

El problema actual de la Tuberculosis

Este problema no es hoy lo que era antes. Por muy extraña que parezca, la misma evolución de la enfermedad es diferente¹ o el bacilo de la tuberculosis se ha transformado o ha cambiado la reacción del organismo humano. Por ejemplo la escrofulosis, que es una de las formas que toma la tuberculosis, ha desaparecido casi por completo en algunos países, mientras que otras manifestaciones de la enfermedad siguen existiendo como antes. Más acentuado todavía y desde luego más comprensible es el cambio que se ha producido en la actitud adoptada por los médicos con respecto a la enfermedad.

Las antiguas teorías han sido abandonadas, modificadas o desarrolladas. Los métodos de diagnóstico se han perfeccionado y multiplicado. Hemos aprendido a descubrir la enfermedad en un período menos avanzado, es decir cuando es más fácil atajarla y una vez diagnosticada dispo-

nemos para combatirla de medios infinitamente más seguro* que los que se empleaban hace veinte años.

Lucha preventiva: Desde hace varios años, se aplica en Francia un sistema que consiste en alejar del hogar donde se han declarado casos de tuberculosis a los niños que no han sido contaminados. Este sistema lleva el nombre de su fundador, el Dr. Grancher. Sólo en el año 1932 se enviaron al campo, al cuidado de familias sanas, a 6.044 niños. Los resultados obtenidos por la sección de París de la Obra Grancher, de 1907 a 1931, son francamente optimistas. Durante este período, la obra alejó de hogares contaminados a 4.000 niños de los cuales únicamente en 12 se declaró la tuberculosis, morbilidad de 0.3 por ciento apenas, mientras que la de los niños >en contacto con tuberculosos se eleva a más de 60 por ciento.

intravenosa (10 a 20 c. c. en 500 c. c. de agua salada isotónica). La inyección deberá ponerse lentamente (de media a una hora). Teniendo en cuenta lo inseguro del resultado, esta última práctica parecerá muy complicada, aparte de que no es del todo inocua.

En cuanto a los *shoks proteínicos* {autosuero, peptona), por vía intravenosa, el autor opina que el médico no puede exponer sus enfermos al peligro de semejantes intervenciones.

El *régimen alimenticio* de los tifóidicos es ya conocido. Bebidas aciduladas. Agua ligeramente azucarada. Leche. Aproximadamente de dos litros a dos litros y medio del líquido al día. En esta cantidad total se incluye un litro de leche. Los enfermos que la consumen en dosis elevadas, en concepto del autor y con su experiencia en unos 700 tifóidicos, parecen más expuestos que otros a las perforaciones intestinales. — J. H. De Revista Española de Medicina.

Otra gran figura de la ciencia, un francés, el Dr. Calmette, descubrió en colaboración con Guerin un sistema de inoculación, en el organismo del niño, del bacilo vivo de la tuberculosis, bacilo cuya virulencia ha sido artificialmente reducida hasta el punto de inmunizar contra la enfermedad sin provocarla. Esta vacuna, La B. C. G., se administra a los recién nacidos por vía bucal y después se les alienta! foco de la tuberculosis Jf^ftá*! que la vacuna produce lar^mu-nidad. En Francia se h&^plí^^r do dicho tratamiento i;^ie?rijs& de miles de niños y el iigcnxt-de--que hayan escapado a m enTeT^ medad prueba la eficacias^ este medio de lucha prevg^gtep El tratamiento es inofensivo, aifr embargo no se aplica aun en gran escala en muchos países por que las autoridades responsables esperan la confirmación de las estadísticas.

Diagnóstico: Cuanto más pronto se diagnostica la tuberculosis más fácil es curarla. Antes, para descubrir la tuberculosis pulmonar la regla era reconocer los pulmones con el estoscopio. Todavía presta grandes servicios este procedimiento, pero existen otros dos métodos que permiten al médico descubrir la enfermedad en un grado menos avanzado: el examen de la piel y la radiografía. El análisis de la epidermis del enfermo es a la vez inofensivo y delicado, revelando la presencia del microbio cuando este no ha invadido sino algunas glándulas linfáticas. La radiografía de los pulmones se considera actualmente como el

método más útil y seguro para descubrir la enfermedad. En la Universidad de Munich tienen que someterse a ella los estudiantes. Se han observado rastros de tuberculosis en el 19 por ciento de los 10.000 muchachos examinados. De este total, 35 estudiantes padecían tuberculosis en evolución. En el curso del primer año de examen radiológico obligatorio, el 0,45 por ciento^ de los estudiantes llevaba el IggKft^n activo. Alejados estos casdlbVI año siguiente el núme-^jio-^asó de 0,27 por ciento. El P^AÍ^fenticlt, que dirige este servicioj ha establecido que en ■fenerWla enfermedad se diag-no^feCíH dos años antes que en lera;aiempo y que el término me-"cuo de duración del tratamiento ha bajado de nueve meses a cinco y medio.

En el estado de Massachussets se utilizan en gran escala los rayos X para descubrir la enfermedad. Como en la tuberculosis infantil lo importante es establecer el origen de la infección, el examen radiográfico debería abarcar a todos los miembros de una familia cuando en su seno se encuentra a un niño tuberculoso.

Tratamiento: No existe contra la tuberculosis ningún remedio específico, ni ningún método de curación rápida, pero si todavía no puede obtenerse un resultado sino al cabo de varios meses de tratamiento, en cambio las posibilidades de curación completa son mayores que antes.

Este progreso se debe en gran parte a los nuevos métodos de

intervención como el neumotórax artificial, que asegura al pulmón enfermo un reposo mas o menos completo.

Aunque los sanatorios, en principio, están destinados a los tuberculosos de la primera fase, tienen una tendencia a llenarse de avanzados y hasta casi incurables. Si los enfermos mueren durante su estancia en el sanatorio o poco después de regresar a sus casas, se desacreditan injustamente los sanatorios. El sanatorio sigue siendo la mejor institución de que disponen los tuberculosos. No solamente están cuidados, sino que también aprenden las normas de vida que deberán seguir una vez curados, tanto en su propio interés como en el de los que lo rodean.

El sanatorio no es sólo una escuela de higiene para el enfermo; es además un centro donde el médico, gracias al contacto diario con el tuberculoso, llega a comprender mejor la enfermedad y la psicología del enfermo. El sanatorio es por lo tanto el más seguro de los antidotos contra el charlatanismo y sus supuestos remedios milagrosos. Todos los que han aprendido a conocer la enfermedad saben por propia experiencia que para curar la tuberculosis es necesario, un lento y paciente esfuerzo.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12, rue Newton, París XVIe).

La esterilidad en el hombre Diagnóstico y tratamiento

Abr. L. Wolbarst, New York. del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

El número de matrimonios que involuntariamente no tienen hijos en los Estados Unidos de América alcanzan el alto porcentaje del 10% cifra alta que ha inducido al autor a hacer un estudio detenido sobre este asunto.

En los matrimonios sin hijos se culpa siempre a la mujer quizá por tener ésta un sistema más complicado y más fácil de estropearse y esto no deja de ser absurdo puesto que el elemento masculino puede ser el res-

responsable de la esterilidad o ambos a la vez. Antes de someter a una mujer a un tratamiento quirúrgico para que pueda concebir hay que asegurarse si su marido no es responsable también puesto que puede corregirse el mal en ella pero siempre quedará imposibilitada para poder ser fecundada por su marido. Un examen detallado de ambos cónyuges se hace necesario; hay esterilidad parcial en cada uno de los conyuges que sumados entre sí producen

una esterilidad que no se produciría si la mujer o el hombre, cualesquiera de los dos, fuese de fecundidad normal. Clima, hábitos personales, dieta, estados depresivos, coito excesivo y otros son causas que pueden fácilmente corregirse y volver a un estado normal.

El espermatozoide recorre ocho metros desde su sitio de origen hasta el meato externo masculino, viene de un medio alcalino a un ácido o ligeramente alcalinizado en donde tiene que moverse hacia el orificio externo de la matriz en donde se encuentra con un tapón de moco que hay que vencer y penetrar así hasta los tubos de Fallopio en donde se encuentra con el huevo que ha de fecundar. Todo esto tiene que ser en veinticuatro horas, vida normal del esperma. Es por esto que la naturaleza arroja millones para que pueda haber uno o dos sobrevivientes.

Las causas de *impotencia ge-nerandi* por su orden de frecuencia son (1) la Obstrucción u oclusión de cualquiera de las partes del trayecto genital del hombre (2) Estados patológicos de la próstata y vesículas seminales con secreciones hostiles al esperma (3) Defectos anatómicos como epispadias, hipospadias, meato con agujero diminuto (pin pointed) (4) Una 'espermatogénesis' congénita deficiente (muy rara).

Las obstrucciones u oclusiones pueden ser debidas a material séptico depositadas en el trayecto genital, una epididimitis bilateral, una estrechez de

la uretra, obstrucción de los conductos eyaculatorios. El tratamiento va dirigido a remover estos estados patológicos y el autor aconseja inyectar en el vas, después de hacer una pequeña incisión en el escroto una solución de argirol al 5% por medio de una aguja hipodérmica fina forzándose así el tapón obstructor. En las epididimitis bilaterales se necesita hacer una anastomosis entre el epididimo y el vas, la estrechez uretral dilatando la uretra y hasta uretrotomía puede hacerse. Para la estrechez de los conductos eyaculatorios se hace el cateterismo como lo aconseja Luys de París Para los procesos prostáticos masaje e instilaciones de una solución de nitrato de plata al 1%.

El licor seminal puede ser de buena calidad y de mala, dependiendo esta distinción en el número de espermatozoides que contiene. Un licor que tiene por cada centímetro cúbico sesenta millones o más de espermatozoides es bueno siempre que un 70 % de estos estén en perfecto estado de actividad al salir de la uretra. Un semen que solamente tiene veinte millones es ya malo. Los casos intermedios se consideran pobres y solamente pueden fecundar cuando encuentran en la hembra un alto grado de fertilidad.

Para hacer un examen de los espermias no basta verles aisladamente puesto que se ha encontrado que espermatozoides que al ser eyaculados estaban muy activos morían inmediatamente que se encontraban con

la secreción vaginal y en cambio otros que salieron aparentemente muertos se tornaban activos y llenos de virilidad al penetrar en la vagina. Debe, pues, hacerse el estudio en la vagina para 'ver cómo se conducen y qué número llega con vitalidad hasta el cuello. Debe hacerse un examen ante coitus de la vagina y determinar si la secreción es o no acida, si la secreción no tiene sustancias nocivas a la vitalidad del 'espermatozoide. Debe hacerse un examen lo más pronto posible después del coito, diez minutos, y estudiar el comportamiento de los espermatozoides, su motilidad y demás actividades; se sigue haciendo exámenes de diez en diez minutos hasta completar cuatro y ver que ha pasado. Solamente entonces podrá decirse si es o no responsable el macho de la infertilidad.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la esterilidad en los matrimonios requiere un estudio muy minucioso del estado constitucional y órganos genitales de los dos cónyuges.

(2) La mujer no debe operarse sin antes haberse asegurado

de que puede ser fertilizada.

(3) La capacidad de tener niños varía entre ciento por ciento y cerca y en ausencia de procesos patológicos el metabolismo y asimilación deben mejorarse por medio de dieta adecuada y una higiene esmerada.

(4) En el hombre debe determinarse la eficiencia de los espermatozoides estudiándolos bajo el microscopio en cuanto a su número, inutilidad, etc.

(5) Necesariamente resultará un matrimonio estéril cuando los espermatozoides no son de buena calidad o no se depositan en el orificio externo o cerca de él.

(6) Los espermatozoides deben ser examinados inmediatamente después de haber sido eyaculados especialmente la parte que se refiere a motilidad y comportamiento en la vagina.

(7) Exceso de coito en el hombre trae esterilidad.

(8) Infecciones gonocócicas son responsables por 40 % de los casos de esterilidad.

(9) El tratamiento es casi siempre quirúrgico encaminado a quitar el obstáculo que impide el paso libre de los espermatozoides.

J. R. Durón.