

Cómo debiera organizarse la lucha contra la tuberculosis

Por el DÉ. MARTIN A. BULNES B.

Con frecuencia observamos el elevado porcentaje de tuberculosos que solicitan tratamiento en Hospitales, Consultorios y Clínicas particulares, lo cual está gritando la necesidad inaplazable de crear un DISPENSARIO ANTI-TUBERCULOSO, COMO CENTRO DE DESPISTAJE, DE PROFILAXIS y TERAPÉUTICO. Apreciamos el esfuerzo actual de lucha contra la tuberculosis en nuestro medio, pero carece de la eficiencia indispensable para suponer que estamos luchando contra esta enfermedad, azote que está diezmando fuerte tanto por ciento de nuestra juventud. El Dispensario en referencia será un centro abierto, es decir, no desarrollará sus actividades sobre un número de enfermos, no concretará sus funciones a una cifra determinada como ocurre en los centros cerrados: SANATORIOS Y HOSPITALES. El Dispensario tendrá funciones más amplias, irá en busca y despistare del tuberculoso, en su hogar, en la escuela, en el cuartel, en los centros penitenciarios y talleres, y a todos los sitios de aglomeración, además de practicar sistemáticamente la CUTÍ-REA CC ION en todos los niños antes de los 2 años de edad para poder establecer el índice tuberculoso infantil, pues demostrado está que la tuberculosis del adulto no es más que el despertar de un foco tuberculoso adquirido durante la infancia, lo cual quiere decir: "LUCHAR CONTRA LA TUBERCULOSIS DEL NIÑO ES LUCHAR CONTRA LA TUBERCULOSIS DEL ADULTO."

FUNCIONES QUE TENDRA EL DISPENSARIO

La primera operación fundamental del Dispensario será el Diagnóstico de seguridad. (1) Este diagnóstico de seguridad permitirá la clasificación, distribución y tratamiento adecuado del caso. Este examen comprenderá la exploración siguiente: "EXAMEN CLÍNICO, EXAMEN RADIOLOGICO Y EXAMEN DE LABORATORIO, dicho examen orientará para poder clasificar a dichos enfermos en TUBERCULOSOS Y NO TUBERCULOSOS. Sentado el diagnóstico*, será inscripto en el Libro estadístico del Dispensario, además del levantarse la historia clínica del enfermo, y clasificado como PACIENTE DE DISPENSARIO, PACIENTE DE SANATORIO Y PACIENTE DE HOSPITAL. Se consideran pacientes de Dispensario, todos aquellos enfermos portadores: de lesiones curables, es decir, lesiones unilaterales y poco avanzadas y que dispongan de medios para asegurar un régimen higiénico dietético en su propio hogar." Estos enfermos recibirán tratamiento de NEUMOTORAS ARTIFICIAL. AUROTHERAPIA Y CALCIO-TERAPIA, ya sea en su propia

casa, o en el dispensario o en una de las instituciones que están en conexión con dicho dispensario. Los enfermos con lesiones avanzadas y fuertemente intoxicados serán enviados por el Dispensario al Sanatorio o Servicios de Tisiología del Hospital General, lográndose de esta manera una profilaxis efectiva, que actualmente no *se* realiza; de esta manera se limitará el contagio familiar, grave por afectar especialmente a los niños.

FUNCIÓN SOCIAL

Siendo la tuberculosis una enfermedad social por excelencia,, lógico será que la campaña contra esta enfermedad sea dirigida al núcleo social afectado, es decir, "considerarlo siempre como familia y nunca como individuo." (2) Una vez fichado el enfermo como tuberculoso, la enfermera visitadora pasará por su hogar, para levantar la hoja social del tuberculoso, en la cual hará constar los datos siguientes: Condiciones higiénicas en que vive el enfermo. Si vive con su familia o está en cuarto aparte. Numero de personas que viven en la misma casa. Situación económica del enfermo y *ÚB* su familia, profesión u oficio, además de anotar el índice de contagiosidad. Será fundamental el reconocimiento inmediato de todas las personas que convivan con el enfermo, para el despistaje del verdadero foco de contagio en sus habituales "escondrijos." Dictar consejos higiénicos; haciéndoles ver de manera clara el peligro de contagio y la manera de evitar dicho contagio, procurar por todos los medios "HACER CONCIENCIA ANTI-TUBERCULOSA," además de despertar entusiasmo en el público por la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, lo cual se puede efectuar por medio de postales y carteles ilustrados y de folletos que versen sobre las siguientes cuestiones: (3) COMO SE EVITA LA TUBERCULOSIS. COMO SE PROPAGA LA TUBERCULOSIS. COMO SE TRATA LA TUBERCULOSIS EN CASA. LA TUBERCULOSIS PUEDE CURARSE, SI ES TRATADA EN SU COMIENZO. VISITE EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO Y SOMÉTASE A UN EXAMEN CONCIENZUDO. NO PIERDA TIEMPO, SERA TARDE SI ESPERA. VIGILE SUS PRINCIPALES SÍNTOMAS: TOS, CANSANCIO, ENFLAQUECIMIENTO RÁPIDO, FIEBRE, FALTA DE APETITO, DIARREA CRÓNICA, RESFRIADOS FRECUENTES Y SUDORES NOCTURNOS.

INVESTIGAR LA MORBILIDAD

Para investigar la morbilidad o índice de lesión activa, el Dispensario empleará el método Radiográfico. Empezará las investigaciones por la servidumbre, los empleados públicos, comerciantes y todos los centros colectivos: cuarteles y presidios, colegios y talleres. Esta investigación descubrirá¹ lesiones activas, las que tratadas a tiempo pueden curar fácilmente, pues, la tuberculosis en sus principios es tan curable como cualquiera otra enfermedad.

ENFERMERAS VISITADORAS

Las enfermeras visitadoras serán el alma de la campaña contra la tuberculosis; por medio de ellas el Dispensario estará en contacto con los enfermos y por consiguiente podrán ser fácilmente controlados y vigilados, además de enseñarles cómo debe vivir un tuberculoso en su hogar. (4) Dichas enfermeras deberán estar divididas en dos grupos: ENFERMERAS VISITADORAS Y ENFERMERAS FIJAS; las primeras tendrán la obligación de inspeccionar diariamente los hogares de los tuberculosos y las segundas prestarán sus servicios en el Dispensario debiendo alternarse con las primeras para que ambos grupos presten la mayor eficiencia en las múltiples funciones del Dispensario.

ORGANIZACIÓN DEL DISPENSARIO

El local del Dispensario deberá tener por lo menos cinco departamentos: (5) Oficina de inscripción; sala de espera comunicada con la oficina de exámenes clínicos; y ésta, comunicada con el departamento de Radiología, además del departamento para el Laboratorio.

El presente trabajo no lleva en sí nada nuevo, menos originalidad; exponemos ligeramente la síntesis de somera revisión de la moderna organización de lucha contra la tuberculosis que actualmente realizan los diferentes países del mundo, abrigando la esperanza de ponerla en práctica entre nosotros, en la medida de nuestras posibilidades.

Enero de 1943.

BIBLIOGRAFÍA

- {1-2-4) Dr. Juan J. Castillo. — Revista. de Tuberculosis de la Habana,
(8) Dr. Malcolm Morris. — Medicina Práctica. (S) Dr. RAFAEL GUERRERO. — Gaceta Médica de Occidente de Santa Ana, El Salvador.

E x t r a c t o s d e l C a n j e

SHOCK PITUITRINICO, por el Dr. Carlos Fitzgerald
(Actualidad Médica Peruana, marzo de 1942).

Recuerda el Dr. Fitzgerald los inconvenientes que puede tener el uso de la pituitrina, inconvenientes a los que cada día se presta mayor atención.

El primer relato de intolerancia a la pituitrina, manifestada por pruritus universalis y edemas angioneuróticos, se debe a Hansen, quien lo publicó en 1930. Posteriormente "Wang, Maxwell (1933), Pendleton (1937) y otros, relataron casos en que el fármaco administrado durante el trabajo obstétrico provocó disnea, urticaria y shock. En 1.200 pacientes que con ocasión de condiciones quirúrgicas recibieron pituitrina, 10 tuvieron shocks consecutivos a su inyección. Pareciera que la anestesia general agravara el estado de shock.

El Dr. Fitzgerald historia un caso de shock pituitrinico observado por él en 1941.

El mecanismo del shock? Se atribuyó en un principio a la histamina, pero los preparados actuales están exentos de ella. Algunos casos se deben a anafilaxia. Recientemente se ha investigado por el lado de los efectos cardiovasculares del fármaco y como derivado de esos efectos se trata de explicar el shock así: constricción de las coronarias, anoxemia miocárdica, dilatación del corazón, disminución del rendimiento cardíaco y caída de la presión arterial. Algunos anestésicos sensibilizarían el corazón a la pituitrina.

En el tratamiento se recomienda el uso de la adrenalina y efedrina por su acción dilatadora de las coronarias. Sin embargo jamás hay que usarlas en los pacientes, anestesiados con éter o ciclopropano porque al sensibilizar éstos el nódulo sinoauricular, podrían provocar grandes desastres.

Conclusión: El autor recomienda prudencia en el uso del pitresin y protesta contra el *uso* rutinario del mismo como hemostático, sobre todo usado intrauterino en donde se corre el riesgo de hacer la inyección endovenosa. Como ocitócico prefiere el Pitocin, sin acción cardiovascular. En las distensiones abdominales postoperatorias aconseja asociar la adrenalina a la pituitrina.

VN SÍNDROME CENESTESICO DE LA INFANCIA. Dr. Bernardo Serebrinski, (Revista de Pediatría de Córdoba, Argentina, mayo-junio de 1942),

Hace referencia el autor a una, de las más frecuentes causas de consulta en Psiquiatría infantil, la de los "niños nerviosos." Ha observado que muchos de esos casos se deben a trastornos de la nutrición (digestión y nutrición). Examina en primer lugar los elementos psíquicos habituales de tales niños: 1°—Reacciones exa-

geradas: 1) los niños reaccionan ante estímulos y situaciones que antes no les afectaban; 2) la reacción es desproporcionada al estímulo. 2°—Trastornos del humor; éste es inestable, el niño pasa rápidamente de la alegría al enojo; está habitualmente disgustada 3°—Inquietud; sus acciones no tienen fijeza, cambia de que hacer brusca y frecuentemente. A los trastornos anteriores puede añadirse insomnio y terrores nocturnos.

En la exploración somática no se encuentra más que ligeros trastornos de los órganos digestivos. La sintomatología digestiva es borrosa, variable y lleva a confusiones. Estreñimiento que sólo cede momentáneamente a los laxantes. Lengua saburral, alitosis hipotonía de los músculos abdominales, colon sensible a la presión punto doloroso solar o cólico. Estos diferentes síntomas se presentan aislados; el cuadro es siempre oligosintomático. Los exámenes biológicos pueden demostrar trastornos en los elementos de la serie hepática (urobilinuria, acetonuria). El régimen alimenticio es en general incompleto: carencia de vitaminas, sales, proteínas, hidratos de carbono.

Cree el Dr. Serebrinski que los trastornos psíquicos se deben a trastornos cenestésicos derivados de molestias de tubo digestivo. Esos trastornos provocarían modificaciones de la sensibilidad que serían transmitidas por las vías simpático-vagales; cuando son poco intensos las manifestaciones sensitivas no se hacen conscientes y localizables, pero alteran el estado cenestésico habitual. Esas molestias no conscientes provocan reacciones también no conscientes de la conducta del niño, representadas por los trastornos psíquicos anotados.

En el tratamiento se ha de recurrir a corregir los trastornos nutritivos y a la medicación sedante (láudano y tintura de bella dona en proporción de 1 es a 3; cinco a quince gotas tres veces diarias) y psicoterapia familiar: modificación del ambiente.

XANTOCROMIA CUTÁNEA POR HIPERCAROTINEMIA,
(Dr. Jesús Yepes Cadavid, — Boletín clínico, Medellín, marzo-abril de 1942).

Se hace referencia a una falsa ictericia de origen alimenticio, de la cual el autor ha observado dos casos.

Características diagnósticas: predominio palmoplantar de la discromia, ausencia de pigmentos biliares en la orina, tinte anaranjado especial y ausencia de coloración conjuntival.

Causas: regímenes alimenticios ricos en provitamina A (zanahorias, zapotes, papayas, tomates, etc).

Mecanismo: a) exceso de carotina copa la facultad péxica del hígado y la carotina pasa a la sangre; b) cuando no hay aumento de carotinóforos la hipercarotinemia se debe a insuficiencia hepática en el metabolismo de ese pigmento.

Tratamiento: supresión de carotinóforos. Extracto de hígado.

DR. ALCERRO C. (hijo)

*LAS INFECCIONES-DENTALES EN LA ETIOPATOGENIA DE
ALGUNAS ENFERMEDADES*

Observamos con alguna frecuencia en nuestra práctica hospitalaria múltiples afecciones, cuya etiología resulta a veces casi imposible de poder evidenciar a pesar de los medios más delicados de diagnóstico. Sin embargo, la clínica nos orienta que la mayoría, de veces la ETIOPATOGENIA de estas afecciones se oculta en un foco séptico alejado y escondido en los diferentes territorios orgánicos: DIENTES, AMÍGDALAS, FARINGE, SENOS CRANEO-FACIALES, DIFERENTES TRAMOS DEL APARATO RESPIRATORIO, DIGESTIVO, GENITO-URINARIO, ETC. En prueba de ello, apreciamos que una supuración dentaria puede ocasionar estados reumáticos agudos o crónicos, además de mialgias, y cuadros de intoxicación que a veces constituyen para el enfermo una verdadera pesadilla y para el médico un serio problema. Muchas veces el foco séptico es tan pequeño y su lenguaje clínico de tan difícil interpretación, que su presencia pasa desapercibida como se observa frecuentemente con el granuloma de ama raíz dentaria, cuyo tamaño es tan pequeño como la cabeza de un alfiler y sin embargo su influencia se manifiesta por múltiples fenómenos morbosos.

En relación al tema de referencia el Dr. Sergio E. Bernales, manifiesta en Actualidad Médica Peruana, que las infecciones dentarias constituyen factores que deben tenerse presente en la ETIOPATOGENIA de las glomérulo nefritis. Dichas infecciones tienen por agentes principales el estreptococo o el estafilococo, gérmenes responsables de dicha afección. El Dr. mencionado demuestra cómo se instalan estas glomérulo nefritis en los portadores de focos sépticos y se expresa en la forma siguiente: "Del foco séptico parten verdaderas embolias bacterianas, con más frecuencia de estreptococos que van a localizarse en el riñón mismo, donde producen lesiones generalmente de necrobiosis en unos cuantos glomérulos. En la luz del vaso aferente glomerular, de algunas asas capilares del fenismo, se constatan las embolias bacterianas.

Debe considerarse que el estreptococo o el estafilococo de un foco de infección séptico dentario, para su migración y localización en el riñón, puede tener causas influyentes: enfriamientos y las defensas, además del factor alérgico, es decir, la hipersensibilidad del riñón da cada enfermo para el estreptococo, siendo éste agente favorecido por la reacción alérgica local, fácilmente se instala en el glomérulo desde su vaso aferente, originando así la glomérulo nefritis hemorrágica, cuya sintomatología se manifiesta por hematurias. El tratamiento curativo puede estar vinculado a la acción oportuna del Odontólogo que extirpará el foco infeccioso dentario del enfermo que padece de glomérulo nefritis."

Por todo lo expuesto, creo que la presente publicación aportará un argumento más a la tendencia cada día creciente de prestar