquidos subclaviculares, expectoración abundante, sudores nocturnos, insomnio, fiebre continua, enflaquecimiento, etc. El tratamiento consistió en inyecciones cada 2 días de 2 c. c. de paratoxina. Desde los primeros días la mejoría se manifestó y continuó durante 3 meses. Al cabo de éste tiempo la enferma no tosía más ni esputaba, tenía buen apetito y había engordado de 4 kilogramos.

Entusiasmado por ese éxito, Lourties sometió al mismo tratamiento unos 20 tuberculosos con bacilos de Koch en sus esputos.

Los resultados colman sus esperanzas. Todos los enfermos han obtenido una gran mejoría.

Lourties explica esa acción antitóxica inmunizante del hígado sobre la tuberculosis por las experiencias que han demostrado la potencia antitóxica de la colesantina (neutralización del veneno de la culebra *cobra*). ¿No es también á causa de su acción antitóxica que el aceite de hígado de bacalao goza de tal reputación que no hay mejor medicamento contra la tuberculosis? Últimamente señaló un médico italiano la curación de un caso de tétano por las inyecciones de colesantina. En fin, esa acción inmunizante podría explicar de un modo plausible la resistencia de los ratríticos contra la tuberculosis; en ellos la secreción biliar está más bien exagerada.

**MEIRELLES.**—Moscas y tuberculosis (*Trib. Med. Rio Janeiro, 1908*).

Después de los descubrimientos de Ross, de P. Manson, etc., sobre el papel considerable que juegan ciertos intermediarios como los mosquitos, la mosca tsé-tsé, las ratas, etc., en la propagación de muchas enfermedades infecciosas, se ha querido generalizar; así, la mosca vulgar sería el agente de transmisión del cólera; los pescados mal cocidos que hubieran vivido en agua impura darían la fiebre tifoidea. Para no quedarse atrás, Meirelles acusa las moscas como causa de la tuberculosis en Río Janeiro. Los argumentos son: la tuberculosis es muy frecuente en esa Ciudad, y las moscas abundan. Se ve bien la relación de causa á efecto. La conclusión es que deben destruirse las moscas

en Rio Janeiro ¿ Pero no sería igualmente fácil y más útil destruir los bacilos de Koch?

VEIL.—La frecuencia de los movimientos respiratorios en la fiebre tifoidea y la tuberculosis aguda (*Med. Klinik.*, marzo 1908).

En la fiebre tifoidea los movimientos respiratorios son casi siempre acelerados. Así, sobre 150 tíficos observados por el autor, sólo 12 no tenían más de 25 respiraciones por minuto; los demás tenían 30 a 40 y más. Esta aceleración está bajo la dependencia de complicaciones broncopulmonares ó es el resultado de una intoxicación tífica grave.

En las formas pulmonares de la granulía puede faltar esa aceleración respiratoria: pero generalmente existe, con un estado general grave y un pulso muy frecuente mientras que la temperatura no es muy elevada.

En clínica no podemos basarnos sobre el número de los movimientos respiratorios para distinguir la fiebre tifoidea de la granulía.

R. LAFUR.—La anuria en la tuberculosis renal (*Le Cour. méd.*, 29 marzo 1908).

En esos casos vemos terminarse la tuberculosis renal por una anuria que la intervención no llega á corregir. ¿A qué es debida esa anuria? Muy probablemente en un caso existían lesiones bilaterales y bajo la influencia del flegmón perinefrítico la secreción del riñón que funcionaba aún, cesó. Otras veces la anuria es debida á la evacuación del contenido de una caverna tuberculosa que obstruye el uréter (Obs. de Minet); en ese caso la anuria fué pasajera. También puede ser causada por un acceso congestivo brusco é intenso del riñón sano. Cuando el estado general no es pésimo, creemos indicada la intervención en todos los casos de anuria que sobrevenga en el curso de la tuberculosis renal. Podrá así suprimirse la causa en algunos casos, como pasó en el caso de Nicolich (cálculo).

Esta grave complicación de la tuberculosis renal suministra un argumento más á los defensores de la nefrectomía precoz. Felizmente es rara esa complicación en el curso de esa afección.

LECLERC.—Peligros de la toracentesis en los derrames pleurales serofibrinosos de los tuberculosos pulmonares avanzados. (*Soc. Med. Lyon*, 24 febr. 1907).

A propósito de una observación de pleuresía izquierda con evolución lenta y en la que consecutivamente á dos to-

racentesis sucesivas se vió aparecer la pleuresía purulenta, la pericarditis y en fin la muerte, el autor piensa que en un tuberculoso avanzado no debe practicarse la punción sino cuando la abundancia del derrame amenaza la existencia ó cuando existen otras causas de disnea ó de asfixia independientes de la tuberculosis, como un edema pulmonar de origen cardíaco ó renal. No debe nunca practicarse la punción cuando sólo se propone como una cuestión de oportunidad; hay que temporizar aún cuando se haga esperar la reabsorción espontánea, arriesgando de exponer el enfermo á los inconvenientes de una atelectasia pulmonar parcial largo tiempo prolongada.

**PILEZ.**—Tratamiento de la parálisis general por las inyecciones de tuberculina (*Wiener med. Woch.*, 1907, n.º 30).

Inspirándose en la idea de que las enfermedades infecciosas intercurrentes ejercen á veces una influencia saludable muy marcada sobre la evolución de la parálisis general de los enajenados, se recurrió á las inyecciones de tuberculina en el tratamiento de esa afección. El doctor Piliz da cuenta de los resultados obtenidos en el servicio y en la clientela del profesor Wagner. En su conjunto han sido muy halagadores, y calificados de brillantes en los casos de parálisis general que comenzaba.

La tuberculina era inyectada á la dosis de 0,01 á 0,05 centigramos. Las inyecciones eran repetidas cada 48 horas. La reacción consecutiva se tradujo por hipertermia que no pasaba de 38°,5.

**A. LAMPICOR Y J. AGAPI.**—Contribución al estudio del tratamiento de las pleuresías tuberculosas por la inyección intrapleural de aire esterilizado (*Bull. de la Soc. des natur. de Jassy*, dic. 1907).

El aire esterilizado, gracias á su acción mecánica, impide la reproducción del líquido pleural y evita así la repetición de la toracentesis.

La evacuación total del derrame y la substitución de aire esterilizado alivian el dolor y la disnea, baja la temperatura y abrevia en las pleuresías agudas la evolución de la enfermedad.

La inyección intra-pleural de aire esterilizado facilita por la presión mecánica la evacuación del líquido. Creemos pues que podría resumirse así el objeto del tratamiento y su acción.

- 1) Permite evacuar completamente el derrame pleural
- 2) Impide la reproducción del líquido.
- 3) Facilita la aspiración del derrame y su evacuación completa.
- 4) Permite evitar las punciones múltiples.
- 5) Permite evitar la decompresión brusca del pulmón durante la toracentesis.
- 6) Cura la lesión pulmonar subyacente por acción mecánica que resulta de la inmovilización prolongada del pulmón por el neumo-tórax.
- 7) Impide el contacto entre las hojas pleurales inflamadas, las deja en reposo, permite la curación de las lesiones tuberculosas y suprime la formación de adherencias pleuro-pulmonares.
- 8) Por el hecho de que la inyección de aire esterilizado permite evacuar completamente el derrame, se obtiene la baja de la temperatura y una sedación marcada del dolor y la disnea.
- 9) El neumo-tórax debido al aire esterilizado es mejor soportado que el derrame pleural.
- 10) Abrevia la evolución de la enfermedad en las pleuresías agudas.

Este tratamiento es aplicable á las pleuresías sero-fibrinosas agudas y crónicas.

El tratamiento puede ser empleado con exclusión de otro cualquiera, excepto los tónicos.

Abrevia notablemente la duración de la enfermedad.

A. FERTL. —Opinión de un médico militar austriaco sobre el valor de la oftalmo-reacción en el ejército (*Wien. Klin. Woch.*, 12 marz. 1908).

El autor estudió la oftalmo-reacción en 150 sujetos. Comenzó por servirse de una solución al 1 p. 100 de la antigua tuberculina de Koch, en agua boricada al 3 p. 100, pero luego abandonó ese método para adoptar definitivamente la tuberculina de Calmete. Jamás observó trastornos secundarios capaces de desaconsejar el empleo de esa preparación para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Por lo que respecta al valor de la oftalmo-reacción en el ejército, el autor lo califica de «inmenso». Cuando todos los servicios están llenos de sujetos para examinar, considera que es ventajoso tener á su disposición un medio que permita establecer un diagnóstico de tuberculosis casi seguro, en 48 horas. Con los demás medios de diagnóstico se necesitarían muchas semanas. Para el mismo enfermo

el diagnóstico precoz por la oftalmo-reacción presenta ventajas apreciables, pues aumenta las probabilidades de curación y substraer las personas que lo rodean al contagio que sembraría más tarde entre éstas. Las indagaciones ulteriores decidirán si la oftalmo-reacción deberá ó no figurar entre los medios ordinarios para el diagnóstico de la tuberculosis en el ejército.

---